

Fra ekspert til samarbeidspartner?

En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen

Toril Larsen



Hovedoppgave

UNIVERSITETET I OSLO

Det medisinske fakultet

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Mars 2007



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Toril Larsen	Dato: Mars 2007
Tittel og undertittel: Fra ekspert til samarbeidspartner? En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen	
<p>Hensikt: I de senere årene har det vært et økende fokus på brukermedvirkning i helsetjenesten. Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan brukermedvirkning beskrives og praktiseres i helsestasjonsvirksomheten. Oppgaven søker å vise hvordan helsesøstre legger til rette for at brukerne får innflytelse på sitt hjelpetilbud, og de prosessene som foregår i den individuelle hjelperelasjonen. Den har også til hensikt å belyse hvordan ledere i helsestasjonsvirksomheten organiserer medvirkningsprosesser med sikte på at hjelpetilbudet skal bli mer brukerorientert.</p> <p>Teoretisk forankring: Helsefremmende arbeid beskrives som ramme for helsesøstres og lederes oppgaver i den kommunale helsestasjonsvirksomheten. Oppgaven sees i forhold til teori om empowerment, spesielt i et maktperspektiv og et pedagogisk perspektiv.</p> <p>Metode: I undersøkelsen er det er valgt et beskrivende design. Det er anvendt en kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer fordelt på to utvalg. Utvalg 1 består av fire ledere i helsestasjonsvirksomheten, og utvalg 2 består av åtte helsesøstre. Informantene kommer fra fire helsestasjoner fordelt på tre kommuner i tre ulike fylker. Data analyseres ved hjelp av innholdsanalyse.</p> <p>Funn: Intensjonene om større grad av brukermedvirkning er godt kjent. På tross av dette framstår brukermedvirkning som et diffust begrep. Helsesøstrene legger vekt på brukermedvirkning i konsultasjoner med brukerne på individnivå og gruppenivå, mens brukermedvirkning på systemnivå betraktes av helsesøstrene som en lederoppgave. Helsesøstrene vektlegger evnen til å etablere gode relasjoner til brukerne ved tilrettelegging for brukermedvirkning, og dialog betegnes som en egnet arbeidsmetode. Det er få betenkeligheter knyttet til prinsippet om økt brukermedvirkning, men helsesøstrene peker på at det er en fare for at brukerne kan få for stort ansvar, slik at de ikke får den hjelpen de trenger. Kravet om økt brukermedvirkning gir nye utfordringer i praksis. Det kan være vanskelig å finne en balanse mellom ”ekspertrolle” og ”veilederrolle”. Retten til selvbestemmelse kommer av og til i konflikt med helsesøstrenes kontrollfunksjon. Det representerer en situasjon hvor det kan være lite rom for brukermedvirkning. Lederne knytter brukermedvirkning til kommunale plan- og beslutningsprosesser, samt å legge til rette for kompetanseutvikling. Kommunikasjonsferdigheter, inkludert veiledningsferdigheter og relasjonskompetanse betraktes av lederne som viktige ferdigheter hos helsesøster for å fremme brukermedvirkning.</p> <p>Konklusjon: På tross av at brukermedvirkning betegnes som viktig både av helsesøstre og ledere, kan det synes som om brukernes innflytelse på helsestasjonstilbudet er relativt liten, og at premissene for brukermedvirkning i liten grad er avklart. Klargjøring av begrunnelsene og premissene for brukermedvirkning er derfor nødvendig. Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i fagutøvernes perspektiv på brukermedvirkning. Det er usikkert om brukerne er kjent med at det forventes at de skal ha en aktiv rolle i møte med helsestasjonen. Det er heller ikke kjent hvilke forventninger de har til brukermedvirkning. Det er derfor behov for mer forskning på dette området.</p>	
Nøkkelord: Brukermedvirkning, helsefremmende arbeid, empowerment, helsesøsterpraksis	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Toril Larsen	Date: March 2007
Title and subtitle: From expert to partnership? A study of user participation in the child health services	
<p>Purpose: In recent years there has been an increasing focus on user participation in the public health service. The purpose of this paper is to examine how user participation is described and put into practice in child health centres. The paper seeks to demonstrate how public health nurses enable users of the centres to influence what services are offered to them, and the processes which take place in the individual relations between helper and user. Furthermore it is intended to illustrate how supervisors in child health services organise procedures for user participation with the purpose of providing more user-friendly services.</p> <p>Theoretical background: Health promotion is described as the framework for public health nurses and their supervisors in the community health services. This paper is based upon theories of empowerment. The theory is examined from an authority perspective and from a pedagogical perspective.</p> <p>Design and method: A descriptive design was chosen for the purpose of the study. A qualitative method was employed together with semi-structured interviews carried out on two groups. Group 1 consists of four child health centre supervisors, and group 2 consists of eight public health nurses. The informants come from four health centres in three different local authority areas in three different counties. The data collected was analyzed by qualitative content analysis.</p> <p>Findings: The intentions of a greater degree of user participation, is well established. In spite of this, user participation appears to be a diffuse concept. Public health nurses emphasize user participation in consultations with users on an individual and on a group level, whereas user participation on a structural level is looked upon as the responsibility of management. The nurses emphasize the ability to establish good relations with users by facilitating user participation, and dialogue is described as a suitable working method. There are few reservations associated with the principle of increased user participation, but the risk of users being burdened with too much responsibility, and thus not getting the help they need, is described by the public health nurses. The requirement of increased user participation presents new challenges when put into practise. It can be difficult to find the balance between the role of “expert” and the role of “counsellor”. The right to self-determination can now and again come into conflict with the public health nurse’s control function. It represents a situation where there may be little room for user participation. Supervisors associate user participation with community plan and decision-making processes, as well as facilitating skills-development. The supervisors consider communication skills, including counselling skills and the ability to build relationships, as important in public health nurses in order to promote user participation.</p> <p>Conclusion: In spite of user participation being described as important by public health nurses as well as by supervisors, it would appear that the users’ influence on the services available through the health centres, is relatively small, and that the conditions for user participation are only made clear to a very small degree. Child health services are traditionally based on a model of “expert” giving advice to a “non-expert”. The clients may be ignorant to their new status as well as the expectations on them to find solutions to their own problems. The findings of the present study underline the need for further research on the subject of user participation in the child health services.</p>	
Key words: User participation, health promotion, empowerment, public health nursing, child health services	

Innhold

1. INNLEDNING	11
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	11
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	12
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING OG AVGRENSNING	13
2. TEORETISK GJENNOMGANG	15
2.1 LITTERATURSØK	15
2.2 BRUKERMEDVIRKNING.....	15
2.2.1 <i>Hva er brukermedvirkning?</i>	16
2.2.2 <i>Intensjoner og begrunnelser</i>	20
2.2.3 <i>Brukermedvirkning i helsestasjonen</i>	24
2.3 HELSEFREMMEDE ARBEID.....	28
2.4 EMPOWERMENT	30
2.5 MAKTPERSPEKTIV	34
2.6 PEDAGOGISK PERSPEKTIV	36
2.7 HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN	39
2.7.1 <i>Helsesøsters arbeidsområder</i>	41
2.7.2 <i>Brukermedvirkning og helsesøsters kompetanse</i>	41
2.7.3 <i>Lederens arbeidsområder</i>	43
3. DESIGN.....	47
3.1 VALG AV DESIGN.....	47
3.2 METODISK TILNÆRMING	48

3.3	UTVALG OG UTVALGSKRITERIER.....	49
3.4	DATAINNSAMLING	51
3.5	ANALYSE.....	53
3.6	VALIDITET.....	56
3.6.1	<i>Relevans</i>	56
3.6.2	<i>Reliabilitet</i>	59
3.6.3	<i>Generaliserbarhet</i>	60
3.7	ETISKE OVERVEIELSER	60
4.	PRESENTASJON AV FUNN.....	62
4.1	HELSEØSTERS FORSTÅELSE AV BRUKERMEDVIRKNING.....	62
4.1.1	<i>Diffus forståelse</i>	62
4.1.2	<i>Brukermedvirkning betyr innflytelse og ansvar</i>	63
4.1.3	<i>Brukermedvirkning som prosess og samarbeid</i>	64
4.1.4	<i>Begrunnelser for og betydning av brukermdevirkning</i>	65
4.1.5	<i>Betenkeligheter</i>	66
4.2	HELSEØSTERS VALG AV ARBEIDSFORMER.....	67
4.2.1	<i>Helsesøsters arbeidsform i endring</i>	67
4.2.2	<i>Etablere samarbeid gjennom dialog</i>	69
4.2.3	<i>Fokus på brukernes behov i konsultasjoner</i>	71
4.2.4	<i>Der brukermdevirkning kommer til kort</i>	73
4.3	LEDERENS FORSTÅELSE AV BRUKERMEDVIRKNING	74
4.3.1	<i>Nytt begrep som brukes på flere nivå</i>	74
4.3.2	<i>En rettighet og et middel for kvalitetsforbedring</i>	75
4.4	BRUKERMEDVIRKNING KNYTTET TIL ORGANISASJON OG LEDELSE	76

4.4.1	<i>Brukermedvirkning knyttes til plan- og beslutningsprosesser</i>	76
4.4.2	<i>Brukernes innflytelse på utforming av tjenestetilbudet</i>	79
4.4.3	<i>Brukerens plass i tverrfaglige fora</i>	80
4.4.4	<i>Tilpasse kompetanse</i>	80
4.5	OPPSUMMERING AV FUNN	81
5.	DISKUSJON	83
5.1	NYE UTFORDRINGER	83
5.2	STRATEGIER OG METODER I HELSESØSTERS ARBEID	92
5.3	RAMMER OG PREMISSE FOR BRUKERMEDVIRKNING	95
5.4	METODEDISKUSJON.....	99
6.	KONKLUSJON	101
6.1	ANBEFALINGER FOR VIDERE ARBEID	102
	KILDELISTE	105

Oversikt over vedlegg:

Vedlegg 1: Søknad om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 2: Svar med godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 3: Søknad om innpass i forskningsfeltet

Vedlegg 4: Svar fra kommune 1

Vedlegg 5: Svar fra kommune 2

Vedlegg 6: Svar fra kommune 3

Vedlegg 7: Informasjonsbrev til ledere og helsesøstre med forespørsel om deltakelse

Vedlegg 8: Samtykkeerklæring

Vedlegg 9: Intervjuguide utvalg 1

Vedlegg 10: Intervjuguide utvalg 2

Oversikt over tabeller:

Tabell 1: Medvirkningsformer etter områder og oppgaver, side 19

Tabell 2: Empowerment på ulike nivåer og faktorer som påvirker, side 33

Tabell 3: Temaområder for intervjuguide, side 48

Tabell 4: Utdrag av matrise ”fra meningsenhet til tema”, side 54

Tabell 5: Utdrag av matrise ”fra tema til overordnet tema”, side 55

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema i denne oppgaven er brukermedvirkning. I de senere årene har det vært et økende fokus på brukermedvirkning i helsetjenesten. Det er stadig sterkere fokusering på enkeltindividets rettigheter, menneskeverd og autonomi. Brukermedvirkning er innført som et politisk og faglig slagord og som ledd i en demokratiseringsprosess, men begrunnes også i ønske om kvalitetsforbedring av tjenesten (Humerfelt, 2005; Ørstavik, 1996). Oppgaven har til hensikt å vise hvordan helsesøstre og deres ledere beskriver brukermedvirkning, og hvordan prinsippet om økt brukermedvirkning omsettes til praksis i helsestasjonsvirksomheten.

En sentral lærdom i forhold til helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, er at befolkningen selv må være aktivt med. Tiltak som er planlagt og gjennomført på en slik måte at ekspertene forteller passive lyttende tilhørere hva de skal gjøre og ikke gjøre, har liten effekt (Klepp, Aarø og Rimpelä, 1997). Brukermedvirkning skal gi folk anledning til å påvirke utformingen av offentlige tjenester. Hensikten er å få et bedre tilpasset tilbud og bedre kvalitet på tjenestene, og innebærer at enkeltpersoner har innflytelse på beslutningsprosesser som angår deres egen livssituasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det er et mål å skape økt engasjement og øke muligheten for å kontrollere faktorer som påvirker helsen. Det forutsetter at brukeren av en tjeneste ikke lenger betraktes som en ensidig mottaker. Mottakeren skal ha en rolle som aktiv deltaker i prosesser som omfatter egen helse og omfatter forhold som medbestemmelse, innflytelse og makt (Sigstad, 2004). Det antas at det medfører redusert avhengighet av helsepersonell på sikt (Statens helsetilsyn, 1998a).

Helsestasjonen er en sentral arena for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i kommunene. Målgruppen er barn, unge og deres foreldre. Tjenesten har i de senere årene vært i endring. Tidligere ble det lagt stor vekt på infeksjonsforebyggende arbeid, mens det i dag legges større vekt på livsstilssykdommer og samsykdommer. Det vil si problemer og belastninger knyttet til det å leve sammen i et samfunn og som kan gi psykosomatiske,

psykososiale eller atferdsmessige problemer (Helseth, 1999). Intensjonen i den helsefremmende ideologien er å endre maktbalansen mellom fagutøvere og brukere, og i de offisielle føringene for tjenesten uttrykkes det at maktforskjellen mellom fagfolk og brukere skal jevnes ut. Myndiggjøring av brukeren handler om å vektlegge ressurser for helse og mestring, mens risikofaktorer tones ned. Det fører til en endret rolle for fagutøverne (NOU, 1998). Styrking av folks autonomi gjennom tro på egne ressurser og egen kompetanse brukes som middel for frigjøring fra helsevesenet. Helsesøstre skal derfor fokusere mer på metoder og prosesser som gjør foreldre, barn og unge i stand til å kunne påvirke faktorer som fremmer deres helse, trivsel og mestring (Statens helsetilsyn, 1998a). Tidligere ble det antatt at dersom folk hadde tilstrekkelig kunnskap i helsespørsmål, ville det føre til endring av ugunstig atferd. Nå erkjennes det at forholdet mellom kunnskap og atferd er mer problematisk (Statens helsetilsyn, 1998a). Opplysningsarbeid og direkte påvirkning av atferd er nedtonet, mens det er økt fokus på dialog med brukeren og brukervedvirkning. Ulike metoder, som helseopplysning og veiledning, kan benyttes for å dele og overdra kunnskap til brukeren, slik at han selv blir kompetent til å ta ansvar i forhold til sin egen livssituasjon (NOU, 1998; Statens helsetilsyn, 1998a).

Det kan tenkes at prinsippet om brukervedvirkning fører til nye utfordringer i yrkesutøvelsen. Retten til autonomi er styrket for brukerne, men helsesøstres kontrollfunksjon i helsestasjonen er ikke forsvunnet. Brukere og fagfolk skal i større grad bli samarbeidspartnere. Brukernes kunnskaper og erfaringer skal anerkjennes og ulike kunnskapsformer benyttes i møte mellom brukere og fagutøvere (NOU, 1998). Samtidig er det også et krav om at kunnskap som formidles gjennom helsestasjonen, skal være forskningsbasert (Stortingsmelding nr. 16, 2002-2003). Helsesøstre skal derfor både fremme autonomi og være helsekontrollører, og de skal være kunnskapsformidlere uten ekspertrolle.

1.2 Hensikt og problemstilling

Brukermedvirkning er et begrep som benyttes både på individ-, gruppe- og systemnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Kravet om økt brukervedvirkning påvirker møte mellom helsesøster og bruker i den enkelte konsultasjon, men det omfatter også organisering og tilrettelegging av tjenestetilbudet. Retten til brukervedvirkning er befestet ved hjelp av lover og kommer til syne i ulike offentlige utredninger og handlingsplaner, men det er få

konkrete føringer for hvordan det skal legges til rette for dette i praksis. Større grad av brukermedvirkning stiller nye krav til innhold og organisering av tjenesten. Grader og former for medvirkning varierer innenfor ulike praksisfelt, og det er lite forskning som viser hvordan kravet om brukermedvirkning omsettes i praksis i helsestasjonsvirksomheten (Andrews, 2002).

Undersøkelsen har til hensikt å vise hvordan helsesøstre og ledere i helsestasjonsvirksomheten beskriver og legger til rette for brukermedvirkning i praksis. Undersøkelsen søker å vise hvordan helsesøstre legger til rette for at brukerne får innflytelse på sitt hjelpetilbud og de prosessene som foregår i den individuelle hjelperelasjonen. Den vil også forsøke å belyse hvordan ledere organiserer medvirkningsprosesser med sikte på at hjelpetilbudet skal bli mer brukerorientert.

Undersøkelsens problemstilling er: Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten?

For å konkretisere problemstillingen reises følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver helsesøster og leder brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten?
2. Hvilke arbeidsformer velger helsesøster som følge av kravet om økt brukermedvirkning?
3. Hvordan legger lederen til rette for brukermedvirkning i organisasjonen?

Det første forskningsspørsmålet knyttes til begge utvalgene. Det andre stilles til helsesøstrene, mens det tredje forskningsspørsmålet stilles til lederne i helsestasjonen.

1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensning

Oppgaven er delt i 6 kapitler, der innledningen utgjør det første. Kapittel 2 utgjør oppgavens teoridel. I kapittel 2.2, 2.3 og 2.4 redegjøres for de sentrale begrepene brukermedvirkning, helsefremmende arbeid og empowerment. Ved brukermedvirkning vektlegges en maktutjevning og kunnskapsoverføring mellom fagutøver og helsepersonell, disse to perspektivene belyses i kapittel 2.5 og 2.6. Helsesøster og

lederens oppgaver i helsestasjonsvirksomheten er sentrale rammefaktorer som viser funksjon og mandat for fagutøvelsen, og disse beskrives i kapittel 2.7. I kapittel 3 beskrives design og valg av metode for intervjuundersøkelsen. Funnene presenteres i kapittel 4. Kapittel 5 omfatter diskusjon. Avslutningsvis, i kapittel 6, finnes konklusjon med oppsummering og anbefalinger for videre arbeid.

Oppgaven avgrenses ved at den knyttes til helsesøstre og lederes oppgaver i helsestasjonsvirksomheten. Flere deltjenester som svangerskapsomsorg, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, smittevern, legetjenester og fysio-ergoterapitjenester inngår i helsestasjonsvirksomheten (Sosial og helsedirektoratet, 2004). I denne oppgaven er det helsesøstre og lederes perspektiv på brukervedvirkning som belyses, og andre faggruppers syn på brukervedvirkning er derfor utelatt.

I helsestasjonsvirksomheten ytes tjenester til flere brukergrupper, og helsesøster kan ha ulik tilnærming til disse. Det kunne være av interesse å undersøke hvordan det legges til rette for brukervedvirkning til ulike grupper som for eksempel barn, fedre eller foreldre med minoritetsbakgrunn. En generell tilnærming til tema velges fordi det finnes lite forskning på området. Det legges heller ikke vekt på at intensjonen om brukervedvirkning ikke passer like godt for alle, enten fordi noen brukere ikke er i stand til å medvirke eller ikke ønsker det.

Helsestasjonen er en del av det kommunale tjenesteapparatet. Hjelpetilbudet i helsestasjonsvirksomheten styres av et politisk system, en administrativ forvaltning og fagutøvelse i tjenesten. Tilrettelegging for brukervedvirkning er avhengig av samspillet mellom disse, men det blir for omfattende å vektlegge dette innenfor oppgavens rammer. Brukervedvirkning på systemnivå i form av brukernes medvirkning i utforming av helse- og sosialpolitikken er derfor ikke vektlagt.

2. Teoretisk gjennomgang

2.1 Litteratursøk

Litteraturgjennomgangen sier noe om perspektiv, skaper en ramme for oppgaven og har betydning for argumentasjonen. Litteratur er samlet via de elektroniske databasene Cinahl, Medline, Norart og Svemed og ved søk i Bibsys, samt ved manuell leting ved Universitetsbiblioteket i Oslo. Manuell leting er også gjort ved å gjennomgå referanselister i sentrale artikler og bøker.

Søkerord i databasene har vært knyttet til de sentrale begrepene som beskrives i oppgaven. Sentrale begreper er brukermedvirkning, helsefremmende arbeid og empowerment. Det har vært lite litteratur og få studier å finne om brukermedvirkning knyttet til helsestasjonen, mens det har vært mer litteratur å finne på området psykiatri og funksjonshemmede. For å finne artikler omkring brukermedvirkning i helsestasjonen har de viktigste søkerordene vært: user participation, public health nursing, health promotion, empowerment, power, strategy, nurse attitudes, role, counseling og supervision. Søkerordene user participation og empowerment gav flere tusen treff i databasene. Søkene ble snevret inn ved å benytte søkerordene user participation og empowerment i ulike kombinasjoner med de øvrige søkerordene. Litteratursøk er gjort i løpet av 2005 og 2006. Tidlige søk er repetert i slutfasen for å fange opp eventuelle nye artikler.

Helsestasjonstjenesten slik vi kjenner den i Norge, er ikke vanlig i land det er naturlig å sammenligne seg med. Health visitor, public health nurse og community health nurse brukes synonymt med helsesøster selv om organisering av helsetilbudet til barnefamilier kan være noe forskjellig fra land til land. I oppgaven brukes helsesøster, sykepleier, fagutøver og veileder om hverandre og omtales som hunkjønn.

2.2 Brukermedvirkning

Denne oppgaven har til hensikt å belyse hvordan kravet om større grad av brukermedvirkning beskrives og utformes i helsestasjonsvirksomheten. I den teoretiske

gjennomgangen beskrives brukermedvirkning som begrep. Deretter beskrives brukermedvirkning i praksis knyttet til helse- og sosialsektoren generelt, og knyttet til helsestasjonsvirksomheten spesielt. Tidligere forskning relatert til temaet er inkludert. To sentrale perspektiver velges for å belyse brukermedvirkning. Det er et makperspektiv, og det er et pedagogisk perspektiv knyttet til helsesøsters pedagogiske funksjon. Avslutningsvis redegjøres det for rammene rundt helsestasjonsdriften og helsesøstre og lederes mandat og funksjon.

I en rekke offentlige dokumenter anbefales det at brukermedvirkning styrkes (NOU-18, 1998; Statens helsetilsyn, 1998a; Sosial og helsedirektoratet, 2006). Sentrale spørsmål er derfor: hva er brukermedvirkning og hvorfor skal brukerens medvirkning styrkes?

2.2.1 Hva er brukermedvirkning?

Brukermedvirkning vil si at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. Brukermedvirkning som begrep kan beskrives på ulike nivåer, og det er ulike grader av og former for medvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Brukermedvirkning er satt sammen av ordet bruker og ordet medvirkning. Begrepet bruker er konstruert og tatt i bruk de siste tiår, dels som erstatning for klientbegrepet som kan virke stigmatiserende og pasifiserende. Ordet bruker betyr den som bruker, utnytter, anvender. Det skulle indikere en normalisering og assosieres med noe mer offensivt enn klient.

Medvirkning betyr å delta, bidra, hjelpe og er et begrep som indikerer aktivitet. Det vil si at det skal virkes med i forhold til noen, at medvirkningen foregår i en relasjon, og at brukeren er den aktive (Humerfelt, 2005). Brukermedvirkning må skje i en form for samhandling. Det kreves at samhandlingen skal ha en virkning og at den får en konsekvens (Rønning og Solheim, 1998).

Begrepet brukes både på individ, gruppe og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå er et viktig element i den individuelle hjelperelasjonen og handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt individuelle hjelpetilbud. Brukermedvirkning på individnivå handler også om hvordan den enkelte bruker medvirker i relasjon til fagutøveren og virker inn på metoder og tilnærming til brukerne. På gruppenivå vil medvirkningen skje i relasjon mellom en gruppe brukere og fagutøveren (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

På systemnivå vil brukermedvirkning foregå i relasjon mellom brukerne og den offentlige forvaltningen. Brukermedvirkning på systemnivå dreier seg om systemet rundt de individuelle hjelperelasjonene, om utforming av tjenester, om rammebetingelser og om utforming av helsepolitikken. Det vil si at brukere av offentlige tjenester får påvirke utformingen av tjenestetilbudet. Denne formen for brukermedvirkning kalles ofte kollektiv eller representerende medvirkning. Representerende medvirkning viser til at det er talspersoner som opptrer på en brukergruppes vegne og skal bringe fram kollektive interesser og ikke handle som privatpersoner i egen sak. Representanter fra brukerorganisasjoner har ofte en slik rolle (Andreassen, 2005).

Flere nærliggende begreper kan delvis overlape og gjøre at forståelsen av brukermedvirkning blir diffus. Brukerperspektiv er et av disse. Å anlegge et brukerperspektiv vil si at fagutøveren forsøker å se tjenestetilbudet fra brukerens side. Det kan være en nyttig motvekt til at fagutøveren vet best hva brukeren trenger ut i fra sin fagkunnskap. Brukerperspektivet kan bety at brukernes synspunkter kommer til syne, men forutsetter ikke at brukerne blir hørt (Rønning et al, 1998). Brukerperspektivet representerer en verdi som tar utgangspunkt i at alle har krav på respekt for sin autonomi. Tjenestene skal utformes fra et brukerperspektiv, og brukermedvirkning er et styringsmiddel slik at brukerperspektivet synliggjøres. Brukerperspektivet får dermed en konsekvens for hvordan helsetjenesten møter sine brukere, og brukermedvirkning er et middel for å oppnå brukerperspektivet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Begrepet brukermedvirkning er relativt lite konkretisert og operasjonalisert. Konkretiseringen og operasjonaliseringen av begrepet må bli forskjellig på ulike områder. På det praktiske plan vil det være ulike grader av og former for medvirkning, og det kan være variasjon av medvirkning over tid. Det vil avhenge av den praktiske problemstillingen, brukerens behov og ressurser, fagutøverens situasjon og forholdet mellom fagutøver og bruker (Lauvås og Lauvås, 2004). Ett perspektiv er å se operasjonalisering av brukermedvirkning som et fokus enten på innhold eller prosess. Ved innholdsorientering utformes tjenestetilbudet ut i fra den profesjonelles oppfatning av hva som er brukerens ønske og behov. Perspektivet blir at den profesjonelle forsøker å se tjenestetilbudet fra brukerens interesser og synsvinkler. Det vil si en utforming av tjenestetilbud der brukerperspektivet ivaretas, men det kan diskuteres om det kan kalles brukermedvirkning. Ved en prosessorientering trekkes brukeren inn i beslutningsprosessen, og det kan diskuteres

hvor sterke rettigheter brukeren skal ha. Brukerstyring gir brukeren nærmest full beslutningsrett og representerer et ytterpunkt, mens et generelt og abstrakt brukerperspektiv ikke gir brukeren noen sikkerhet for å bli hørt eller tatt med på beslutninger.

Brukermedvirkning må derfor innebære at brukeren har innflytelse hvis begrepet skal ha noen mening. Diskusjonen om brukermedvirkning handler i liten grad om brukeren skal medvirke eller ikke, men på hvilken måte (Lauvås et al, 2004).

Christoffersen (1992) beskriver en modell for grader av brukerens påvirkning på offentlige tjenestetilbud. Her gjøres en oppsummering av modellen. Den kan egne seg for å illustrere hvordan brukermedvirkning kan variere i grad og i forhold til den enkelte brukers prosess.

- 1) Det første nivået er informasjon. Her har ikke brukeren innflytelse. Det kan være situasjoner hvor brukeren ikke kan medvirke eller fagutøveren ikke mestrer medvirkning. Det kan også være brukerundersøkelser hvor brukeren ikke har innflytelse på innhold eller konsekvens. Dette er den laveste form for medvirkning, eller det kan diskuteres om det kan kalles brukermedvirkning.
- 2) Neste nivå er konsultasjon der brukeren fortsatt ikke har en reell påvirkning på beslutninger, men er blitt konsultert eller tatt med på råd.
- 3) Det tredje nivået er partnerskap. Her har bruker og fagutøver like mye kontroll over prosess og beslutninger.
- 4) Fjerde nivå er delegasjon hvor brukeren er delegert myndighet til å treffe beslutninger.
- 5) Det siste nivået er kontroll. Det er brukerstyring med fullstendig kontroll over både prosess og beslutning fra brukerens side.

I et doktorgradsarbeid har sosiolog Andreassen (2004) studert hvordan brukermedvirkning kan forstås som samfunnsfenomen i den norske velferdsstaten. Hun hevder at brukerne har innflytelse på tjenesten på ulike områder og fyller ulike roller ved brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan derfor systematiseres etter hva slags rolle og oppgave brukerne har, og hvilke områder av hjelpeapparatets virksomhet brukerne medvirker. Med hensyn til brukernes rolle og oppgaver, kan det skilles mellom: at brukerne uttaler seg og formidler sine erfaringer for eksempel gjennom brukerundersøkelser, at brukerne er i direkte dialog

med hjelpeapparatet, og at brukerne deltar i styringen over tjenester ved at de har beslutningsmyndighet. Når det gjelder hvilket område av hjelpeapparatets virksomhet brukerne får påvirke, kan det skilles mellom: påvirkning av den enkeltes hjelpetilbud, påvirkning av et bestemt tiltak/tjeneste, eller påvirkning av den helhetlige ressursdisponeringen og helsepolitikken. Dette illustreres i følgende tabell. Tabellen viser brukervedvirkning på ulike områder kombinert med grader av brukervedvirkning. I helsestasjonsvirksomheten vil brukervedvirkning knyttet til sykehus og helseforetak ikke være relevant.

Tabell 1

Medvirkningsformer etter områder og oppgaver (Andreassen, 2005)

Virksomhetsområde brukerne får medvirke på	Brukernes rolle og oppgave			
		Formidle erfaringer og synspunkter	Være i dialog med hjelpeapparatet	Delta i styringen
	Den enkeltes individuelle hjelpetilbud	Faglige metoder for å få fram brukernes syn	Individuelle planer	Brukerstyrt personlig assistent Fritt sykehusvalg
	Et bestemt tiltak eller tjeneste	Brukerundersøkelser Brukere som "lærere" og formidlere av brukererfaringer	Brukerutvalg i helseforetak Referansegruppe	Styremedlemmer med brukerbakgrunn i utøvende helseforetak Brukerdeltakelse i planleggingsgrupper
	Den helhetlige ressursdisponeringen		Brukerobservatør i regionale helseforetaksstyres	Styremedlem med brukerbakgrunn i regionale helseforetak

Humerfelt (2005) hevder at brukervedvirkning kan sees i sammenheng med de ulike aktørenes kontrollmuligheter i relasjonen. Hun beskriver et kontinuum hvor det ene ytterpunktet er at brukeren har sterk grad av kontroll, og da vil fagutøveren ha svak grad av kontroll. Omvendt vil fagutøveren ha stor grad av kontroll når brukeren har liten grad av kontroll, slik det gjerne er ved et tradisjonelt paternalistisk forhold mellom bruker og

fagutøver. Graden av kontroll og makt vil dermed prege relasjonen mellom bruker og fagutøver.

Den tradisjonelle hjelperelasjonen beskrives som sterkt asymmetrisk, der fagutøveren har kunnskap og autoritet, brukeren er avhengig og hjelpeløs. Den som vil delta i helsefremmende arbeid må forlate den tradisjonelle ekspertrollen og gå inn i nye roller som for eksempel kartlegger, premissleverandør, initiator, katalysator eller endringsagent (Mæland, 2005). Endring av rollen fra ekspertmodellen til medvirkningsmodellen beskrives av Andreassen (2004). I behandlingsrelasjonen er behandlerens oppgave ”å påvirke”, ”mene noe” og ta ansvar for relasjonenes framdrift. Behandleren kan være ”styrende”, ”pågående”, ”konfronterende” i den hensikt at det skal føre til et resultat. I medvirkningsrelasjonen er brukeren ”samarbeidspartner”. I medvirkningsrelasjonen må en ha respekt for det folk sier, brukeren må stå for egne utsagn, fagutøveren dirigerer ikke brukeren, og brukeren har ofte løsningene selv. I den nye hjelperelasjonen beholder brukeren eierskapet til sine problemer, og fagutøveren beskrives som prosesshjelper. Relasjonen er mer likestilt ved at brukers kompetanse verdsettes, og den fordrer aktiv deltakelse og medvirkning. Brukermedvirkning vil til en viss grad skje ved at den enkelte fagutøver tar med seg tilbakemeldinger fra brukeren og omformer disse til egne handlemåter. Det skjer på bakgrunn av autonomi i fagutøvelsen og faglig kunnskap som skal tilpasses den enkelte hjelperelasjon (Andreassen, 2004).

2.2.2 Intensjoner og begrunnelser

Brukermedvirkning oppfattes av mange som et diffust samlebegrep med et svakt teorigrunnlag og er både en ideologi, politikk og en form for praksis (Vatne, 1998). Ulik forståelse har sin bakgrunn i at brukermedvirkning kan knyttes til ulike historiske og politiske røtter (Andreassen, 2004). Tenkningen bak vil derfor bli nærmere belyst.

På 1980 tallet fikk vi sterkere styring fra sentrale helsemyndigheter. Det ble innført nye politiske mål om modernisering av den offentlige forvaltningen. Forvaltningen hadde behov for tilbakemeldinger som kunne være nyttig for effektivisering og kvalitetsforbedring. En intensjon var at helsetjenesten skulle lytte til brukernes erfaringer og la deres perspektiv prege utforming av tjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Større brukerinnflytelse ble en del av en strategi for å utforme en bedre helsepolitikk. Helsetjenesten skulle utvikles til

en serviceorganisasjon, og hensynet til brukeren skulle være overordnet. Sekretariat for modernisering og effektivisering i helsesektoren (SME) la mange byggesteiner for tenkningen om brukermedvirkning i helsetjenesten. SME var i virksomhet fra 1988 til 1994 i det daværende sosialdepartementet og hadde som oppgave å følge opp den politiske satsningen på å modernisere offentlig forvaltning. På 1990-tallet videreføres brukermedvirkning som et politisk mål bygget på ulike medvirkningsforståelser og med ulike begrunnelser (Andreassen, 2004). Ved starten av det nye årtusen har brukerperspektivet en sentral plass i helsetjenestepolitikkens verdigrunnlag. Brukere av helsetjenester har fått styrket sine rettigheter til brukermedvirkning blant annet gjennom flere nye helselover. De mest sentrale er: Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven) og Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven). Lovene representerer en form for endring der det legges større vekt på brukernes rettigheter, mens tendensen til paternalisme tones ned. Retten til individuell plan er også et eksempel på at brukernes rettigheter er styrket (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

De ulike motivene for medvirkning kan til dels være motstridende og innbefatte endring av roller (Humerfelt, 2005; Ørstavik, 2005). Tre ulike begrunnelser for brukermedvirkning vil derfor bli belyst.

1) Brukermedvirkning begrunnes som en rettighet knyttet til demokratiske verdier: Økt demokratisering, brukerinnflytelse og rettssikkerhet er fremhevet som et av hovedmålene for helsepolitikken. Brukermedvirkning er en borgerrettighet der brukeren av tjenester er den som har best innsikt i eget liv og derfor har rett til å bestemme over det. Intensjonen er at hjelpeapparatet skal endres gjennom medvirkningsprosessene, og brukermedvirkning skal rette forvaltningen og hjelpeapparatet inn mot brukernes behov og ønsker. De som yter helsetjenester skal forholde seg til brukerne som likeverdige mennesker, og brukerne skal anerkjennes som kunnskapsrike og kompetente (Andreassen, 2004).

Det er et offentlig ønske å endre maktbalansen mellom bruker og det offentlige hjelpeapparatet. Hjelpeapparatet har makt i form av forvaltning av ressurser, organisering og politisk innflytelse. Det er stor avstand mellom myndighetene som har makt, og brukeren som opplever konsekvensen av makten. Den enkelte fagutøver besitter makt ved myndighet gjennom lovverk og skjønnsvurderinger i fagspørsmål. Intensjonen med brukermedvirkning er at beslutningene skal stemme overens med brukerens behov (Humerfelt, 2005).

Utdannings- og kunnskapssamfunnet har vært med på å svekke fagfolks autoritet. Informasjonsteknologien har gitt tilgang til kunnskap som tidligere ikke var tilgjengelig, og brukeren kan stille spørsmål ved faglige vurderinger. Brukermedvirkning kan være en ny måte å skape en balanse mellom brukerens og fagutøverens kunnskaper (Andreassen, 2004).

Retten til brukermedvirkning henger nært sammen med retten til informasjon og retten til samtykke (Syse, 2001). Det er et krav at den enkelte sikres informasjon både om helsetilstand og om helsetilbud. Retten til medvirkning gjelder for alle typer helsehjelp også forebyggende helsearbeid. Medvirkningsretten innebærer at brukeren gjøres til en samarbeidspartner i relasjonen til helsepersonell. I tillegg til å være mottaker av helsehjelp, skal brukeren bidra til å sette premisser for hva som skal gjøres og på hvilken måte (Syse, 2001). Det uttrykker den enkeltes rett til å bestemme over seg selv, og at ”den kjenner best hvor skoen trykker som har den på”. Det kan kalles et medmenneskelig argument for brukermedvirkning (Ørstavik, 1996).

Barn har en selvstendig rett til brukermedvirkning. Barns rett til medbestemmelse har vært et hovedperspektiv i norsk barnepolitikk i lang tid og er felt ned blant annet i Lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7 (barnelova), Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr 100, (barnevernloven) og Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven). FNs barnekonvensjon gir barn egne rettigheter når det gjelder medvirkningsprosesser. Barn har rett til informasjon, rett til å bli hørt og til innflytelse. Retten til informasjon skal gi grunnlag for meningsdannelse som vil si at barnet har rett til informasjon, slik at det kan gjøre seg opp en mening om situasjonen. Retten til å bli hørt gir anledning til å uttrykke meninger, synspunktene skal tillegges vekt, slik at det tas hensyn til barnets meninger i utforming og gjennomføring av tiltak (Barne- og familiedepartementet, 2005). For barn under 16 år er det foresatte som har samtykkekompetanse på vegne av barnet, men det er allikevel viktig å inkludere barnet som bruker og oppfylle barnets rett til å si sin mening. Foreldre og barn kan representere ulike behov og ha ulik opplevelse av en situasjon. Det kan være en utfordring. Barns brukermedvirkning krever en dybdekunnskap. En egen veileder for barn og unges brukermedvirkning er derfor under utarbeidelse (Sosial og helsedirektoratet, 2006). I et nytt rundskriv fra barne- og likestillingsdepartementet gis det føringer for barns deltakelse og innflytelse i kommunal virksomhet:

Et overordnet prinsipp for arbeidet med barn og ungdoms deltakelse og innflytelse er å sikre reell innflytelse som gir synlige resultater. Det er viktig at premissene gjøres

klare og at det ikke blir et skinndemokrati, slik at medvirkning ikke fører til frustrasjoner og manglende tro på at det nytter å engasjere seg (Rundskriv Q-27/2006 B, s 7).

Det er i økende grad erkjent at samarbeid mellom helsevesen og brukere er viktig for å oppnå gode resultater, og et pedagogisk motiv er også knyttet til demokratiske verdier. Målet med brukermedvirkning er at borgerne skal lære seg å bli aktive og gode borgere. Jo mer de deltar og utvikler sin kompetanse, dess bedre borgere blir brukerne. Medvirkning på ett felt vil kunne utvikle brukerne til å bli bedre skolerte borgere i samfunnet (Humerfelt, 2005; Ørstavik, 2005).

Det har også vært et påtrykk fra brukerne av helsetjenester om større innflytelse. Eksempel på dette er funksjonshemmede og deres organisasjoners arbeid for politisk innflytelse på forhold som angår deres levekår. Brukerne krever og får mulighet til å medvirke i utforming av politikk og hjelpetilbud gjennom styringsrepresentasjon og deltakelse i plan- og utviklingsarbeid (Andreassen, 2004). Det er i løpet av siste tiår etablert egne organer for innflytelse for barn og ungdom i flere kommuner som ungdomsråd og barnas kommunestyre (Sosial og helsedirektoratet, 2006).

2) Brukermedvirkning begrunnes med en nytteverdi for brukerne: Det hevdes at aktive brukere har større utbytte av helsetjenester. Et terapeutisk motiv for brukermedvirkning bygger på troen om at brukerens medvirkning vil øke prognosen for en vellykket hjelpeprosess, man blir frisk av å være aktiv. Ved endring av maktbalansen mellom bruker og hjelpeapparatet skal den passive parten i hjelperelasjonen endres til en aktiv og deltakende bruker. Det innebærer mer medbestemmelse, mer makt og mer kontroll for brukeren både i relasjon til fagutøveren og i utforming av tjenesten. Et moralsk argument er også knyttet til aktivitet og hviler på ideer om at det gode mennesket klarer seg selv og ikke ligger andre til byrde, er autonom, eller at den svake må vise styrke for å vinne aksept (Humerfelt, 2005; Ørstavik, 2005). Sett fra dette perspektivet blir brukermedvirkning et mål i seg selv.

3) Brukermedvirkning begrunnes med nytteverdi for fagutøveren ved effektivisering og kvalitetsforbedring av tjenester: Et økonomisk argument for brukermedvirkning bygger på effektivitet og kvalitetsforbedring. Brukere som er aktive og tar stor grad av kontroll over egen situasjon er billigere, gir raskere effekt av tiltak og antas på sikt å være mindre avhengig av hjelpeapparatet. Brukermedvirkning vil lede til bedre utnyttelse av knappe

ressurser og dermed større tjenesteeffektivitet (Humerfelt, 2005; Statens helsetilsyn 1998a; Ørstavik, 2005). De statlige føringene for helsestasjonsvirksomheten gir noen overordnede føringer, men er vage når det gjelder å beskrive hvordan dette skal gjennomføres i praksis (Statens helsetilsyn 1998a). Det er vage bilder på hva som legges i begrepet foreldredeltakelse, og føringer for barns form for medvirkning er nærmest fraværende. Brukermedvirkning i forhold til brukergrupper som ikke kan nyttiggjøre seg av medvirkningsretten er heller ikke problematisert i de offentlige føringene for tjenesten.

Brukerne besitter en sentral og viktig kunnskap i forhold til de beslutninger som skal tas på egne vegne. Deres egen forståelse kan brukes i analyse av hvilke tiltak som skal settes i verk og til evaluering om tiltak og arbeidsformer har fungert til brukernes beste. Tiltakene har bakgrunn i det brukeren bryr seg om, og ikke i det hjelperen mener er riktig og de blir derfor annerledes enn om brukeren ikke medvirker (Vatne, 1998). Dette medfører at fagutøveren lytter til og lærer av brukeren. Det blir en ny måte å skape balanse mellom folkevett og ekspertvilde og kalles et profesjonsargument for brukermedvirkning (Ørstavik, 1996). Ofte begrunnes medvirkning som et middel for å oppnå bedre beslutninger, som for eksempel økt brukertilfredshet ved at tjenesten tilpasses brukernes ønsker, og ved at en unngår tiltak som ingen ønsker. Det handler om at offentlige tjenester har noe å lære av brukerne. Det kan gjøres ved at offentlige tjenester innhenter informasjon om brukernes erfaring og tilfredshet med offentlige tjenester og drar nytte av informasjonen videre i arbeidet med effektivisering og kvalitetsforbedring. Informasjon kan innhentes for eksempel gjennom dialog med brukerne eller ved brukertilfredshetsundersøkelser (Andreassen, 2005). Ved en slik forståelse er brukermedvirkning et middel for å oppnå en bedre kvalitet på tjenester.

2.2.3 Brukermedvirkning i helsestasjonen

Intensjonen om økt brukermedvirkning setter søkelys på relasjonen mellom bruker og fagutøver, og brukeren skal ha en mer aktiv rolle enn før. Men hvordan skal brukeren bli mer aktiv og deltakende? Det er få studier som viser hvordan det legges til rette for dette innenfor helsestasjonsvirksomheten (Andrews, 2002). Både teoretisk og empirisk litteratur er gjennomgått for å se på forskning i forhold til tematikken. Det presenteres videre i dette kapitlet flere studier som omhandler tilpasning til prinsippene om brukermedvirkning innenfor helsestasjonen.

Studiene som omtales belyser brukermedvirkning med grunnlag i de ideologiske endringene som har funnet sted innenfor helsestasjonsvirksomheten, studier som omhandler relasjon og samhandling mellom helsesøster og bruker, samt studier som setter fokus på brukermedvirkning som middel for kvalitetsforbedring av tjenesten.

Ideologiske endringer: Sosiolog Andrews (2002) har i et doktorgradsarbeid beskrevet de ideologiske endringene i den norske helsestasjonsvirksomheten, og hvilken betydning prinsippet om brukermedvirkning har hatt for den praktiske hverdagen i tjenesten. I en intervjuundersøkelse med 30 informanter, alle helsesøstre, søkes det svar på hvordan brukerne medvirker i praksis i helsestasjonen. Undersøkelsen viser at det ikke er et formalisert samarbeid mellom foreldre og helsestasjon. Brukerne blir heller ikke på andre systematiske måter bedt om å uttale seg om forhold som angår tjenesten. Foreldre har derfor liten formell anledning til å påvirke organisering og innhold i tjenesten. Argumenter for foreldres brukermedvirkning er ikke at de skal bidra til å forbedre tjenestetilbudet eller at helsesøster skal lære av brukerne, men begrunnes med å mestre foreldrerollen, hevder Andrews (2002). Undersøkelsen viser at det nye teorigrunnet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke har erstattet det sykdomsforebyggende arbeidet, men eksisterer side om side. Det er uklart hvilken hensikt brukermedvirkning har og hvem som tjener på at brukerne medvirker. Det er derfor ikke uventet at omsetning av prinsipp til praksis framstår som noe uklart, hevder Andrews (2002).

Relasjon og samhandling mellom helsesøster og bruker: Sentralt i brukermedvirkning er relasjonen mellom bruker og fagutøver, og den samhandling som foregår mellom dem (Humerfelt, 2005). I en kanadisk studie av Falk-Rafael (2001) identifiseres fire strategier i helsesøsters tilnærming i konsultasjoner knyttet til brukermedvirkning. Den første er en relasjon preget av tillit som krever respekt, empati og trygghet. Den andre er å være brukerens advokat. Det beskrives som at helsesøster fremmer brukerens interesser både i den individuelle kontakten, koordinerer brukerens behov mot det øvrige hjelpeapparatet og er premissleverandør for politiske beslutninger. Den tredje strategien er å formidle informasjon og utvikle ferdigheter. Både muntlig og skriftlig informasjon, samt å være rollemodell nevnes. Hensikten er at brukeren skal kunne ta informerte valg. Den fjerde strategien er å fremme brukerens mestringsevne. Det forstås som en lyttende, reflekterende og empatisk tilnærming som hjelper brukeren til å identifisere ressurser og evner for å nå egne mål. Det

fokuseres på ressurser framfor begrensinger, og forventninger til brukerens deltakelse formidles.

En norsk undersøkelse fra Hamar kommune (Sosial og helsedirektoratet, 2003) viser hva ungdom legger vekt på for å bli stimulert til økt brukermedvirkning når de benytter tjenester i det kommunale hjelpeapparatet. Åtte ungdommer med psykiske vansker som har benyttet ett eller flere hjelpetilbud i kommunen, er intervjuet. Helsesøster var en av de hjelpeinstansene som ble mest benyttet. Ungdommene opplevde liten grad av medvirkning i forhold til sin egen situasjon, og de gav uttrykk for at hjelpeapparatet var lite tilgjengelig. De beskriver at det er viktig å oppnå en god relasjon til fagutøvere. Fagutøvere som viser omsorg, interesse og engasjement, er de som oppnår størst fortrolighet og tillit hos ungdommene. En rolig framturen skaper trygghet og gir inntrykk av at fagutøveren er på høyde med situasjonen. At fagutøveren stiller gode spørsmål og er imøtekommende, gir en følelse av å bli respektert og åpner for god kommunikasjon.

Brukermedvirkning som kvalitetsforbedring: Et av hovedargumentene for brukermedvirkning er kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet. Derfor nevnes noen undersøkelser gjennomført i helsestasjonsvirksomheten der brukernes tilfredshet med tjenestetilbudet er kartlagt.

Paulsen (1990) har gjort en undersøkelse av helsesøsters arbeid basert på hvilke problemstillinger tjenesten befatter seg med. Undersøkelsen omfattet 70 helsesøstre. Av interesse i denne sammenhengen er at undersøkelsen gir et bilde av en åpen tjeneste der innholdet i like stor grad er preget av brukernes spørsmål som av planlagte aktiviteter. Helsestasjonen tok initiativ til de planlagte konsultasjonene, mens foreldre ofte tok initiativ til kontakt utenfor det standardiserte programmet. Bild (1995) gjennomførte i 1993-1994 en landsomfattende brukerundersøkelse blant foreldre i førskolealder. Undersøkelsen var rettet mot etnisk norske foreldre og foreldre med innvandrerbakgrunn, 612 norske og 459 innvandrerforeldre. Hovedtema i undersøkelsen var foreldres tilfredshet med tilgjengelighet, brukerdeltakelse og nytteverdi, samt utsatte gruppers behov. Undersøkelsen viste at det var store variasjoner i forventning til og erfaringer med helsestasjonstilbudene, både mellom befolkningsgrupper og innenfor de forskjellige gruppene. De fleste foreldre var fornøyd med at de var blitt lyttet til og at deres utsagn var blitt vektlagt. Ut i fra denne undersøkelsen ser det ikke ut til at foreldre har store ønsker om endring innenfor helsestasjonsvirksomheten.

Metodeutvikling er en form for kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet. En studie av Grøvdal (2005) hadde til hensikt å undersøke om foreldres bruk av egenjournal for barn er en egnet metode for brukermedvirkning. Egenjournal er helseopplysninger som en person selv oppbevarer og gir videre til helsepersonell som har behov for opplysningene. Foreldre ved 14 helsestasjoner i 10 kommuner i Norge, til sammen 310 foreldre, deltok i en randomisert studie der halvparten prøvde ut egenjournal og halvparten var i kontrollgruppe. Undersøkelsen var en del av et prosjekt for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i regi av Statens helsetilsyn. Resultatene viste at bruken av egenjournal ikke påvirket bruken av helsetjenester, kunnskaper om barnets helse eller tilfredshet med informasjon og kommunikasjon med helsepersonell. Konklusjonen var at det er behov for videre forskning for å avgjøre om egenjournal er en egnet metode for brukermedvirkning.

I et statlig prosjekt med etablering av familiesentere i kommunene er det vurdert om etablering av familiesentere kan være et egnet middel for å fremme brukermedvirkning. Seks norske kommuner har i perioden 2002-2006 deltatt i et prosjekt med etablering av familiesentere og prosjektet er nylig evaluert (Haugland, Lenschow og Rønning, 2006). Hensikten var å utvikle en modell for tverrfaglig samarbeid med fokus på psykososial problematikk, og helsestasjon var en av flere tjenester som ble lagt til familiesenterene. Det skulle være en lav terskel for å få hjelp. God tilgjengelighet til tjenester og fagfolk og større grad av brukermedvirkning var sentralt. En gjennomgående tendens var at tjenestene hadde problemer med å operasjonalisere idealene om brukermedvirkning. Det så ut til at tjenestene var uvant med å involvere brukere som aktører i sin egen sak og som premissleverandører for tjenestenes innsats og metodevalg. Flere av kommunene som deltok i familiesentermodellen gjennomførte brukerundersøkelser, men hadde problemer med å koble brukermedvirkning til evalueringsarbeid for virksomheten. Fagutøverne gav inntrykk av det kunne være en stor utfordring å gi slipp på gamle arbeidsformer. På tross av dette ble det konstatert at familiesentermodellen er et effektivt virkemiddel for å skape bedre tilgjengelighet til tjenester gjennom tverrfaglighet og brukermedvirkning. Ved utgangen av prosjektperioden ble familiesentermodellen vurdert som så vellykket at den videreføres i alle forsøkskommunene.

2.3 Helsefremmende arbeid

Helsestasjonsvirksomheten er en del av forebyggende helsearbeid i kommunene og inkluderer sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. I praksis er det ikke skarpe skiller når det gjelder mål og innsatsområder mellom disse, men det er en forskjell i ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler. I sykdomsforebyggende arbeid identifiseres risikofaktorer, mens det i helsefremmende arbeid vektlegges positive ressurser for helse og styrking av beskyttelsesfaktorer. Det dreier seg om deltakelse, mestring og kontroll over sin egen situasjon, og om å la engasjement og initiativ avløse avmaktfølelse (NOU-18, 1998). Sykdomsforebyggende og helsefremmende strategier kan støtte opp om hverandre som komplementære strategier og er begge nødvendige (Mæland, 2005). I denne oppgaven vektlegges et helsefremmende perspektiv på forebyggende helsearbeid.

Helsefremmende arbeid som en bred internasjonal bevegelse er relativt ny. I flere dokumenter fra slutten av 1970 tallet ga Verdens helseorganisasjon (WHO) en ny retning for å forhindre og løse helseproblemer. Dette bygde på flere forhold. Det var en økende kritikk mot den snevre biomedisinske forståelsen av helse (Andrews 2003). I den vestlige verden økte sykdommer som kunne relateres til livsstil på tross av økt satsing i helsesektoren. Det førte til en sterk fokusering på livsstil gjennom helseopplysningskampanjer. Kritiske røster hevdet at den sterke fokuseringen på livsstil og ansvar for egen helse kunne gi den enkelte for stort ansvar for forhold de hadde liten kontroll over. Det gjaldt både livsbetingelser og samfunnsforhold. Nye perspektiver og omfordeling av ressurser til helsefremmende aktiviteter var derfor nødvendig (Hauge, 2003).

Helsefremmende arbeid defineres som den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse. Det omfatter både en sosial og politisk prosess der siktemålet er å fremme personlig vekst og utvikling og å endre sosiale, miljømessige og økonomiske forhold (Nutbeam, 1998b). Strategiene for helsefremmende arbeid ble utformet ved WHO's første verdenskonferanse i helsefremmende arbeid i Ottawa i 1986 og resulterte i et politisk charter med fem strategiske innsatsområder:

- føre en politikk som legger de samfunnsmessige forholdene til rette for folks helse
- skape støttende miljøer

-
- styrke lokalsamfunnets evne til å handle
 - utvikle personlige ferdigheter
 - å tilpasse helsevesenet (Helsedirektoratet, 1987)

Samlet kan strategiene forstås som en sosial modell for helse der samfunnsendringer er nødvendige (Hauge, 2003). Styrking av lokalmiljøets muligheter for handling vil si å legge til rette for lokal påvirkning og kontroll. Lokale menneskelige og materielle ressurser benyttes, og folks medvirkning i helsespørsmål styrkes. Personlige ferdigheter utvikles ved å støtte personlige og sosiale ferdigheter gjennom informasjon og kunnskap om mestringsteknikker. Det antas at det vil øke folks mulighet til å få kontroll over egen helse og eget miljø, og til å ta gunstige valg som fører til god helse. Tilpasning av helsevesenet omfatter holdnings- og organisasjonsmessige endringer basert på en helhetstenkning i forhold til folks behov. Det vil også si å sette søkelys på forskning og kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet (Helsedirektoratet, 1987).

De helsefremmende strategiene bygger på WHO's utvidede helsedefinisjon fra 1948, der helse blir forstått som opplevelse av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyte. Ottawa-charteret representerer også nye og radikale tenkemåter med hensyn til forståelse av helse, og hvilke virkemidler som er nødvendig for å oppnå bedre folkehelse (NOU-18, 1998). Helse forstås mer som et psykososialt fenomen enn som et biologisk fenomen og viktige aspekter er kontroll og mestring, sosial rolleoppfyllelse og funksjon, personlig vekst og velvære, sosial samhørighet og identitet (Mæland, 2005). Det legges vekt på sosiale og personlige så vel som fysiske ressurser, og god helse betraktes som en ressurs i det daglige liv, ikke som et mål (Stortingsmelding nr. 16, 2002-2003; Helsedirektoratet, 1987).

God helse i alle lag av befolkningen har vært et viktig mål både nasjonalt og internasjonalt, men utviklingen har gått mot større forskjeller i inntekt og større sosial ulikhet (NOU-18, 1998). I Ottawa-charteret understrekes det at sosial rettferdighet og likeverd er en forutsetning for helse, og det påpekes at disse forutsetningene ikke kan oppfylles uten god tilrettelegging og kunnskapsformidling. Faktorer som virker inn på helsen utvikles for det meste utenfor helsesektoren. Det er derfor behov for innsats fra flere samfunnssektorer (Hauge, 2003). I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) som omhandler folkehelsepolitikken,

beskrives det at den enkelte har et ansvar for egen helse. På mange områder har den enkelte valgmuligheter og står ansvarlig for sine valg, men samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger.

I kjølvannet av Ottawa konferansen er det arrangert flere internasjonale konferanser.

Strategiene i Ottawa-charteret er nedfelt i flere helsepolitiske dokumenter i vestlige land og har vært retningsgivende for mange lands innsats på dette området (Nutbeam, 1998a). Ideene har hatt sterk påvirkning på norsk helsepolitikk og ligger til grunn for sentrale helsepolitiske dokumenter, som for eksempel Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) og NOU-18 (1998).

Prinsippene i helsefremmende arbeid gjør seg gjeldende også i helsestasjonsvirksomheten, og de kommer til syne i styringsdokumenter og veiledere for tjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; Statens helsetilsyn, 1998a). Med et nytt syn på autoritet og kunnskap er intensjonen at møte mellom fagfolk og brukere skal få en ny karakter preget av likeverd (Andrews, 2003).

2.4 Empowerment

Hovedbudskapet i Ottawa-charteret er at folk ikke kan oppnå optimal helse uten at de er i stand til å ta styring over de forhold som bestemmer deres helse. Befolkningsdeltakelse er derfor essensiell i helsefremmende aktiviteter. Den prosessen som gir folk større kontroll over beslutninger og handlinger som angår deres helse betegnes som empowermentprosessen (Nutbeam, 1998b). Det å minke avstanden mellom fagfolk og brukere har vært ett skritt på veien for å myndiggjøre befolkningen (Andrews, 2002).

Empowerment oversettes med: å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til og å tillate. Det inkluderer å gi brukeren mulighet til innflytelse, medbestemmelse og autonomi i saker som angår ham (NOU-18, 1998). Det vektlegges at mennesket selv må være en aktiv aktør som gjør valg i forhold til egne prioriteringer. Begrepet er grunnet i et humanistisk menneskesyn. Det innebærer en antagelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter for å leve et best mulig liv (Sørensen, Graff-Iversen, Enger Karlsen, Narum og Nybø, 2002). Det finnes ikke en felles norsk betegnelse for empowerment. Stang (1998) mener bemyndigelse gir en god dekning av begrepet. Myndiggjøring, styrking, livsstyrketrening og mobilisering er også brukt, men i forebyggende helsearbeid er begrepet

empowerment godt innarbeidet (Sørensen et al, 2002) og brukes derfor videre.

Empowerment er ikke et naturlig ord å bruke som verb i norsk språk og bemyndigelse benyttes derfor når det faller mer naturlig.

Empowerment som ideologisk begrep har sin opprinnelse fra 1960 tallet. Begrepet er forankret i demokratisk teori og kan knyttes til feministisk teori og kommunikative handlingsteorier innenfor kritisk teori (Stang, 1998). Begrepet kan politisk knyttes til oppgjør med positivismens dominans innenfor vitenskap og samfunnsliv. Det ideologiske grunnlaget kan også knyttes til frigjøringspedagogikk i Latin Amerika (Mæland, 2005). Sentrale elementer i frigjøringspedagogikken er at maktforskjeller mellom leg og lærd skal utjevnes. Den undertrykte må forstå sin situasjon som mulig å endre. Den som undertrykker må kjenne solidaritet med den undertrykte, og det må skje en endring i situasjonen som gir undertrykkelse. Bevisstgjøring, handling og kritisk refleksjon er sentrale elementer i frigjøringspedagogikken (Freire, 2002).

Brukermedvirkning står sentralt for å nå målene i empowermentprosessen, men er ikke det samme som empowerment. Brukermedvirkning kan ikke påberope seg å ha den samme ideologiske tilhørighet som empowerment, men er nødvendig for å nå målene i empowermentprosessen. Ulike former for brukermedvirkning krever varierende grad av bemyndigelse. Deltakelse i brukerundersøkelser er nødvendigvis ikke knyttet til en bemyndigelsesprosess, mens utforming av en individuell plan krever en større grad av bemyndigelse. Slik er brukermedvirkning en forutsetning for empowerment, men brukermedvirkning forutsetter ikke nødvendigvis empowerment (Humerfelt, 2005).

Sykepleieforskeren Gibson (1991) har gjort en begrepsanalyse av empowerment. Hun definerer empowerment som en prosess som hjelper mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse. I definisjonen vises det til tro på enkeltmenneskets potensial. Det er fokus på mestring og muligheter isteden for begrensninger. Ved fokus på empowerment er fagutøveren mer opptatt av å finne løsninger enn å vektlegge problemer. Oppmerksomheten er derfor flyttet fra å fokusere på mangler, til prosesser som fremmer helse, trivsel og mestring. Gibson (1991) hevder at begrepet er relasjonelt og karakteriseres av involvering og samarbeid. Begrepet betegnes som dialektisk fordi det kan ha ulik betydning for to personer, og fordi bemyndigelse for en person i en situasjon ikke er det for en annen. Empowerment er også et dynamisk begrep som involverer endring av

samarbeidspartnerne og omgivelsene. I en hjelperelasjon betyr det at brukeren tar styring på livet sitt, og at fagutøveren tar styring på faktorer i omgivelsene som virker hemmende for vekst og utvikling.

Kieffer (1984) beskriver empowerment som en utviklingsprosess med flere stadier. Det første stadiet beskrives som en utforskende, ukjent og usikker fase preget av avmystifisering av makt og maktstrukturer. Det andre stadiet karakteriseres av en etablert relasjon, en arbeidsfase hvor fagutøver har en veiledende og støttende funksjon. Brukeren har oppnådd en innsikt, og det er et likeverdig forhold mellom deltakerne. Det tredje stadiet kalles innlemmelse og relasjonen er preget av konfrontasjon. I det fjerde stadiet integreres ny kunnskap og ferdigheter, og livet mestres bedre. Fasen kjennetegnes ved at det har skjedd en utvikling av deltakerne og systemet.

Gibson (1991) vektlegger at empowerment har noen implikasjoner for sykepleiepraksis. Hun hevder at empowermentprosessen krever en gjensidig respekt mellom fagutøver og bruker, og at forholdet er preget av tillit. Videre hevder hun at fagutøveren ikke kan myndiggjøre brukeren. Individet må myndiggjøre seg selv. Fagutøveren kan være en medhjelper i denne prosessen ved å bygge på ressurser for helse og legge til rette for økt kontroll over egen situasjon. Det kan være nødvendig for fagutøveren å ha mindre kontroll for at brukeren skal oppleve større grad av kontroll og ta en større grad av ansvar. Det innebærer respekt for brukerens avgjørelser, selv om de er forskjellige fra fagutøverens syn på hva som er den beste løsningen. Det innebærer imidlertid også et ansvar for å formidle informasjon og gi hjelp til å finne løsninger.

Empowermentbegrepet brukes både på individ-, gruppe-, og samfunnsnivå (NOU-18, 1998). På individnivå refererer det til individets opplevelse av å ha kontroll over forhold i eget liv, og er beslektet med begreper som mestringsforventning og opplevd kompetanse. Empowerment på individnivå innebærer å ha kunnskap, ferdigheter, ressurser og handlingskompetanse til å ta livsstilsvalg. Gruppenivå dreier seg om gruppeidentitet og sosial støtte, deling av kunnskap og informasjon, og kan knyttes til kollektive ressurser for innflytelse. Denne formen for empowerment kan relateres til organisasjoner og interessegrupper som arbeider for å fremme bestemte grupperes interesser. Det kan også trekkes paralleller til gruppevirksomhet i helsestasjonens regi. På samfunnsnivå dreier det seg om å ha innflytelse i politiske prosesser som berører individet eller gruppens interesser

(Sørensen og Graff-Iversen, 2001). Det antas at myndiggjøring på individnivå ved bevisstgjøring og gjennom handlingsprosesser over tid vil øke sannsynligheten for deltakelse og aktivitet på gruppe- og samfunnsnivå (NOU-18, 1998). Sørensen (2002) har utviklet en modell som viser sammenheng mellom ulike nivå av empowerment og faktorer som påvirker. Modellen må tilpasses de ulike individ, grupper eller samfunn og den konteksten den benyttes i forhold til (Sørensen et al, 2002).

Tabell 2

Empowerment på ulike nivåer og faktorer som påvirker. Fra Sørensen 2002

Nivå for mobilisering (empowerment)	Eksempler på faktorer som påvirker	Mål for arbeidet	Metoder eksempler
Individuelt eller psykologisk nivå	Kunnskap	Vektlegge økt viten	Kurs, veiledning
	Selvbilde	Styrke positiv påvirkning	Avspenning, bevisstgjøring
	Opplevd kompetanse	Fremme mestringsopplevelser	Oppgaver rollespill etc.
Gruppe-/organisasjonsnivå	Gruppeidentitet	Øke tilhørighet	Fellesarrangement, T-skjorter etc.
	Sosial støtte	Støtte, stimulere	Planer, kontakt
	Felles ressurser	Synliggjøre, dele	Idédugnad, temamøter
Samfunnsnivå	Politisk innflytelse	Øke deltakelse i organisasjonslivet	Invitere representanter, ekskursionsjoner
	Respekt og synlighet		

Empowerment er en helsefremmende prosess. Begrepet kan også forstås som en strategi og et mål (Gibson, 1991). Målet med empowerment er at personer mer effektivt skal styre sine liv mot egne mål og behov (NOU-18, 1998; Sørensen et al, 2001). Empowerment har ikke vært særlig utbredt som systemisk strategi i Norge. På tross av dette gis det anbefalinger om å styrke grunnlaget for det helsefremmende arbeidet gjennom slike strategier (NOU-18, 1998). Det empiriske grunnlaget som taler for implementering av empowermentstrategier er svakere enn det teoretiske grunnlaget, og lite er gjort for å operasjonalisere empowermentbegrepet (Hagquist og Starrin, 1997). Valg av empowermentstrategier bør

bygge på teori om hvordan empowerment og maktesløshet utvikles både på individ, gruppe og samfunnsnivå, og på kjennskap til faktorer som påvirker denne utviklingen.

2.5 Maktperspektiv

Det er en intensjon i den helsefremmende ideologien at maktbalansen mellom fagutøvere og brukere skal utjevnes. Gilbert (1995) hevder at så lenge det ikke er en klar forståelse av hva som ligger i maktbegrepet, er det problematisk å argumentere med at noen former for praksis er mer bemyndigende enn andre. Begrepet makt gir lett negative assosiasjoner som tvang eller maktmisbruk. Makt er også et gode som samfunnsregulerende faktor. Moderne samfunn er avhengig av sosiale institusjoner som kan regulere innbyggernes handlinger. Den franske samfunnsteoretikeren Foucaults syn på sammenhengen mellom makt og kunnskap velges som innfallsvinkel for å belyse at makt ikke kan sees bare som negativ. Heller enn å diskutere makt utelukkende som en undertrykkende kraft, identifiserer Foucault det produktive aspektet ved makt, særlig når makten kobles sammen med produksjon av kunnskap (Engelstad, 1999; Gilbert, 1995). Foucaults arbeider er influert av ulike filosofiske retninger som postmodernisme, strukturalisme og poststrukturalisme (Shanning, 2002).

Makt har hatt ulike uttrykk gjennom tidene. Den førmoderne makten kaller Foucault ”retten til død”, og det innebar at makt ble utøvd ved brutalitet. På 1700- og 1800- tallet skjer en endring i maktutøvelsen, brutaliteten reduseres, og Foucault kaller dette en overgang til ”retten til liv”. Den nye makten virker gjennom ulike samfunnsinstitusjoner som skoler, sykehus, fengsler og i ulike relasjoner. Den gjør seg gjeldende både på befolkningsnivå og individnivå. Makten former og skaper det nye moderne individet både i tanke og atferdsmønstre. En forutsetning for dette skiftet er at det utvikles nye kunnskapsområder (Sandmo, 1999). De organiseres rundt og forklares i lys av rådende vitenskapssyn, diskurser og praksis innenfor ulike fagområder. Kunnskap som vinner anerkjennelse i en periode, slik som vestlig medisin, er ikke nødvendigvis bedre eller mer sann, men den er forskjellig fra kunnskap utviklet i andre perioder. Foucault er mer interessert i å se historisk på ulike sannheter enn å finne den eneste sannheten, kunnskapen, rasjonaliteten og årsakssammenhengene utviklet i ulike kulturer (Danaher, Shirato og Webb, 2002).

I følge Foucault består samfunnet av flere typer makt. Bio-power referer til maktmekanismer som benyttes til regulering av befolkningen og disiplinering av individet. To poler kan identifiseres som endepunkter langs "en linje av makt"; biopolitikk som regulering av befolkningen og anatomopolitikk som regulering av kroppen (Gastaldo, 1997). Bio-power eksisterer gjennom en rekke strategier, mekanismer og hersketeknikker. En av disse strategiene er observasjon og overvåkning av befolkningen via de store institusjonene. Observasjonen og overvåkingen av individene fører til en normalisering gjennom regler for hvordan man skal oppføre seg. På skolen sitter man i rekker, har frikvarter i en overvåket skolegård, pasienter blir observert og leverer sensitiv informasjon til helsepersonell. Gjennom slik praksis normaliseres individet og de ulike strategiene sørger for at individet oppfører seg korrekt. Den omfattende observasjonen og overvåkingen av individene er også sentral i utviklingen av kunnskap. Innenfor helseprofesjonene er fagene formet gjennom observasjonsmetoder, registreringsteknikker og undersøkelsesmetoder der kunnskap om individet akkumuleres. Helseprofesjonenes overvåkende funksjon leder til konstruksjon av verdier om hva som er normalt og unormalt. På denne måten dannes det en kunnskapsbase som brukes til å styre normen for riktig helseatferd (Shanning, 2002).

Makten beskrives ved måten den utøves på. Foucault avviser ideen om at det enkelte individ, eller en plass i det sosiale hierarkiet kan identifiseres som å ha makt. En person kan ikke "ha makt", bare utøve makt. Den må ikke bli forstått som eiendom, men som en strategi. Makten sees som å være overalt, den tilhører ikke, eller kommer fra en bestemt person. Derfor kan det sies at makt heller eksisterer enn at den eies. Makten beskrives som et desentralisert nettverk av relasjoner. Forholdet mellom makt og kunnskap er mer tydelig i noen relasjoner enn i andre, slik som relasjonene knyttet til de store institusjonene. I disse er makten overalt gjennom undersøkelsessituasjoner, registrering av sensitive data og systematisering av disse til kunnskap. Dette skaper relasjoner mellom mennesker som er kunnskapsrelaterte og asymmetriske. På denne måten ligger kunnskap til grunn for maktutøvelse, mens maktutøvelse også produserer kunnskap (Engelstad, 1999; Sandmo, 1999).

Å se på sykepleie gjennom Foucaults perspektiv kan føre til refleksjon over egen praksis der fagutøveren dveler ved det som tidligere har vært uproblematisk (Gastaldo og Holmes, 1999). Helseopplysning kan sees som en form for maktutøvelse fordi informasjonen alltid er verdiladet og ofte bygger på verdier som finnes i samfunnets middelklasse. Makt kan altså virke gjennom den kunnskapen som spres, og gjennom å bestemme andres behov og påvirke

deres valg. Det er oftest myndighetene som bestemmer hva som regnes som sunt og usunt, og dermed opprettholdes maktrelasjoner mellom fagutøver og bruker. Bemyndigelse er å bruke makt på en bestemt måte skriver Stang (1998). Ved bemyndigelse utøves makt på en positiv måte. Bemyndigelse innebærer maktoverføring fra den sterke til den svake, slik at den svake kan oppleve kontroll i situasjonen. Hensikten med bemyndigelse er å motvirke en tilstand av maktesløshet som virker negativt inn på individet. Brukerens maktesløshet og hjelperens makt er derfor utgangspunktet for bemyndigelse og blir en positiv maktutøvelse. Men maktutøvelsen er ikke borte fra praksisfeltet selv om nye prinsipper innføres (Andrews, 2002). Det er derfor viktig for fagutøveren å være klar over maktfaktorene som eksisterer i praksisutøvelsen, og på hvilke premisser praksis formes og kunnskaper utvikles (Gilbert, 1995).

2.6 Pedagogisk perspektiv

Kunnskapsoverføring mellom bruker og fagutøver involverer et pedagogisk perspektiv på fagutøverens rolle (NOU-18, 1998). Endring fra risikotenkning til fokus på ressurser og mestring fører til endring av helsesøsters pedagogiske funksjon. Den pedagogiske funksjon er alle de gjøremål som har til hensikt å legge til rette for vekst, utvikling, læring og mestring (Tveiten, 2002). Flere metoder kan velges som for eksempel informasjon, undervisning, veiledning og instruksjon. Statens helsetilsyn anbefaler at det legges mindre vekt på undervisning og rådgivning enn tidligere og større vekt på veiledning (Statens helsetilsyn, 1998a). Veiledningsbegrepet utdypes derfor.

Fokus på vekst, utvikling, læring og mestring i veiledning kan betraktes som en ressursorientert strategi i tråd med intensjonene i helsefremmende arbeid. Veiledning kan derfor være en relevant pedagogisk metode i læring relatert til brukermedvirkning og empowermenttenkning (Tveiten, 2005). Veiledning gir en deltakende kompetanse for brukeren som starter en prosess med refleksjon over sin egen situasjon, for å finne løsninger, og bli i stand til å ta vare på seg selv. Veiledning kan være en hensiktsmessig metode for å overføre kunnskap og makt til brukerne, og veiledning representerer derfor en strategi for å myndiggjøre brukere (Tveiten og Severinsson, 2004; Tveiten, 2005).

Tveiten (2005) har gjort en begrepsanalyse av veiledning i tilknytning til helsesøsterpraksis. Hun definerer veiledning som utføres i profesjonelle sammenhenger, slik som av sykepleiere, som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess. Hensikten er å øke mestringskompetansen hos den som veiledes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. At veiledning er formell handler om at rollen som veileder utøves i en yrkesfunksjon. Veiledning er en pedagogisk prosess, fordi det er oppdagelse, læring, forandring og utvikling som foregår. Istandsettingsprosess henspiller på at den som veiledes blir i stand til noe, avhengig av behov, kontekst og mål. Den som veiledes hjelpes til å finne og bruke sin styrke ved å ta hensiktsmessige beslutninger, eller handle hensiktsmessig. Da kan livet mestres bedre. Veiledning skal være betydningsfull profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling og er et viktig supplement til annen pedagogisk virksomhet (Lauvås og Handal, 2002).

Lauvås og Handal (2002) hevder at veiledning er et begrep som kan være vanskelig å avgrense fra nærliggende begrep som undervisning og terapi. Veiledning og undervisning har samme hensikt. Begrepene griper inn i hverandre. Forskjellen kan relateres til hvordan hensikten oppnås. Terapi skiller seg fra veiledning ved at det innebærer en form for behandling. Tveiten (2005) fant i en studie av helsesøstres beskrivelser av veiledning at de har en bred forståelse av begrepet. Veiledning kan derfor sees som et paraplybegrep som inkluderer flere pedagogiske begreper, der undervisning og rådgivning inngår i veiledningsprosessen, men at begrepene ikke betyr det samme. Det kan være at den som veiledes trenger informasjon, undervisning eller motivasjon for å være i stand til å bli veiledet (Tveiten, 2005).

Flere teoritradisjoner forholder seg til veiledning. Lauvås og Handal (2002) peker på to som har utkrystallisert seg som særlig aktuelle:

Læringsmodellen legger vekt på læring som deltakelse i aktiviteter. Ved observasjon og deltakelse utvikles ferdighet og endring i roller. Modellen kan brukes til å gi uttrykk for hvordan helsesøster oppfatter barnets budskap og spørre om foreldrene oppfatter det på samme måte. Konkrete situasjoner kan benyttes til å vise barns samspill med omgivelsene. Modellen bør brukes med omtanke i forhold til nedtoning av ekspertrollen slik at foreldre selv kan finne løsninger.

I handlings- og refleksjonsmodellen vektlegges eget kunnskapsgrunnlag, erfaring og verdier som en base for utvikling. Det er ikke veilederen som formidler ”riktige” løsninger.

Veiledningen skal hjelpe den andre til å utvikle seg på sitt eget grunnlag. Refleksjon er sentralt i denne modellen. Schön (her fra Kirkevold, 2002, s 32) har vært regnet som en viktig bidragsyter innenfor denne tradisjonen. Han skiller mellom refleksjon i handling som skjer i konkrete situasjoner, og refleksjon om handling. Refleksjon kan være en kritisk vurdering av egne resonnement, bli klar over hva en bygger tankerekken på og ha et perspektivvalg og mål. Videre kan det være å se hvilke aspekter ved situasjonen en vektlegger og hvorfor, og kunne vurdere kvaliteten på informasjon som er tilgjengelig (Kirkevold, 2002). Hyrkäs (2002) hevder at kritisk læringsteori, slik som Freires frigjøringspedagogikk, er et viktig bidrag til teorigrunnlaget for veiledning. Dette fordi det fokuseres på frivillig deltakelse, kritisk tenkning, kreativitet og det settes lys på det som tidligere er tatt for gitt.

I veiledning av brukere kan ikke innholdet alltid planlegges. Det er viktig å fokusere på behov her og nå. Andre veiledningssituasjoner kan i større grad planlegges, som for eksempel ved sykepleiefaglig veiledning. Veiledningen kjennetegnes ved ulike faser som ”bli kjent fasen”, ”arbeidsfasen” og ”avslutningsfasen”(Tveiten, 1998).

Roller og forventning i veiledningsprosessen bør avklares både for den som veileder og den som veiledes (Tveiten, 2005). Rollebegrepet kan defineres i forhold til normer i forbindelse med en stilling eller en posisjon, og i forhold til de forventninger som er knyttet til stillingen eller posisjonen. Rollen som veileder innebærer å legge til rette for at hensikten med veiledningen oppnås. Helsesøsters veilederrolle knyttes til ulike måter å nå målet for veiledningen, samt å ivareta verdier og normer (Tveiten, 1998). Veilederen kan ha en viss innflytelse på et individ, men har ikke direkte makt til å gjøre endringer. Det overordnede kravet til en veileder er å forstå læringsprosessens forløp og følge den som veiledes tett inn på livet. Hvilke roller veilederen inntar vil være et resultat av denne forståelsen. Veilederens oppgave er å tilrettelegge erfaringer som fremmer læring og peke på de muligheter som foreligger. Veilederen kan virke som katalysator, prosesshjelper, ressursformidler og problemløser (Stålsett, Sandal og Tveten, 1994). Rollen som veileder krever utvikling av personlige egenskaper. Respekt, evne til å sette seg inn i den andres situasjon, samt å være tilgjengelig og åpen betegnes som viktig. Det er veilederens oppgave å møte de som skal veiledes med tillit og tro på at de vil kunne mestre oppgaven. Ved å lage en trygg ramme

rundt situasjonen kan den som blir veiledet våge å bevege seg inn i det ukjente og våge å stille spørsmål (Stålsett et al, 1994). Relasjonen mellom veileder og bruker er viktig for resultatet av veiledningen, og veilederen bør både støtte og utfordre. Veilederen må legge til rette for en trygg ramme rundt veiledningen og arbeide med dette gjennom hele veiledningsforløpet (Tveiten, 2002).

Hovedformen i veiledning er dialog. Det kan innebære at veileder stiller spørsmål, lytter aktivt, bekrefter, støtter og utfordrer (Tveiten et al, 2004; Tveiten, 2005). Den korrekte pedagogiske metode ligger i dialogen, hevder Freire (2002). Dialogen kan forstås som et møte mellom mennesker som gir en gjensidig forståelse av verden slik den ser ut for begge parter. Begge har en rett til å snakke ut, og refleksjon og handling møtes. I dialogen oppfattes virkeligheten som en prosess. Ifølge Freire (2002) fremheves noen grunnleggende verdier som nødvendige i denne prosessen. Det er kjærlighet, her forstått som solidaritet og engasjement for den lærende. Det er ydmykhet overfor den andre, og det er en sterk tro på mennesket, uten å være naiv. Basert på kjærlighet, ydmykhet og tro, blir dialogen et jevnbyrdig forhold med gjensidig tillit mellom de som samtaler. Dialogen skal ikke tjene som et instrument for et menneskes herredømme over et annet og den kan ikke eksistere uten håp. Hvis de som samtaler ikke venter at det kommer noe ut av deres anstrengelser vil møtet være tomt og basert på plikt. Dialogen kan heller ikke eksistere uten kritisk tenkning. Kravet til at den lærende engasjerer seg i refleksjon over egen situasjon, bygger på tanken om at refleksjon fører til handling. Det er derfor nødvendig med tillit til den lærendes tenkeevne (Freire, 2002).

2.7 Helsestasjonsvirksomheten

I helsestasjonsvirksomheten vil kravet om økt brukermedvirkning ha betydning for den enkelte helsesøster i møte med brukerne. Kravet vil også ha betydning for organisering av tjenestetilbudet og lederfunksjonen. I denne delen av oppgaven redegjøres det for sentrale ramme faktorer i helsestasjonsvirksomheten. Helsesøsters ansvarsområder og behovet for kompetanse knyttet til brukermedvirkning belyses. Videre beskrives sentrale momenter for å legge til rette for brukermedvirkning knyttet til lederens arbeidsområde.

Utforming av helsetjenestene i kommunene er et samspill mellom administrasjon, politikere og fagutøvere på ulike tjenesteområder (Rønning et al, 1998). Kommunene er pålagt å drive

helsestasjonsvirksomhet som en del av sin tjeneste, men det er opp til kommunene å bestemme hvordan tjenesten skal organiseres (Norsk Sykepleierforbund, 1997). Tilbudet ved helsestasjonen er frivillig og omfatter helsetjenester til spe- og småbarn. Det favner også skolehelsetjeneste og helsetilbud til ungdom og gravide. Målsetningen er å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse gjennom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Helsestasjonen skal være et kraftsenter for helse og oppvekst og et kunnskaps- og ressurscenter som skal bidra med et helhetlig tilbud til barn og unge og familiene deres. Den skal være en møteplass i nærmiljøet, pådriver for styrking av sosiale nettverk og for tilrettelegging av oppvekstmiljø for barn og ungdom (Rundskriv 1-47, 1999). Helsestasjonen er en viktig arena for tverrfaglig samarbeid. En helhetstenking i forhold til samarbeidspartnere i tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å nå målene i forebyggende arbeid (Norsk Sykepleierforbund, 1997). Det skal derfor etableres tverrsektorielle og tverrfaglige arbeidsformer og tiltak i nært samarbeid med brukerne. Helsestasjonen skal være en pådriver for å sette fokus på arbeid med barn, unge og foreldre i det psykososiale feltet (Rundskriv 1-47, 1999). Overordnede politiske føringer legges til grunn for valg av strategier og metoder i arbeidet via lover, stortingsmeldinger, offentlige utredninger og skriftlige veiledere for tjenesten sammen med lokale prioriteringer i kommunene. Ramme for innhold i tjenesten gis av sentrale helsemyndigheter (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 gir i prinsippet kommunene frihet til å velge lokale løsninger, men den lokale handlingsfriheten er nokså begrenset da Statens helsetilsyn slår fast at lokale løsninger som fraviker vesentlig fra retningslinjene må dokumenteres og begrunnes (Statens helsetilsyn, 1998a).

Helsestasjonstilbudet har i de senere årene vært i endring. Økt fokus på brukermedvirkning er en av faktorene som har påvirket dette. Trenden har vært en endring fra enkeltkonsultasjoner til gruppeaktiviteter og nettverksskapende tiltak som barselgrupper og samtalegrupper i skolen (Helseth, 1999). Etablering av familiesentre i kommunene er et eksempel på et lavterskeltilbud med stor grad av brukermedvirkning (Glavin og Kvarme, 2003). Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har fått en lovfestet rett til en individuell plan som er hjemlet både i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Retten til en individuell plan bygger på en politisk målsetting om brukermedvirkning (Waade, 2004).

2.7.1 Helsesøsters arbeidsområder

Helsesøster er en sykepleier med spesialutdanning innenfor forebyggende helsearbeid. Hun har sitt arbeidsfelt knyttet til helsestasjonsvirksomheten i kommunene med hovedvekt på barn og unges oppvekstvilkår. Helsestasjonstilbudet benyttes av de fleste småbarnsforeldre for helsekontroll av barna. Helsesøster møter de fleste barn fra 12-15 ganger i løpet av førskolealder, 5-6 ganger i løpet av skoletiden, og oftere hvis det er ønskelig eller nødvendig. Gjennom jevnlig undersøkelse vurderes barns vekst og utvikling, skjevutvikling avdekkes, og tilbud for oppfølging iverksettes. I videregående skole kan ungdom i større grad velge om de vil oppsøke hjelp og hvilken hjelp de ønsker. Helsestasjon for ungdom er etablert i mange kommuner og gir helsetilbud hvor rådgivning, veiledning og undersøkelser er tilpasset ungdom. Aktuelle tema er fokus på fysisk og psykisk helse, seksualitet, samliv og prevensjonsveiledning (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Her er det ungdommen selv som må ta kontakt med helsestasjonen, og det er en overvekt av jenter som besøker tjenesten. En kartlegging av ressurser som brukes i videregående skole viser at det brukes forholdsvis lite ressurser på denne tjenesten i kommunene. Det står i kontrast til regjeringens intensjoner i opptrappingsplanen for psykisk helse med hensyn til å styrke helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge (Norsk Sykepleierforbund, 2005).

Arbeidsoppgavene og synet på hvordan målene skal nås er endret i helsestasjonen i løpet av de siste årene. Ulike strategier og metoder er tatt i bruk som følge av intensjonene i helsefremmende arbeid. Strategier, som for eksempel empowermentstrategien, forstås som et overordnet perspektiv. De gir grunnlag for å utvikle handlingsplaner og konkretisere hvilke metoder og tiltak som kan brukes for å nå mål, mens en metode kan forstås som en systematisk framgangsmåte og et middel for å nå et mål. Ulike former for veiledning er eksempel på det (Statens helsetilsyn, 1998c).

2.7.2 Brukermedvirkning og helsesøsters kompetanse

Tankene bak helsefremmende arbeid representerer et paradigmeskifte. Nye strategier anbefales og har ført til endringer i sentrale føringer for helsesøstertjenesten (Statens helsetilsyn, 1998a). Det antas at både ideologiske endringer og nye anbefalinger for valg av arbeidsmåter har en konsekvens for helsesøsters behov for kompetanse. Behovet for kompetanse knyttet til brukermedvirkning og ideologien i helsefremmende arbeid belyses

derfor, men uten å gi en fyldig beskrivelse av kompetansebegrepet. Kompetanse er ikke et entydig begrep og defineres på ulike måter. Fagermoen (1993, 1998) beskriver at sykepleiekompetanse omfatter tre grunnleggende dimensjoner: kunnskapsbase, etiske retningslinjer og et handlingsrepertoar. Kompetanse er også knyttet til å kunne bruke kunnskaper og ferdigheter på en god måte i konkrete situasjoner (Kirkevold, 2002).

1) Kunnskapsbasen omfatter nødvendige kunnskaper, forståelse og innsikt som gir grunnlag for vurdering av problemer, og de mål og handlinger som er relevante for å løse problemene (Fagermoen, 1993, 1998). Sykepleiefunksjonen er preget av mangfold og kompleksitet og det gjenspeiles i teoriutvikling av sykepleiefaget og i forskning om sykepleierens funksjon og ansvar. Helsesøstertjenesten bygger på kunnskap fra mange ulike felt, som for eksempel sykepleiefaglige, samfunnsvitenskapelige, naturvitenskapelige, humanistiske og sosiale fag (Glavin og Kvarme, 2003). I følge Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), som omhandler folkehelsepolitikken, er det et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikktutforming og praksis innen folkehelsearbeidet. Tiltak som iverksettes må så langt som mulig ta utgangspunkt i kunnskaper, årsaker og virkninger. Lindholm (2001) hevder at det er lite forskningsbasert kunnskap innenfor helsesøsters fagfelt, og at kunnskapen som finnes i liten grad er implementert i praksis. Hun har gjort en studie med 26 informanter fra skolehelsetjenesten i Finland. Den viste at flere faktorer virker hemmende for å ta i bruk den forskningsbaserte kunnskapen. Forskningen som finnes innefor feltet er for triviell og uinteressant, og det er av liten interesse å ta i bruk kunnskap som ikke oppleves som relevant. Forskningsbasert kunnskap er ofte utilgjengelig for helsesøster, og hun mangler kunnskaper for å omsette forskningsresultater til praksis. Nutbeam (1998a) hevder at forskningsbasert kunnskap bør brukes mer systematisk ved utvikling av ulike tiltak, men skisserer ulike utfordringer knyttet til kunnskapsutvikling i helsefremmende arbeid. En av utfordringene er at resultatene er vanskelig å måle, og det knyttes urealistiske forventninger til å kunne benytte eksperimentell design. Det er derfor nødvendig å kombinere ulike forskningsdesign for å utvikle kunnskap på dette feltet.

2) Etisk grunnlag dreier seg om å være forpliktet på sykepleiens verdigrunnlag og ha en etisk bevissthet om grunnlaget for egne handlinger, se konsekvenser og vurdere etiske problemer (Fagermoen, 1993, 1998). I følge intensjonene i helsefremmende arbeid må fagutøveren i større grad enn før gå inn i en veilederrolle med åpenhet for dialog omkring brukerens situasjon, behov og forslag til løsninger (Statens helsetilsyn, 1998c). Det stiller

krav til at helsesøster er bevisst sin egen rolle og verdigrunnlag. I møtet mellom helsevesen og brukere bør helsepersonell være oppmerksom på fagpersoners posisjon. Helsepersonellens holdninger bør være preget av respekt, forståelse og tillit. Fagutøveren må ha respekt for den enkeltes autonomi, og brukeren betraktes som en aktiv samarbeidspartner (Statens helsetilsyn, 1998a). Stang (1998) hevder at fagutøveren kan fungere som støttespiller i hjelpeprosesser, men det betinger at holdninger og atferd er i overensstemmelse med verdier som ligger til grunn for empowermentprosessen. Bemyndigelse fordrer at det foregår en bevisstgjørende utviklingsprosess hvor kritisk refleksjon inngår som en essensiell komponent, slik at brukeren ikke tilbys løsninger eller alternativer som ikke samsvarer med vedkommendes interesser (Gibson, 1991). En framgangsmåte for å fremme kritisk refleksjon er faglig veiledning. I faglig veiledning kan fagutøveren kritisk vurdere egen kunnskapsbase, vurdere holdninger i egen praksis og se kritisk på egne handlinger.

3) Handlingsrepertoaret består av en rekke ferdigheter som benyttes avhengig av hva situasjonen krever og som omfatter metoder for å ivareta sykepleiefunksjonen. Det er rasjonelle ferdigheter som omfatter problemløsning, klinisk vurdering og beslutningsevne. Det er samhandlingsferdigheter som omfatter kommunikasjon, samarbeid, undervisning, veiledning og ledelse. Det omfatter også manuelle ferdigheter som involverer hender og kropp (Fagermoen, 1993, 1998). Gibson (1991) vektlegger at bemyndigelse stiller krav til sykepleierens ferdigheter. Kommunikasjonsferdigheter, veiledningsferdigheter og undervisningskompetanse er sentrale i empowermentprosessen. Det er viktige ferdigheter i relasjon til brukere av helsetjenester, men er også viktig i samarbeidet med andre faggrupper og er derfor sentrale områder for kompetanseutvikling (Gibson, 1991).

2.7.3 Lederens arbeidsområder

Den løpende planleggingen, organiseringen og vurderingen av helsestasjonsvirksomheten er i særlig grad knyttet til administrativ ledelse og faglig forståelse. Lederen må ha tilstrekkelig kunnskap om kommunal organisering og forvaltning i tillegg til innsikt i og kunnskap om personaladministrasjon, opplæringsbehov og planlegging (Glavin, 1999). Leder for helsestasjonsvirksomheten har ansvar for å delta i kommunenes planarbeid og må være kjent med planarbeid som en politisk prosess og som faglig utviklingsarbeid. Overordnede planer utarbeides på stat-, fylke- og kommunenivå. Disse er ofte av generell karakter og gir overordnede målsettinger og retninger for utvikling av tjenesten. Kommunene har et

lovpålagt krav om rullerende hovedplan, der plan for helsestasjonsvirksomheten og andre deltjenester inngår. Handlings- og virksomhetsplaner utvikles lokalt i kommune eller tjeneste og er konkrete og resultatbeskrivende planer. Planene beskriver tjenestenes prioriteringer, mål, innhold og er viktig styringsverktøy i tjenesten for å nå sentrale og lokale mål (Norsk Sykepleierforbund, 1997).

Lederen har et ansvar for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Krav til etablering av kvalitetssystemer er regulert via lovverket (Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64). Kvalitetssikring er en planlagt og systematisk arbeidsprosess som inkluderer målbeskrivelse, vurdering av praksis og en handlingsfase hvor det utarbeides handlingsplaner og tiltak iverksettes (Norsk Sykepleierforbund, 1997). Et tilfredsstillende forebyggende helsearbeid er avhengig av et engasjert og kompetent fagpersonell. For å opprettholde og videreutvikle kvalitet på tjenestetilbudet, er det viktig med systematisk faglig oppdatering og videreutvikling. Lederen bør motivere og inspirere ansatte. Gjennom forskning og utviklingsarbeid må det evalueres hvilke metoder og arbeidsmåter som gir gode resultater, og kompetanse og arbeidsmåter må tilpasses endringen i arbeidsoppgaver (Norsk Sykepleierforbund, 1997).

Organisasjonsutvikling som samsvarer med prinsippene for empowermenttenkning og brukervedvirkning stiller krav til ledelsesform. I en studie av brukervedvirkning i den norske velferdsstaten, hevder sosiolog Andreassen (2004) at hvis prinsippet om brukervedvirkning skal få konsekvenser i praksis, må det legges arbeid i medvirkningsprosesser, og ledelsen er viktig i flere faser. Videre i dette kapitlet beskrives sentrale momenter for å legge til rette for brukervedvirkning knyttet til lederens arbeidsområde.

På individnivå: Hensikten med brukervedvirkning er at beslutninger i størst mulig grad skal kunne tas av brukeren og den fagperson som samarbeider med brukeren. Det forutsetter at fagpersonen har myndighet og kompetanse til dette og at myndighet delegeres nedover i organisasjonen (Stang, 1998). Det kan legges til rette for økt grad av brukervedvirkning i den individuelle hjelperelasjonen ved at det etableres rutiner som sikrer at brukere, som har rett til og ønsker det, får en individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

På systemnivå: I en organisasjon som ønsker brukervedvirkning for å utvikle sitt tjenestetilbud, er det viktig at ledelsen tar aktive skritt for å sette tjenesten i stand til å utnytte

brukernes synspunkter for å skape endring og utvikling. Flere momenter er aktuelle å vurdere når dette knyttes til lederoppgavene i helsestasjonen. Brukermedvirkning begrunnes ofte med at de enkelte delene av helsetjenesten ønsker å høste brukererfaring eller avdekke forbedringsbehov. Fagfolkene tar utgangspunkt i egne oppgaver og ansvarsområder i den tjenesten de er en del av. Brukerne er på sin side opptatt av sin situasjon som en helhet, mens lederen fungerer som et bindeledd mellom administrasjon, politikere og fagutøverne på tjenestestedet. Det er lederens oppgave å formidle føringer fra politikere og administrasjon ut i organisasjonen, samt å formidle signaler fra tjenestested og brukere som kan få betydning for å forbedre tjenestetilbudet. Det omfatter også et ansvar for at tilbakemeldinger og innspill fra brukerne blir drøftet i ulike fora i organisasjonen som har ansvar for tjenestens utvikling. Dette har sammenheng med at lederen har en posisjon og myndighet i organisasjonen, og at signalene fra lederen har en annen tyngde enn fagutøverens (Andreassen, 2004). Tilrettelegging for brukermedvirkning omfatter også å sørge for at det legges en plan for hvordan brukerne skal trekkes med. Det kan skje gjennom ulike former for evaluering av tjenesten som for eksempel brukerundersøkelser, eller ved at brukere trekkes med i utforming av nye tjenestetilbud. Brukermedvirkning bør innarbeides i rutiner og prosedyrer som henger sammen med plan- og beslutningsprosesser i organisasjonen. Ulike dialogbaserte metoder eller andre former for høringer kan være eksempel på det. Involvering av brukerorganisasjoner kan være en annen.

Det er viktig å komme inn i riktig tid i forhold til når premisser legges og avgjørelser blir tatt. Brukerne bør derfor trekkes tidlig inn i plan- og beslutningsprosesser. I praksis kan det være vanskelig fordi brukerne av en tjeneste ikke kan være med på å sette rammene for tjenesten. Det kan for eksempel gjelde økonomiske rammer og faglige prioriteringer (Andreassen, 2005). En del endringstiltak på bakgrunn av innspill fra brukere må gjøres gjeldende for en større del av tjenesten enn helsestasjonsvirksomheten. Det kan gjelde økonomiske rammer, eller berøre samarbeidet mellom ulike tjenester. Det er derfor viktig at lederen tar ansvar og følger opp overfor overordnet nivå og andre tjenester hvis saker ikke kan løses innenfor eget tjenesteområde (Andreassen, 2004).

Tilrettelegging for brukermedvirkning på det enkelte tjenestested omfatter arbeid med å motivere personalgruppen og skape en holdning til at brukermedvirkning er viktig. Kompetanseheving omkring teorigrunnlaget for brukermedvirkning gir en basis for forståelse. Det vektlegges i de statlige føringene at veiledning er en anbefalt metode.

Kommunikasjons- og veiledningsferdigheter er derfor sentrale (Statenes helsetilsyn, 1998a). Lederfunksjonen spiller en viktig rolle for å få brukermedvirkning til å fungere, men ildsjeler på arbeidsplassen kan også være en viktig ressurs. Lederen bør derfor sørge for å støtte medarbeiderne i det praktiske arbeidet (Andreassen, 2005).

Premisser: Det er viktig at det finnes system for å kanalisere saker. Skolene har foreldreutvalg, funksjonshemmede har egen interesseorganisasjon, og de fleste kommuner har eldreråd, men i helsestasjonen er det ingen formelle samarbeidsorganer som det kunne vært naturlig å knytte disse prosessene til (Andrews, 2006). Det må derfor etableres brukermedvirkning på andre premisser i helsestasjonsvirksomheten.

Hindringer: Implementering av brukermedvirkning kan hindres av flere faktorer. Det teoretiske grunnlaget og begrepsavklaring knyttet til forståelsen av brukermedvirkning kan være utilstrekkelig innarbeidet. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i å styrke brukerne til å ta egne valg, mens brukernes verdigrunnlag er lite fokusert og kan stå i motsetning til fagutøverens verdigrunnlag. Brukerkultur og profesjonskultur kan være et hinder for brukermedvirkning. Forestillinger knyttet til den tradisjonelle bruker- hjelper relasjonen kan oppleves som trygt for brukeren i en rolle som passiv mottaker uten selv å måtte ta ansvar. Institusjoners organiseringsformer er ofte oppfattet som tradisjonsbundne systemer hvor det er etablerte mønstre for hvordan en forholder seg til brukere. Rettigheter knyttet til brukermedvirkning er hjemlet i lovverk, men det er fagutøveren som vurderer når og på hvilke områder brukermedvirkning skal skje (Sigstad, 2004).

3. Design

Hensikten med undersøkelsen er å belyse hvordan brukermedvirkning beskrives og praktiseres i helsestasjonsvirksomheten. Materialet består av intervjuer med helsesøstre og ledere i helsestasjonsvirksomheten, til sammen 12 informanter fordelt på to utvalg. Valg av design og metodiske tilnærminger har sammenheng med undersøkelsens mål og problemstilling (Malterud, 2003). I dette kapitlet redegjøres det for valg av design og metodisk tilnærming for å belyse problemstillingen empirisk. Det redegjøres også for analysestrategi og etiske betraktninger.

3.1 Valg av design

Forskningsdesign er en plan for gjennomføring av undersøkelsen slik at det gis et svar på problemstillingen (Nord, 1998). Det innebærer mange valg for forskeren og omfatter avgjørelser omkring datatype, utvalg og metoder for datainnsamling. Det omfatter også avgjørelser omkring analyse, tolkning og presentasjon av funn (Knizek, 1998). Det er lite litteratur som beskriver brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten, og begrepet er i liten grad konkretisert og operasjonalisert innenfor denne tjenesten. Det velges derfor et utforskende/beskrivende design. Det å oppdage nye fenomener eller oppdage nye sider ved et fenomen, kjennetegner utforskende design. Slike studier benyttes ofte når det er lite eller sprikende kunnskap innen et felt og det kan utvikles nye ideer og teorier (Fagermoen, 2005; Nord, 1998). I undersøkelsen benyttes en induktiv tilnærming. En induktiv tilnærming er datastyrt ved at det er empirien som styrer analysen (Malterud, 2003). Enhver forskningsprosess innebærer en blanding av deduktive og induktive prosesser, men valget av tilnærming sier noe om at tyngdepunktet er nærmere en induktiv enn en deduktiv tilnærming. En induktiv tilnærming innebærer å være åpen for å finne ulike sammenhenger (Malterud, 2003). Det betyr at tilpasninger kan gjøres underveis når det oppnås innsikt om fenomenet som studeres. Både antallet informanter og sammensetning av utvalget kan avgjøres underveis (Knizek, 1998). En induktiv tilnærming betyr ikke at det mangler teoretisk ramme, eller at den er fri for egen forforståelse (Knizek, 1998). Litteratur og forskning på feltet er gjennomgått og danner en teoretisk ramme for studien, men det tilstrebes en åpen tilnærming for å bygge kunnskap fra empiri.

3.2 Metodisk tilnærming

Utforskende design benytter som regel tekstdatasamlingsmetoder (Nord, 1998). Den vanligste metoden for å samle kvalitative data er intervju (Knizek, 1998). For å beskrive brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten velges derfor intervju. Det finnes mange varianter av kvalitative forskningsintervju, fra strukturerte til åpne. Det er forskningsspørsmålene som bør være styrende for intervjuformen (Knizek, 1998). Når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før eller åpne for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig at intervjuguiden ikke er for detaljert. Det er heller ikke nødvendig å følges den slavisk, men heller gi rom for at nye tråder i intervjusituasjonen kan plukkes opp (Malterud, 2003). Det velges derfor en semistrukturert intervjuguide.

En intervjuguide inneholder emnene som skal taes opp i intervjuet og spørsmålene knyttet til disse (Kvale, 2004). Intervjuguiden fokuserer på temaområder som er sentrale i forhold til problemstillingen og teorigrunnlaget. Disse er forsøkt utformet slik at de gir rom for at informanten kan snakke fritt om sin forståelse av brukermedvirkning. Samtidig ønskes styring av intervjuene på en slik måte at sentrale elementer fra den teoretiske gjennomgangen belyses. I denne undersøkelsen ble det utarbeidet to intervjuguides, en til hvert utvalg (vedlegg 9 og 10). Begge intervjuguidene ble organisert rundt temaområder. Flere spørsmål var like i begge intervjuguidene, mens noen av spørsmålene var forskjellige og tilpasset de to utvalgene. Temaområde 1 og 3 var felles for begge utvalgene. Temaområde 2 omhandlet helsesøstrenes valg av strategier og arbeidsmetoder og gjaldt bare dette utvalget.

Tabell 3

Temaområder for intervjuguide

Temaområde for intervjuguide:	
Temaområde 1: (begge utvalg)	Beskrivelse og betydning av brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten
Temaområde 2 (kun utvalg 2, helsesøstre)	Helsesøsters valg av strategier og arbeidsmetoder for å fremme brukermedvirkning.
Temaområde 3: (begge utvalg)	Tilrettelegging for brukermedvirkning i organisasjonen

Begge intervjuguidene ble prøvd ut på forhånd. En helsesøster og en leder for en helsestasjon, begge uten tilknytning til undersøkelsen, ble intervjuet. Utprøving av guidene viste seg å være nyttig og førte til noen endringer. Intervjuguiden ble utformet med tanke på at abstraksjonsnivået må være tilpasset informantens nivå. Konkretisering og utdyping er gjort ved å stille spørsmål som ”forstår jeg deg riktig når ...”, eller ”kan du utdype det”.

Informantene fikk et informasjonsskriv noen dager før intervjuet ble gjennomført. Det inneholdt en kort beskrivelse av hensikten med studien, introduksjon til tema, samt en plan for gjennomføring og informasjon om samtykke. Eksempel på samtykkeerklæring er vedlagt (vedlegg 8).

Før intervjuene startet ble det gitt noe informasjon. Intervjuer introduserte situasjonen for informanten ved å fortelle kort om studiens hensikt og praktiske forløp, og det ble gitt en kort introduksjon til tema. Dette var med på å definere situasjonen for informanten. Det kaller Kvale (2004) en kort briefing. Skriftlig samtykke ble innhentet og tillatelse til å bruke båndopptaker ble gitt av informant. Intervjuene foregikk omtrent som en vanlig samtale, men hadde et bestemt formål og en bestemt struktur. I de første spørsmålene ble informanten bedt om å si noe om egen kommune, egen yrkeserfaring og funksjon. Det fungerte som en form for ”oppvarmingsspørsmål” og bakgrunnsinformasjon for intervjueren. Disse spørsmålene førte over i studiens tema. Avslutningsvis samlet intervjuer trådene og informanten kunne komme med utdypning. Kvale (2004) kaller det en debrifing. Etter avslutningen på hvert intervju ble eventuelle merknader knyttet til intervjuet skrevet ned uten informanten til stede. Det kunne være kommentarer som falt etter at båndopptakeren ble slått av, eller forhold ved intervjusituasjonen som kunne ha betydning for analysen. Dette har vært en læringsprosess for meg, og notatene inneholdt også merknader i forhold til min rolle som intervjuer med tips til endringer ved neste intervju.

3.3 Utvalg og utvalgskriterier

I utforskende studier tilstrebes det en variasjon og bredde i materialet for å belyse fenomenet så grundig som mulig (Fagermoen, 2005). I denne studien er det gjort et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er satt sammen ut i fra en målsetning om at materialet skal inneholde data i dybde og bredde som kan gi relevante svar på problemstillingen. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan utfordre opplagte konklusjoner og beskrive nyanser ved samme

fenomen. Hvis materialet er svært homogent, kan det være vanskelig å få fram data som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål (Malterud, 2003). Det ble derfor valgt informanter som antas å tilføre ulik informasjon ved at de har ulike funksjoner i helsestasjonsvirksomheten, varierende lengde yrkeserfaring som sykepleier/helsesøster og kommer fra flere forskjellige kommuner. Den teoretiske gjennomgangen viste at brukermedvirkning er et begrep som brukes både på individ og systemnivå. Jeg antar at ledere og helsesøstre i klinisk praksis kan ha ulik kunnskap om og erfaring med brukermedvirkning. For å belyse brukermedvirkning på flere nivåer, ble det derfor valgt å inkludere både ledere og helsesøstre som informanter. Disse ble fordelt på hvert sitt utvalg. Informasjon for å belyse problemstillingen kan hentes fra flere kilder. Brukere av tjenesten kunne gitt et bilde av hvordan de involveres. Data fra brukerne ville imidlertid ikke fanget opp de faglige vurderingene som ligger til grunn for brukermedvirkning. Kravet til informantene er at de skal ha kjennskap til det fenomenet som utforskes og at de skal kunne snakke om dette (Fagermoen, 2005). Det er derfor valgt informanter som har minst et års erfaring som helsesøster innenfor helsestasjonsvirksomheten, eller som har minst et års erfaring som leder ved helsestasjonen.

Det er ikke vanlig å bestemme størrelsen av utvalget på forhånd i denne typen undersøkelser. Jo færre informanter som er med, desto større krav er det til at disse informantene skal være sentrale og ha erfaring med det fenomenet som skal undersøkes (Knizek, 1998). Det er hensiktsmessig å samle data til det nås en metning av materialet. Det betyr at rekruttering av informanter avsluttes når det ikke lenger framkommer nye momenter i datamaterialet (Malterud, 2003). Innenfor rammen av en hovedfagsoppgave ble det valgt ikke å inkludere flere enn 12 informanter, uansett om metning av materialet var oppnådd eller ikke.

Materialet omfatter 12 informanter fordelt på to utvalg. Informantene kommer fra fire helsestasjoner fordelt på tre kommuner i tre forskjellige fylker på Østlandet, både by- og landkommuner er representert. To av helsestasjonene ligger i hvert sitt fylke og er landkommuner med innbyggetall fra 6 000 – 14 000. De to andre helsestasjonene ligger i samme kommune. Dette er en bykommune med omtrent 60 000 innbyggere som har flere helsestasjoner.

Utvalg 1 består av ledere for helsestasjonsvirksomheten. Leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunen har en sentral rolle i utformingen av lokale tjenestetilbud og

er en premissleverandør i forhold til politiske beslutningsorganer (Norsk sykepleierforbund, 1997). Utvalgskriteriene for utvalg 1 er stilling som leder for helsestasjonen i en av de tre kommunene som inngår i undersøkelsen og minst ett års erfaring som leder.

Beskrivelse av informantene i utvalg 1: Utvalget består av fire ledere, en ved hver av de fire helsestasjonene. Alle lederne er utdannet sykepleiere og har videreutdanning i forebyggende helsearbeid i form av et års helsesøsterutdanning. Erfaring med å lede helsestasjonen varierer fra 1,5 - 19 år. To av lederne har lederutdanning, og alle har erfaring fra arbeid som helsesøster i helsestasjons- eller skolehelsetjenesten. En av lederne har også videreutdanning i intensivsykepleie.

Utvalg 2 består av helsesøstre i klinisk praksis som arbeider direkte med barn, foreldre eller ungdom og har arbeidsoppgaver innenfor helsestasjon for småbarn og/eller skolehelsetjeneste. Utvalgskriteriene er utdanning som sykepleier med videreutdanning i forebyggende helsearbeid i form av et års helsesøsterutdanning, samt minst ett års erfaring som helsesøster ved en av de fire helsestasjonene.

Beskrivelse av informantene i utvalg 2: Utvalget består av 8 helsesøstre som arbeider ved 4 forskjellige helsestasjoner. Ved to av helsestasjonene er det intervjuet en helsesøster, og ved de to andre helsestasjonene er det intervjuet tre helsesøstre på hvert sted. Fire informanter kommer fra landkommuner, mens fire kommer fra bykommuner. Helsesøstrene har fra 1-25 års erfaring som helsesøster, og alle har erfaring som sykepleiere før videreutdanning i forebyggende helsearbeid. To av informantene har også videreutdanning i intensivsykepleie. En av helsesøstrene arbeider bare med ungdom i ungdomsskole og videregående skole. To arbeider kun ved helsestasjon for småbarn, mens fem av helsesøstrene arbeider både ved helsestasjon for småbarn og i skolehelsetjenesten. Noen av informantene har også oppgaver knyttet til reisevaksinasjon, smittevern eller asylmottak.

3.4 Datainnsamling

Søknad om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen ble gjort i form av brev til avdelingssjef/virksomhetsleder/helsesjef (vedlegg 3) i tre kommuner. Tillatelse ble gitt ved brev og e-post (vedlegg 4-6). Kontakt med informanter i utvalg 1 (ledere) er opprettet via telefon, og de rekrutterte deretter til utvalg 2 (helsesøstre) ved den helsestasjonen hvor de

var ledere. Det kan være en betenkelig framgangsmåte at det er lederne som plukker ut de helsesøstrene som ble bedt om å delta. Kanskje ville de velge informanter som hadde mange sammenfallende synspunkter med dem selv når det gjaldt organisering og drift av helsestasjonen. De fleste helsestasjonene var relativt små enheter med få ansatte. I praksis viste det seg derfor at det heller var et spørsmål om å finne informanter som ønsket og hadde anledning til å delta. Informantene i begge utvalg fikk skriftlig informasjon om studiens hensikt og plan for gjennomføring (vedlegg 7). Studien er meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Søknadsskjema og svar er vedlagt (vedlegg 1 og 2).

Data er samlet i perioden 26.10.05 til 14.12.05. Intervjuene foregikk ved helsestasjonene hvor den enkelte leder og helsesøster arbeider. Dette var etter informantenes ønske. Jeg vil anta at det å gjennomføre intervjuene i informantens kjente miljø kunne bidra til en mer avslappet atmosfære enn hvis de hadde foregått i andre omgivelser. Intervjuenes varighet var 40-50 minutter. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert til papir. Transkripsjonen innebærer oversetting fra et muntlig til et skriftlig språk (Kvale, 2004). Ved overføring til skrift ble dialekt omsatt til normalt skriftspråk. Gjentakelser i samme setning og småord som høres naturlig i tale, men ikke i skrift, ble utelatt der de ikke hadde en betydning for å understreke en ytring. Dette ble gjort fordi det i analysen letes etter meningsbærende enheter, og omforming til skriftspråk gjør analysen mer oversiktlig. Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, struktureres samtalen slik at den er bedre egnet for analyse, og struktureringen er i seg selv en begynnelse på analysen (Kvale, 2004). Utskriftene ble av varierende lengde fra 8-14 sider med enkel linjeavstand og linjeskift mellom replikkskifte. Opplysningene fra datainnsamlingen ble anonymisert og oppbevart i låsbar safe.

Knizek (1998) betegner forholdet mellom informant og forsker som et subjekt-subjekt forhold fordi man i fellesskap forsøker å avklare fenomeners betydning for personen. I denne studien har jeg samme fagutdannelse som informantene, og det var kjent for dem. Det er dermed viktig å være bevisst min egen erfaring som helsesøster og leder. Erfaringen kan lette tilgangen til informasjon fordi jeg kjenner feltet og fenomenet som studeres, men det er også en fare for at egen forforståelse kan bli for dominerende.

3.5 Analyse

Analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet organiseres, fortolkes og sammenfattes. Den mest kompliserte delen ved fortolkning av kvalitative data er analysearbeidet. Materialet må gjøres tilgjengelig og forberedes for analyse, og data må komprimeres for å bli synliggjort (Malterud, 2003).

I denne undersøkelsen er innholdsanalyse brukt som bearbeiding av materialet. Tolkning av data er mer rettet mot å forstå enn å forklare. Ulike aspekter ved et fenomen avdekkes, men er bare et skritt på veien mot forståelse, og nye studier kan komme til å bekrefte eller avkrefte denne forståelsen (Fagermoen, 2005). Det er valgt en induktiv tilnærming, og analysen er derfor gjennomført uten forhåndsdefinerte kategorier. Det er valgt en analysemetode kalt meningsfortetning, som er beskrevet av Kvale (2004). Meningsfortetning medfører en forkortelse av intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer der det som er sagt gjengis med få ord. Dermed reduseres de lange intervjutekstene til kortere og mer konsise formuleringer. Analyseprosessen var lik for begge utvalg. All analyse har foregått manuelt, og ingen dataprogram for kvalitativ analyse har vært benyttet. Intervjuene av ledere for helsestasjonen og helsesøstre i helsestasjonen ble analysert og beskrevet hver for seg. Dette fordi store datamengder kan være vanskelig å håndtere (Kvale, 2004). Det var også hensiktsmessig å dele analysen fordi noen spørsmål i intervjuguidene var ulike for de to utvalgene. I tolkning og drøfting kunne dermed de to delene vurderes hver for seg og i forhold til hverandre.

Kvale (2004) beskriver at kvalitativ innholdsanalyse foregår innenfor tre ulike kontekster. Den første er selvforståelse. Den andre er kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Den tredje er en teoretisk forståelse. Det vil være glidende overganger mellom alle disse.

Tolkning på selvforståelsesnivå: På selvforståelsesnivået forsøker tolkeren å sammenfatte informantens egne oppfatninger. Tolkningen er mer eller mindre begrenset til den intervjuedes selvforståelse slik tolkeren forstår den (Kvale, 2004). Analysemetoden starter med en gjennomlesning av intervjuene. Først ble de transkriberte intervjuene gjennomgått med tanke på å få et helhetsinntrykk av materialet. Hensikten var å få en generell forståelse av hva intervjuene handler om og forstå meningen med intervjuene, slik informanten hadde formidlet den (Kvale, 2004). Det foreligger alltid en fare for å styre data ut fra egen forforståelse (Fog, 1996). På dette nivå var det derfor viktig å lese materialet så åpent og

fordomsfritt som mulig og ved å være bevisst på at intervjuguiden ikke skulle styre analysen, da den er utviklet på bakgrunn av den teoretiske forforståelsen. Her gjaldt det aktivt å motstå systematisering, og heller gå opp i ”fugleperspektiv” for å se etter sentrale trekk ved intervjuene (Malterud, 2003). Deretter ble materialet redusert ved å ta ut tekstområder som syntes relevante. Dette fordi all tekst ikke er av betydning i forhold til problemstillingen. Datareduksjon er en hjelp til å organisere, forenkle og omforme data for å få fram det generelle og det spesielle ved hvert intervju. Dette kan betraktes som en grovsortering av materialet. Disse tekstområdene kalles meningsenheter (Kvale, 2004). Så ble meningsenhetene omformet til et tema. Tema skal uttrykke det som dominerer den naturlige meningsenheten så klart som mulig (Kvale, 2004). De viktigste meningsenheter og tema ble samlet i en matrise for hvert utvalg. Hver meningsenhet er merket på følgende måte: H3-1.2, eller L7-2.1. H står for helsesøster i matrisen for helsesøstre og L står for leder i matrisen for ledere. Tallet som følger etter bokstaven viser til en bestemt informant, her nummer 3 i første eksempel og 7 i det neste. De neste to tallene viser til sidenummer og avsnitt i utskriften. På denne måten ble det sikret at meningsbærende enheter kunne spores tilbake til intervjumaterialet. Et utdrag av matrisen fra intervjuene med helsesøstre presenteres.

Tabell 5

Utdrag av matrise ”fra meningsenhet til tema”

Meningsenhet (tolkning på selvforståelsesnivå)	Tema
Brukermedvirkning er at folk kan bestemme når de skal ha den neste timen sin (H3-1.2) Det er jo noe som vi praktiserer og ikke tenker så mye på i det daglige. Vi bare gjør det (H7-1.4) Brukermedvirkning, forståelsen av det ordet er ... at brukerne får presentert tjenesten,... hvilke yrkesgrupper vi er på helsestasjon, og hva vi kan tilby av tjenester, så kan de vite hva de kan forvente av oss... hva de kan etterspørre (H11-1.1)	Diffus forståelse

Tolkning på kritisk nivå: Kritisk forståelse er basert på sunn fornuft. Tolkningen går her lenger enn å omformulere den intervjuedes selvforståelse, men holder seg innenfor det som er en allmenn fornuftig tolkning. Tolkningen på dette nivå krever ingen særlig teoretisk viten. Det å stille seg kritisk til det som blir sagt, reflektere over det som ikke blir sagt og knytte egne kommentarer til funnene, hører til i denne forståelsesrammen (Kvale, 2004).

Denne type vurderinger ble gjort i forhold til hvert enkelt intervju og i forhold til intervjuene samlet. Her er meningsenhetens tema analysert i lys av studiens hensikt og knyttet til forskningsspørsmålene. Det ble stilt ulike spørsmål til teksten og her gis et par eksempler: Hva sier dette om forståelsen av brukermedvirkning? Informantene betegner innflytelse for brukerne som viktig ved brukermedvirkning, men hvilken innflytelse har brukerne på tjenesten?

Tolkning på teoretisk nivå: Den teoretiske tolkningen innebærer en analyse i forhold til det teoretiske rammeverket som er valgt i oppgaven (Kvale, 2004). Funnene tolkes i forhold til teorier som er beskrevet i studiens teoretiske del, og har som mål å løfte analysen forbi selvforståelse og kritisk forståelse. De viktigste temaene ble bundet sammen til overordnede temaer og lagt over i en ny matrise. Det ble også her laget hver sin matrise for de to utvalgene. I denne fasen ble funnene analysert i forhold til oppgavens teori og problemstilling. Her er ikke hvert enkelt intervju drøftet, men funnene slik de framstår etter analysen på de to første nivåene som analyseres i lys av det teoretiske rammeverket. Et utdrag av matrisen fra intervjuene med helsesøstre presenteres. Matrisen viser at det var en glidende overgang mellom fasene i tolkningen. Temaene ble tolket både på kritisk og teoretisk nivå, mens de overordnede temaene ble tolket på teoretisk nivå.

Tabell 6

Utdrag av matrise ”Fra tema til overordnet tema”

Tema (tolkning på kritisk og teoretisk nivå)	Overordnet tema (tolkning på teoretisk nivå)
Diffus forståelse	Helsesøsters forståelse av brukermedvirkning
Brukermedvirkning betyr innflytelse og ansvar	
Brukermedvirkning som prosess og samarbeid	
Begrunnelser for og betydning av brukermedvirkning	
Betenkeligheter	

I løpet av analyseprosessen vendte jeg tilbake til lydbånd og transkriberte intervjuer flere ganger. Analysen ble derfor en prosess som vekslet mellom rådata, tekst og tema. De

overordnede temaene, temaene og meningsbærende enhetene ble til slutt i analysefasen sett i forhold til de transkriberte intervjuene. Det ble gjort for å sikre at de kunne føres tilbake til den sammenhengen det ble hentet fra uten at meningen var endret. Dette kalles rekontekstualisering (Malterud, 2003).

3.6 Validitet

Validitet handler om å stille spørsmål og kontrollere om kunnskapen som frambringes er gyldig. Det å kontrollere vil si at forskeren viser hvilke vurderinger som er gjort gjennom forskningsprosessen og har et kritisk syn på sine egne tolkninger. Begrepene relevans, reliabilitet og generaliserbarhet anvendes for å vurdere gyldighet. Ofte blir disse begrepene betegnet som tilhørende et positivistisk vitenskapssyn og derfor uegnet for vurdering av forskning med kvalitative data, mens andre hevder at gyldighetskriteriene må tilpasses forskning med kvalitative data. Enkelte forskere velger å bruke andre språkuttrykk og spør heller om forskningen er tillitsvekkende (Fagermoen, 2005), men her benyttes begrepene relevans, reliabilitet og generaliserbarhet.

Validitet er en vurdering av om studien undersøker det som var hensikten, og validitet må vektlegges i alle trinn i forskningsprosessen (Kvale, 2004; Malterud, 2001). Det vil si å stille kritiske spørsmål til alle faser i forskningsprosessen og beskrive hva som gjøres for å motvirke selektiv forståelse og skjev tolkning. Å kontrollere vil si at forskeren viser hvilke vurderinger som er gjort gjennom forskningsprosessen og har et kritisk syn på sine egne tolkninger (Malterud, 2001).

3.6.1 Relevans

Relevans er en sentral dimensjon i validitet. Malterud (2001) hevder at det må stilles spørsmål til studiens relevans i forhold til valg av problemstilling, teoretisk referanseramme, utvalg, datainnsamling, analysestrategi, tolkning og formidling av funn.

Min forståelse av brukermedvirkning er preget av at jeg har utdanning og erfaring som helsesøster og leder. Det har gitt interesse for temaet og har virket inn på valg av problemstilling og forskningsspørsmål.

Valg av ulike design ble vurdert. I denne undersøkelsen er problemstillingen vidt formulert slik at det åpnes for ulike perspektiv på et område som er lite beskrevet i helsesøsterpraksis. Det er lite litteratur å finne omkring tema relatert til helsestasjonsvirksomheten. Ved valg av design, ble både utforskende/ beskrivende og eksperimentelle design vurdert.

Brukermedvirkning er i liten grad operasjonalisert, og det ble ikke funnet gode instrumenter som var egnet til å beskrive brukermedvirkning i helsesøsterpraksis. Det er derfor valgt et utforskende/beskrivende design.

Det redegjøres for den teoretiske referanserammens relevans underveis i teoridelen. Utvalg og utvalgsriterier er beskrevet i metoddelen.

Validering knyttet til datainnsamlingen relaterer til om intervjuene gir gyldig kunnskap for å svare på problemstillingen. Kvale (2004) hevder det handler om intervjupersonenes troverdighet og kvaliteten på intervjuet. Det har vært en vanlig kritikk mot intervjutolkninger at det ikke er en vitenskapelig metode fordi ulike tolkere finner ulike meninger i samme intervju. Denne kritikken inneholder et krav om objektivitet i form av at uttalelser bare har en mening og at en skal finne fram til denne. Innen det kvalitative paradigme fokuseres det på personenes opplevelser og erfaringer, deres relasjoner og interaksjon i grupper og samfunn. Det bygger på en erkjennelse om at det ikke er en, men multiple sannheter (Fagermoen, 2005). Litteraturgjennomgangen viste at brukermedvirkning beskrives på ulike nivå, både individ og systemnivå. Det antas at data fra helsesøstre vil belyse brukermedvirkning på ett nivå i organisasjonen, mens data fra ledere for helsestasjonsvirksomheten kan gi en bredere forståelse av brukermedvirkning på systemnivå. Det er derfor valgt å innhente data fra 2 utvalg. Det kalles datatriangulering. Det finnes flere former for datatriangulering, men i denne studien benyttes datatriangulering som et metoderedskap for å få flere perspektiver på samme fenomen. Triangulering kan være et nyttig redskap for å øke forståelsen for det fenomenet som studeres, og det kan styrke studiens validitet (Ellefsen, 1998).

Forskeren har en betydelig rolle som instrument og tolker i denne typen design (Nord, 1998). Det er derfor viktig å være klar over sin egen rolle som medaktør og påvirker (Fagermoen, 2005). Forskeren er alltid påvirket av sin egen forforståelse. Den består både av utdanning, erfaring og den teoretiske referanserammen som er valgt (Malterud, 2003). Konteksten for undersøkelsen er helsestasjonen. Det er et felt jeg kjenner godt både gjennom utdanning og

erfaring. Ved gjennomføring av en undersøkelse kan det representere både fordeler og ulemper. Det kan føre til at en overser ting av betydning fordi de fortøner seg som selvfølgeligheter. Informantene kan svare på en måte som de tror er forventet av dem, framfor å beskrive praksis som den er. Det kan også hende at de holder tilbake informasjon eller at de framstiller egen praksis på en bedre måte enn den i virkeligheten er. På en annen side kan kjennskap til feltet gjøre at det er lettere å forstå informantene (Malterud, 2003). Faren er at egen forforståelse kan bli for dominerende, slik at egne antagelser bekreftes framfor at ny kunnskap produseres. Ved å stille ledende spørsmål, eller være forutinntatt i forhold til de svarene som gis, hindres informanten i å formidle sitt budskap. I intervjuene ble det tilstrebet å ha en lyttende og en åpen holdning for å se nye perspektiv ved problemstillingen. Informantene skal kjenne seg ivaretatt, og intervjuene bør foregå i trygge omgivelser. Alle informantene ønsket at intervjuene skulle foregå på deres eget kontor hvor det var mulig å sitte uforstyrret. Intervjuguiden ble lagt opp uten bruk av vanskelige faguttrykk som kanskje ikke er kjent for informantene. Det kunne ha vært til hinder for en god kommunikasjon (Malterud, 2003). Flere av informantene gav uttrykk for at de hadde vært spente før intervjuet, men at de syntes det hadde foregått i en avslappet atmosfære. Noen hevdet også at det hadde vært både interessant og spennende å delta.

Et moment i valideringsvurderingen er vurdering av analysestrategien (Malterud 2003). Prinsipper for gjennomføring av analysefasen er beskrevet under metodekapitlet. Forskeren hadde en del forhåndskunnskap om temaet og ønsket ikke å styre analysen i forhold til disse, og det ble derfor ikke valgt forhåndsdefinerte kategorier. Validering av studien er avhengig av de spørsmål som er stilt til intervjuteksten (Kvale, 2004). Tolkningene er mer rettet mot å forstå enn å forklare. Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. De spørsmålene som er stilt til intervjuteksten har vært styrt av problemstillingen og forskningsspørsmålene og på bakgrunn av intervjuerens forforståelse og den teoretiske referanserammen, men det handler også om å være åpen for de data som intervjuene har gitt. Det er forsøkt å sikre at tolkningene er logiske og pålitelige gjennom prosedyrer beskrevet i analysefasen.

Malterud (2003) hevder at det skal stilles spørsmål ved framstillingsformens relevans slik at framstillingen gir et riktig bilde av funnene. Sitater er brukt for å synliggjøre det empiriske materialet. Et rikholdig materiale ble kortet ned for at det skulle lette framstillingen, men uten at det skulle gå for mye på bekostning av nyansene. Jo flere ganger materialet ble

bearbeidet, jo klarere ble det hvilke funn som burde løftes fram og hvilke som kunne tones ned. Det er forsøkt å ivareta både innholdsriksom og struktur. Materialet er forsøkt framstilt på en logisk måte med beskrivende overskrifter.

3.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler studiens pålitelighet (Kvale, 2004). Kvale (2004) hevder at en studies pålitelighet kan sikres ved å redegjøre for de prosedyrer som er fulgt. I denne studien er det gjort ved å redegjøre for valg av tema, problemstilling og teoretisk referanseramme, ved å gi en detaljert metodebeskrivelse og redegjøre for funn. Ved å "lage en sti" (audit trail) synliggjøres valg som er gjort underveis (Fagermoen, 2005). Prosedyrer er beskrevet og valg er begrunnet, og på denne måten kan leseren følge gangen i studien. Det øker studiens pålitelighet (Kvale, 2004). En annen mulighet for å øke påliteligheten er å benytte flere forskere (peer-debriefing). Det vil si at flere vurderer forskjellige deler av arbeidet, for eksempel ved at deler av analysen vurderes av en annen. Peer-debrefing har til hensikt å redusere forsker bias. Dette er en studentoppgave, og i studentoppgaver vil ofte veileder ha en slik funksjon (Fagermoen, 2005).

Pålitelighet gir uttrykk for stabilitet over tid og under forskjellige betingelser og kan være faktorer ved fenomenet og ved designet (Graneheim og Lundeman, 2004). I studien er det benyttet en halvstrukturert intervjuguide som sikrer at informantene gir data om de samme temaområdene. Informantene har vært ulike, og noen intervjuer har gitt fyldigere informasjon enn andre. Intervjuene har gitt ny innsikt, og det har ført til at utdypningsspørsmål har vært noe ulike i de forskjellige intervjuene. Dette kan sees som et uttrykk for at det oppnås en ny innsikt som har betydning for de spørsmålene som stilles informantene som kommer etter (Graneheim et al, 2004).

Data består av egne notater, lydbånd og transkripsjoner. Denne dokumentasjonen er det mulig å gå inn i flere ganger slik at egne tolkninger kan overprøves. Transkribering medfører også en viss form for tolkning. Kvale (2004) er opptatt av transkripsjonens pålitelighet. Ved å lytte på båndene flere ganger og sammenholde avspillingen og den transkriberte teksten øker sannsynligheten for at meningsinnholdet er bevart i prosessen mellom intervju og transkribering. Faren ved denne formen for analyse er at man lett kan bli værende for mye i datamaterialet slik at det blir vanskelig å tolke meningen i en videre sammenheng.

3.6.3 Generaliserbarhet

Overførbarhet dreier seg om funnenes overføringsverdi. Det betyr en vurdering av funnene og om de kan brukes som en rettleiding for hva som kan komme til å skje i en lignende situasjon. Om funnene i denne undersøkelsen er overførbare til andre virksomheter, avgjøres først når resultatene tas i bruk. Hvorvidt funnene i denne studien er overførbare til lignende situasjoner vil avgjøres i praksis der helsesøstre og ledere skal legge til rette for brukermedvirkning. Hvis funnene i stor grad er gjenkjennbare når de leses av helsesøstre og ledere som har erfaring med temaet, kan en si at data er generaliserbare i kvalitativ forstand (Malterud, 2003). Likhet i situasjonen medfører økt overføringsverdi. Det vil si at de har størst overføringsverdi til andre helsestasjoner, men funnene kan også ha overføringsverdi til andre faggrupper og andre tjenesteområder innenfor helse- og sosialtjenesten.

3.7 Etske overveielser

Etske vurderinger må foretas under hele intervjuundersøkelsen (Kvale 2004).

Helsinki-deklarasjonen gir forskningsetiske retningslinjer og er en veileder i etske overveielser i forbindelse med forskning (Tranøy, 1994).

Det er et overordnet prinsipp at informantene skal være informert om hensikt, metode og forutsetninger for undersøkelsen (Tranøy, 1994). Informantene har fått skriftlig informasjon om studiens hensikt og om rammer for intervjusituasjonen. Informasjonsskrivet inneholdt navn og telefonnummer til intervjueren, og det var anledning til å ta kontakt både i forkant og etterkant av intervjuet. Skriftlig samtykke er innhentet.

I intervjusituasjonen fikk informantene en kort introduksjon om studiens hensikt. I denne studien er ikke tema spesielt sensitivt og det antas at det ikke innebærer noen stor belastning for dem som intervjues. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at intervjusituasjonen kan få informantene til å si noe de senere angre på, og det stiller krav til intervjueren i utforming av spørsmål (Kvale, 2004). Informantene ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien og at data ble behandlet konfidensielt.

I et intervju der informantene deler sine erfaringer med forskeren, går gevinsten først og fremst til forskeren selv, men informanten kan også ha en positiv opplevelse ved at noen lytter til det en har å si og dermed være til nytte også for informantene (Kvale, 2004).

Det stilles etiske krav til forskerrollen. Forskeren har et ansvar for at studien skal produsere kunnskap av verdi. På bakgrunn av at det finnes lite forskning omkring dette temaet, antas det at undersøkelsen oppfyller kravet til nytteverdi. I denne undersøkelsen har intervjueren samme fagbakgrunn som informantene. Det gjør at intervjueren bør være oppmerksom på ikke å overse funn og vektlegge andre på bakgrunn av egen forkunnskap og dermed forringe undersøkelsens kvalitet (Kvale, 2004).

4. Presentasjon av funn

Dette kapitlet inneholder analyse og presentasjon av funn. Analysearbeidet er basert på en induktiv tilnærming. Det er tatt sikte på å søke etter mønstre i datamaterialet som beskriver informantenes forståelse og tilrettelegging for brukermedvirkning i praksis. Data er samlet fra to utvalg via intervjuer og på bakgrunn av en semistrukturert intervjuguide.

Funnene presenteres under fire overordnede temaer. Først presenteres data fra utvalg 2 (helsesøstre) under temaene; helsesøsters forståelse av brukermedvirkning og helsesøsters valg av arbeidsformer. Deretter presenteres data fra utvalg 1 under temaene; lederens forståelse av brukermedvirkning og brukermedvirkning knyttet til organisasjon og ledelse.

Sitater er brukt for å belyse og synliggjøre funn. Der flere ord i strekk er utelatt merkes teksten med ... for å markere et avbrudd. Sitater fra utvalg 2 (helsesøstre) er merket med H og et nummer for hver informant. Tilsvarende er sitater fra utvalg 1 (ledere) merket med L og et informantnummer. Utfyllende presiseringer er satt i parentes.

4.1 Helsesøsters forståelse av brukermedvirkning

Ved beskrivelse av funn presenteres først helsesøstrenes forståelse av brukermedvirkning. Disse funnene kan knyttes til det første forskningsspørsmålet som omhandler beskrivelse av brukermedvirkning.

4.1.1 Diffus forståelse

Et fellestrekk ved flere av intervjuene er at flere helsesøstre uttrykker en diffus forståelse av brukermedvirkning. Noen betegner brukermedvirkning som et nytt begrep som ikke er godt innarbeidet i praksis og at det derfor kan virke diffust. Flere hevder at det er vanskelig å avgrense begrepet i forhold til nærliggende begrep, som for eksempel brukerperspektiv og brukervennlig. I beskrivelsene vektlegger de begrep som informasjon, tilgjengelighet og frivillig deltakelse i tjenestetilbudet som elementer i brukermedvirkning. Begrepene informasjon og tilgjengelighet blir av noen helsesøstre brukt synonymt med brukermedvirkning. Dette kommer fram i følgende utsagn: ”brukermedvirkning, forståelsen

av det ordet er ... at brukerne får presenteret tjenesten,... hvilke yrkesgrupper vi er på helsestasjon, og hva vi kan tilby av tjenester, så kan de vite hva de kan forvente av oss... hva de kan etterspørre” (H11).

En diffus beskrivelse kan også knyttes til at helsesøstrene synes det er vanskelig å sette ord på egen praksis. Følgende sitat kan illustrere dette: ”det er jo noe som vi praktiserer og ikke tenker så mye på i det daglige. Vi bare gjør det” (H7). Informantenes arbeidserfaring som helsesøster varierer fra 1 til 25 år. De som hadde tatt helsesøsterutdanning i de senere årene hadde jevnt over bedre kjennskap til teorigrunnlaget for brukervedvirkning enn de med lang erfaring.

4.1.2 Brukervedvirkning betyr innflytelse og ansvar

Når helsesøstrene beskriver brukervedvirkning, legger de vekt på at brukerne har innflytelse i egen hjelperelasjon og på innholdet i tjenestetilbudet. Sentralt i beskrivelsene er at brukeren har innflytelse på avgjørelser omkring sin egen situasjon. Det relateres til at brukeren tar ansvar, finner løsninger på problemer og tar beslutninger på egne vegne. En helsesøster sier: ”brukervedvirkning er... at brukeren er med på å finne løsninger og tar ansvar for egen helse” (H7). En annen sier: ”ofte har de jo svar på egne spørsmål, og det er det vi jobber mot at folk selv skal prøve å finne løsninger på sine egne problemer” (H8).

Det beskrives at brukervedvirkning foregår i individkonsultasjoner og i gruppeaktiviteter. Brukervedvirkning i individkonsultasjoner beskrives som brukernes innflytelse på innholdet i konsultasjonene. I gruppekonsultasjoner forstås brukervedvirkning som brukernes innflytelse på valg av tema, samt den støtte og kunnskapsutveksling som foregår mellom deltakerne i gruppen. En helsesøster sier: ”brukervedvirkning er... at det blir tatt utgangspunkt i hva foreldre er opptatt av når vi starter konsultasjonen” (H3). En annen legger vekt på kunnskapsutveksling mellom deltakerne og sier: ”det er jo veldig mye de kan tilføre hverandre i en gruppe, og der ser man ofte at brukervedvirkningen, det går liksom av seg selv... hvis gruppen fungerer” (H7).

Brukernes innflytelse gjennom ulike former for evaluering av tjenesten omtales også som brukervedvirkning. Brukerundersøkelser og evaluering i barselgrupper nevnes som eksempler på dette. Det gjør også dialogkonferanser eller deltakelse i arbeidsgrupper som representanter for brukergrupper og organisasjoner. Alle helsesøstrene gir eksempler på at

brukerne er involvert i evaluering av tjenesten. Det støttes av følgende to utsagn fra en helsesøster: ”på siste gruppe er det brukerevaluering... hvor vi skriver opp og tar med oss tips på hvordan ting kan legges opp annerledes...Det tenker jeg kan være brukermedvirkning” (H3). ”Vi har fått en del tilbakemeldinger fra foreldre... Dere er jo ikke der når vi trenger dere. Så har vi har omorganisert slik at vi får se familien litt oftere” (H3).

En helsesøster nevner et eksempel på foreldredrevet tiltak i samarbeid med helsestasjon og omtaler det som brukermedvirkning. Det er et leketilbud der helsestasjonen har lagt til rette lokaler og økonomiske rammer, mens foreldre står for innhold og drift av tilbudet.

4.1.3 Brukermedvirkning som prosess og samarbeid

Brukermedvirkning beskrives som en måte å arbeide på der bruker og helsesøster samarbeider for å komme fram til løsninger på ulike problemer. En av helsesøstrene sier at hun betrakter seg som samarbeidspartner i møte med foreldre og uttrykker det på denne måten:

Som samarbeidspartner for foreldrene møter jeg mange foreldre som er takknemlige for at de får komme med sine spørsmål og undringer, at de ikke blir avvist, eller jeg sier: ” nei, sånn må du ikke gjøre”. Vi kan diskutere og finne fram til en løsning (H5).

Samarbeidet forklares av en annen som en tidkrevende, planlagt og bevisstgjørende prosess som har et mål. Hun sier det slik:

Brukeren...må bidra aktivt i det han ønsker å endre på, men det krever et samarbeid mellom bruker og helsesøster. En bevisstgjøring tenker jeg og en plan for hva man vil med det og en målsetting for hva man vil med det (H10).

Helsesøstrene hevder at det er viktig at brukeren deltar i beslutningsprosesser omkring sin egen situasjon for å oppnå resultater i samarbeidet. Det beskrives som viktig at brukeren har en forståelse av situasjonen og har kunnskaper og for å kunne handle på en hensiktsmessig måte. En uttrykker det på denne måten:

For å gjøre noe med egen helse, så må en forstå hvorfor en må gjøre det og hva en må gjøre selv... Det er noe med prosessen underveis at du skal forstå viktigheten av helseproblemet i det. Har du ikke forståelse for det så tror jeg heller ikke man kan få gjort noe med det (H8).

Av og til inviteres det til flere samtaler på helsestasjonen for å drøfte en problemstilling. På denne måten beskrives brukermedvirkning som en modningsprosess. En helsesøster sier:

”jeg tilbyr gjerne en ny time slik at de kan komme og drøfte videre hvis vi ikke får tid der og da” (H3). Utgangspunkt for samarbeidet er brukernes behov og resultatet beskrives som selvstendige brukere med økt makt til å ta beslutninger på egne vegne. En helsesøster sier: ”de får større makt over eget liv. Det er jo resultatet av det. De vil jo forhåpentligvis føle at de styrer og rår over eget liv” (H3).

4.1.4 Begrunnelser for og betydning av brukervedvirkning

Alle helsesøstrene legger vekt på betydningen av brukervedvirkning i samarbeid mellom helsestasjon og brukere, men i varierende grad. Det gis flere begrunnelser for dette. Flere hevder at brukervedvirkning er en rettighet. De uttrykker at brukere av tjenestetilbud har rett til å mene noe om og skal kunne påvirke tjenestetilbudet de benytter. En helsesøster sier: ”det er brukeren som er ekspert på egen situasjon, har råderett over eget liv og skal derfor ha anledning til å spørre, vurdere, mene og påvirke tjenestetilbudet” (H 4).

Brukermedvirkning betegnes av helsesøstrene som et middel for å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Brukerne har kunnskap og erfaring, og det er derfor viktig at de får være med på å prege utforming av tjenestetilbudet. Det fremheves at det er brukerne av et tjenestetilbud som vet best hva de har behov for og at det derfor er viktig å lytte til det. Ordtaket ”den vet best hvor skoen trykker som har den på ” brukes av flere informanter og kan illustrere dette. Helsesøstrene hevder at brukernes evalueringer er viktig for å justere tjenestetilbudet i forhold til deres ønsker. En av dem sier: ”det er veldig fint å få tilbakemelding på ting... få i gang... en litt annen spennende jobbing når du kan få litt mer tilbakemelding på hvordan folk gjerne vil ha det” (H6).

Noen helsesøstre gir uttrykk for at de er bevisst på brukervedvirkning i de fleste situasjoner og at det er viktig, mens andre sier de ikke har så stort fokus på det. De fleste hevder at brukervedvirkning er viktig for brukerne, mens enkelte hevder at de antakelig ikke har så stort fokus på brukervedvirkning og at det derfor ikke har så stor betydning. En helsesøster uttrykker at brukerne forventer informasjon og kunnskapsformidling fra helsesøster, og at de har lite fokus på egen deltakelse. Hun sier:

Om de tenker seg brukervedvirkning underveis? Det tror jeg egentlig ikke de har så mange tanker og ideer om. Det er mer det som går på informasjonsplan. Det merker vi ofte at de er veldig ute etter, om vi har kunnskap (H6).

4.1.5 Betenkeligheter

De fleste helsesøstrene gir uttrykk for at intensjonene om økt brukermedvirkning er bra, men flere av dem har også betenkeligheter. De hevder at fokus på brukermedvirkning kan bli for stort. Et par av helsesøstrene som har tatt helsesøsterutdanning i løpet av de siste årene, uttaler at brukermedvirkning har vært sterkt vektlagt i utdanningen. De hevder at det kan bli lagt for stor vekt på at brukeren skal finne egne løsninger og for stort fokus på brukerens ansvar. Brukermedvirkning blir ikke frivillig, men pålagt brukeren som deltaker i et tjenestetilbud. Det kan føre til at foreldre ikke får tiltrengt hjelp og nødvendig støtte, hevder flere. En helsesøster sier:

Jeg tror at dette kan vippe over til å gå for langt med empowermenttanken at helsesøstrene blir litte grann,” hva synes du selv da”. Så kommer det brukere ut av helsestasjonen som er like ukloke som da de kom inn (H 8).

Helsesøstrene gir uttrykk for at det er brukerens rett å ta beslutninger på egne vegne, og de har få betenkeligheter med dette. De beskriver ikke forholdet mellom helsesøster og bruker som en maktbalanse, men heller som et samarbeid der økt myndighet til brukeren fører til vekst for begge parter. På spørsmål om hva informanten gjør når brukerens beslutninger er forskjellig fra helsesøsters anbefalinger, svares det at foreldres rett til selvbestemmelse er stor, slik at det skal mye til før de griper inn i foreldres avgjørelser. Det kommer til uttrykk ved følgende utsagn:

Jeg pleier å si: ”nå er vi kanskje litt uenige, men nå forteller jeg deg hva jeg kan ut i fra min kunnskap og det jeg synes er viktig at du skal vite, og så må du velge. Det sier jeg ofte, at de må høre på meg, min kunnskap og mine anbefalinger som jeg gir ut i fra min stilling som helsesøster, men du må velge selv og dere må finne noe som passer dere hjemme”(H5).

Dette bilde kan nyanseres noe. Helsesøstrene beskriver også at det stilles betingelser til brukernes beslutninger. Det betraktes som brukernes rett å ta egne avgjørelser. På tross av dette, stiller de krav til de beslutningene som blir tatt. Som eksempel nevnes foreldre som er usikre på om de skal si ja til barnevaksinasjonsprogrammet. Helsesøstrene betegner det som viktig at brukerne skal ha god informasjon og tilstrekkelig kunnskap for å ta en avgjørelse. Det kommer til uttrykk i følgende utsagn: ”Det er det (informasjon) som er grunnleggende for å kunne få innflytelse over noe... Informasjon er så veldig viktig. Det danner grunnlaget slik som jeg ser det”(H6). Helsesøstrene beskriver at informasjon formidles i konsultasjonen, og foreldrene får en form for ”hjemmelekse”. De kommer tilbake til en ny

konsultasjon hvor det tas en avgjørelse og det betegnes som å ta et informert valg. På denne måten stilles det krav til foreldre om at de skal tilegne seg kunnskap for å ta avgjørelser i helserelevante spørsmål. Det stilles også krav til hvilke kunnskaper foreldrene tilegner seg og det gis anbefalinger om hvilke kilder til kunnskap som bør velges. En helsesøster beskriver prosessen med å være i stand til å ta et informert valg på denne måten:

Hvis de ikke ønsker å vaksinere barna sine. Det er klart jeg må respektere deres valg. Det er jo også frivillig. Da forventer jeg av dem, og det sier jeg tydelig, at de skal sette seg godt inn i det materiellet vi har om vaksinering. Da får de i lekse til neste gang å lese ”det og det”. Gjerne gå inn på folkehelsas Internet side for å lese om vaksiner. Skaffe seg mest mulig kunnskap om det før de kommer tilbake neste gang og forteller meg hva de har bestemt seg for (H5).

4.2 Helsesøsters valg av arbeidsformer

Videre i kapitlet beskrives helsesøstrenes valg av arbeidsformer for å legge til rette for brukermedvirkning. Det kan knyttes til det andre forskningsspørsmålet som omhandler valg av strategier og metoder. Helsesøstrene beskriver sin oppgave i forhold til å legge til rette for brukermedvirkning først og fremst på individ og gruppenivå. Brukermedvirkning på systemnivå betraktes av de fleste helsesøstrene som lederens ansvar. De vektlegger at lederens posisjon i organisasjonen er viktig for å få til brukermedvirkning. Det gjelder brukermedvirkning på systemnivå hvor lederen er den som iverksetter administrative beslutninger som for eksempel brukerundersøkelser. Det gjelder også lederens posisjon som bindeledd mellom helsestasjon og administrasjonen, slik at nye brukerbehov registreres og at det legges til rette for at nye tiltak kan iverksettes.

4.2.1 Helsesøsters arbeidsform i endring

Flere av helsesøstrene beskriver at helsestasjonsvirksomheten har vært i stor endring de siste årene. En helsesøster med lang erfaring beskriver at tidligere var idealet å ha en aktiv rolle i samtaler med brukerne og rådgivning ble betegnet som viktig. Hun beskriver det på følgende måte:

Det var jobben før. Jeg opplevde i hvert fall at det var min rolle. De kom, spurte og fikk råd om hvordan de skulle håndtere ting...Som helsesøster var det vel slik at hun skulle være aktiv og flink. Ja det husker jeg fra helsesøsterskolen. Det var så viktig (H4).

Videre forteller hun at helsesøster kunne være belærende og betegner dette som negativt. Fra egen studietid på helsesøsterskolen nevnes en episode hvor hun reagerte på dette. Hun beskriver en helsesøster som var praksisveileder og sier: ”jeg reagerte litt på måten hun (helsesøster) snakket til dem på... Her sitter eksperten og nå skal du vær så god få høre hva jeg synes” (H4).

Helsesøsterfunksjonen i dag beskrives som en mer tilbaketrukket rolle. Det nevnes av flere at statlige føringer for tjenesten vektlegger brukermedvirkning som et viktig prinsipp og at det skal legges mindre vekt på ekspertrollen med mye rådgivning. En av dem sier: ”jeg er alltid bevisst på at jeg skal ikke være en ekspert som forteller foreldrene at sånn og sånn skal du gjøre med ditt barn” (H 7). Helsesøstrene uttrykker at balansen mellom å være ”ekspert” og samtidig legge til rette for brukermedvirkning kan være vanskelig. Det uttrykkes at i ”ekspertrollen” blir det lite brukermedvirkning. De sier at brukerne har ønske og forventning om at helsestasjonen skal formidle faktabasert kunnskap. De hevder også at ønskene bør etterkommes. En helsesøster sier: ”jeg opplever at en del av våre brukere faktisk kommer hit for å få svar på en del ting også. De forventer at vi skal ha et konkret svar” (H11). En annen sier: ”det er ikke noe synsing på helsestasjon. Jeg synes at det har våre kunder krav på, at de rådene og veiledningen vi gir er bygget på dokumentasjon og fagkunnskap, definitivt”(H8). Helsesøstrene beskriver at de har behov for ulike former for teoretisk kunnskap for å imøtekomme dette kravet. Her nevnes faktakunnskap om barns vekst og utvikling og det å kunne forstå forskningsbasert kunnskap. Teori om empowerment nevnes også av flere informanter.

Flere beskriver at de har endret arbeidsform for å imøtekomme kravet om økt brukermedvirkning, og at det medfører større delaktighet fra brukerne. Et statlig initiert foreldreveiledningsprogram ble innført i helsestasjonstjenesten for noen år siden og nevnes som viktig for denne endringen. En av informantene beskriver det på denne måten:

Vi gjennomgikk et foreldreveiledningskurs for noen år siden som var statlig iverksatt. Etter det forandret mange av oss måten å jobbe på i forhold til at vi skal være lyttende, og at de (foreldrene) skal komme til ordet. De skal også si hva de ønsker av oss framfor at vi skal sitte og fortelle dem at sånn synes jeg at du skal gjøre. Det har vært en enorm utvikling (H4).

Flere helsesøstre hevder at brukerne har et høyere kunnskapsnivå enn tidligere og at det er lettere for brukerne å tilegne seg ulike typer kunnskap enn før. Utbredelsen av Internet angis som en av årsakene til dette. Det åpner for nye samarbeidsformer der brukerne er mer aktive

i konsultasjonene, hevder helsesøstrene. En forteller at mange foreldre har søkt informasjon via nettet før de kommer til helsestasjonen. En annen forteller at ungdom søker kunnskap om ulike tema på Internet, og nettstedene "Lommelegen" og "Klara-klok" nevnes som en kilde til helseopplysning for ungdom. Hun forteller videre at hun har endret arbeidsmåte og legger nå større vekt på å søke kunnskap sammen med brukeren. Hun hevder at det ikke svekker helsesøsters faglige posisjon at brukeren har bedre kunnskaper enn tidligere og at det åpner for nye former for samarbeid. Det uttrykkes i følgende beskrivelse:

Det er veldig mange ungdommer som har søkt mye kunnskaper og informasjon selv på nettet. Ja, det mangler ikke på kunnskaper... Det trenger ikke true deg i din rolle som helsesøster at de som sitter på den andre siden av bordet kanskje har mer kunnskap enn deg. Vi kan jo lære av hverandre. De tilfører meg kunnskaper som er nyttig for å kunne hjelpe dem videre, eller at vi tenker sammen... Man kan jo gå sammen om å innhente informasjon og på nettet, det er en spennende måte å jobbe på (H10).

4.2.2 Etablere samarbeid gjennom dialog

Intensjonen om at brukerne skal ha en mer aktiv rolle har ført til endring av arbeidsform, og dialogen framholdes av flere informanter som en egnet arbeidsmåte for å fremme brukermedvirkning. Dette uttrykkes på flere måter. En helsesøster hevder brukermedvirkning er en ny måte å arbeide på hvor dialogen er viktig. I det legger hun at dialogen krever at brukeren er aktiv og at hennes egen rådgivende rolle tones ned. Hun sier: "som sykepleier er det en ny måte å jobbe på når man begynte med brukermedvirkning. Brukerne er mer i dialog med oss... Vi kan ikke bare sitte og gi råd, men også brukeren er aktiv" (H 10).

En annen beskriver dialogen ved at hun legger vekt på "den gode samtalen". Hun betegner det som å være lyttende slik at brukernes historie kommer fram og blir det sentrale i dialogen. Brukermedvirkning innebærer å være lydhør for brukernes betraktninger i ulike situasjoner, hevder flere helsesøstre. En sier at det er viktig å være lyttende og interessert i den historien som fortelles, ha øyekontakt og vise at de er opptatt av "akkurat deg". En annen forteller hvordan hun nærmer seg brukerne i konsultasjoner ved å være oppmerksom og interessert og på denne måten legge til rette for en god dialog.

Jeg ser på dem, viser at jeg ser dem. Jeg prøver å vise med hele meg at jeg ser dem, og at jeg er interessert i å høre hvordan de har det, at jeg er interessert i å hjelpe hvis

de har behov for det. Da kommer vi i dialog da. Det er så viktig at de ikke føler seg avvist eller avspist (H5).

Grunnlaget for en god dialog bygger på å etablere gode relasjoner, hevder helsesøstrene. En av dem sier: "Jeg tenker ofte at brukermedvirkning handler om relasjonen, du må være litt nysgjerrig, du må ta litt tid til å bli kjent, særlig hvis det er større saker det dreier seg om" (H10). De beskriver at fokus på egne holdninger og verdier i møte med brukerne er viktig for å etablere en god relasjon. Betydningen av respekt og tillit mellom bruker og helsesøster nevnes av flere. Det er også viktig for brukeren å kunne komme med sine spørsmål og undringer uten å bli avvist eller møte en moralsk pekefinger, sier helsesøstrene. En beskriver at dialogen skaper en form for likeverdighet. Hun sier: "vi oppmuntrer de (foreldrene) til å tenke. Vi er på en måte likeverdige mennesker hvis jeg kan si det på den måten" (H4).

Helsesøstrene beskriver at det er viktig at foreldre kjenner seg trygge i foreldrerollen. Det å anerkjenne foreldrenes mestringsevne og støtte deres løsningsforslag betegnes som viktig for å fremme brukermedvirkning. En helsesøster sier: "jeg opplever at det er viktig for mange å få støtte på sine beslutninger. De kommer til helsestasjon mye for å få støtte og bekreftelse på det de mener og tror er riktig" (H11). Helsesøstrene forsøker å formidle til foreldrene at de er gode omsorgspersoner. En helsesøster forteller: "Det er så mange småting som de kan bli styrket på, at de tar beslutninger og ikke trenger å ringe for det minste. Jeg synes vi kan hjelpe dem til å bli trygge foreldre, trygge på sitt eget barn" (H4). Det poengteres fra flere at foreldrene betraktes som eksperter på egne barn, mens helsesøster har en fagkunnskap som foreldrene trenger. En helsesøster sier:

De er jo ekspertene, de kjenner barnet sitt best, og det må en på en måte trygge dem på. "Du kjenner ditt barn, og du vet hva du kan gjøre... Jeg kan si noe generelt om hva barnet skal spise, men du vet jo mye bedre enn meg hva det liker og hvordan du kan få det til å spise" (H7).

Helsesøstrene legger også vekt på at det er viktig å ha nok tid i møte med brukerne for å etablere en god relasjon. Det framheves som viktig at det er rom for at brukerne kan komme med egne spørsmål, egne vurderinger og egne meninger. Det å vise at det er tid til å lytte til deres historie er viktig for å få til et samarbeid. En uttrykker det på denne måten:

Du må finne et samarbeidsklima... Respekten du har i møtet, at du gir dem tid til å fortelle, da får man ofte et godt utgangspunkt for å medvirke til at tingene kan endre seg. Finne løsninger. Finne nye metoder for å endre ting (H10).

Det beskrives at dialogen kan inneholde problemløsning og forslag til tiltak der det benyttes ulike metoder, som for eksempel kunnskapsformidling, rådgivning og veiledning. Dialogen beskrives som bevisstgjørende og utfordrende for både bruker og helsesøster. En av helsesøstrene sier:

Jeg tenker brukervedvirkning hvis det er noen tiltak som må inn. Hvis det er problemløsning, veiledning og råd. Drøfte det sammen med foreldrene, slik at de selv kan velge hva som blir det riktige for dem å ta tak i (H3).

Helsesøstrene beskriver veiledning som en velegnet metode for å fremme brukervedvirkning. Samtidig hevder flere at det kan bli lagt for stor vekt på de statlige anbefalingene om å velge veiledning og helseopplysning som metoder. Et par helsesøstre kaller veiledning ”hva synes du selv metoden”. Det beskrives at foreldre kommer til helsestasjonen og ber om råd og helsesøstrene uttrykker at dette ønsket bør etterkommes. Det kommer til uttrykk gjennom dette utsagnet: ”Fokus på brukervedvirkning blir av og til for stort. Av og til ser jeg at de vil ha et konkret råd og da gir jeg det” (H7).

Minoritetsspråklige brukere fra ikke vestlige land som har dårlige norskkunnskaper nevnes som eksempel på dette. Det forventes fra denne brukergruppen at helsesøster er en autoritet som gir klare råd, sier en helsesøster.

De er vant til å se mer på oss som en autoritet og forventer at vi har en status og at vi skal kunne hjelpe dem med svar på det spørsmålet de kommer med. De har en annen holdning når de kommer på helsestasjonen enn den norske befolkningen. Det er veldig generalisering for det er jo ikke sånn blant alle innvandrere, absolutt ikke, men det er for å si litt om den forskjellen som jeg opplever ved helsestasjonen her (H11).

Alle vektlegger betydningen av kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse for å etablere et godt samarbeid med brukeren. Det hevdes at evnen til å etablere relasjoner å ha gode kommunikasjonsferdigheter er viktigere enn hvilke metoder som velges i arbeidet. En helsesøster sammenfatter det på denne måten: ”kommunikasjon, det synes jeg er veldig viktig. Det er i grunnen stikkordet, behandling av folk”(H6).

4.2.3 Fokus på brukernes behov i konsultasjoner

I møte med brukerne beskriver helsesøstrene at det er viktig å ta utgangspunkt i brukernes ønsker og behov. Uttrykket ”finne brukeren der han er ” eller ”finne brukerens fokus” nevnes av flere. De beskriver at det er viktig å kartlegge hva brukerne er opptatt av som

utgangspunkt i konsultasjonen. En helsesøster sier: ”jeg tenker at de (brukerne) skal være med på å få lov til å fortelle sine behov og bli møtt på det ”(H5).

Helsesøstrene har ulike tilnærminger for å kartlegge brukernes behov. Noen benytter en systematisk kartlegging, mens andre har en mer intuitiv tilnærming. En helsesøster forklarer dette med at hun kan ha en følelse av at ”det ligger noe bak”. Hun nevner at denne formen for kunnskap er opparbeidet gjennom erfaring, og at noen brukere uttrykker klart hva de har behov for og er aktive i forhold til sin egen situasjon, mens andre er mer diffuse. En helsesøster beskriver at hun forsøker å finne fram til det foreldrene har behov for ved å stille støttende, åpne eller undrende spørsmål. Hun sier:

Det er jo på en måte å prøve å finne den familien der den er, prøve å snuse seg fram til det hva er der de er ute etter. Prøve å stille støttende spørsmål, litt åpne, undrende spørsmål for å finne ut av det (H3).

En annen helsesøster beskriver at hun gjør en mer systematisk kartlegging. Hun forsøker å konkretisere problemstillinger og kartlegge ressurser. Hun forteller følgende:

Jeg har en metode for å kartlegge hver samtale. Hvem er det jeg har overfor meg, ut i fra alder, kjønn, situasjonen... Det er en metode jeg har lært meg selv. Det sikrer på en måte at jeg har kartlagt det jeg bør kartlegge i samtale med ungdommen. Da vil man se hvor reflektert det er det de kommer med, og du får en veldig fin dialog. Jeg går ut fra problemstillingen, ressurser i dem selv, ressurser i nettverk. Er det noe lærer kan gjøre? Hva kan jeg hjelpe med (H10)?

Noen helsesøstre som arbeider i skolehelsetjenesten velger å benytte systematiske metoder for at elevene skal være mer deltakende og aktive i møte med helsesøster. To programmer for helseveiledning som er tilrettelagt i statlig regi nevnes. Det ene er metoden ”Du bestemmer” er utarbeidet i Sverige, men tilpasset norske forhold. Den andre metoden: ”Om: kultur – kropp – kommunikasjon”, er et veiledningsmaterieell for helsepersonell og pedagoger i regi av Sosial og helsedepartementet.

De fleste helsesøstre gir eksempler på brukere med spesielle behov, slik som barn med nedsatt funksjonsevne, men ingen av dem trekker fram bruken av individuell plan som et egnet middel for systematisk arbeid med brukervedvirkning. Helsesøstre som arbeider ved helsestasjon 0-5 år beskriver at de har en plan for hver konsultasjon som bygger på føringer for tjenesten fra Statens helsetilsyn, men de legger planen til side hvis det er andre problemstillinger som opptar familien. Det beskrives av en helsesøster på denne måten:

Man har jo en sjekkliste som man skal gå gjennom, men det er på en måte ikke så viktig. Det viktige er jo å møte foreldrene med deres behov. Det er å prøve å komme frem til en løsning og hjelpe dem videre (H 7).

4.2.4 Der brukermedvirkning kommer til kort

Helsesøstre beskriver at de vurderer hvilke situasjoner som er egnet for brukermedvirkning og hvilke grader av og former for medvirkning som er hensiktsmessig. Vurderingene bygger på den aktuelle situasjonen, foreldres ressurser, alvorlighetsgrad i sakene og betydningen av raske avgjørelser. Grunnlaget for vurdering beskrives av en helsesøster på denne måten: ”du må vite når du kanskje ikke kan forvente så mye brukermedvirkning. Du må også ha kunnskaper om det, tenker jeg. Hvordan skal en som er i en akutt krise medvirke da ” (H10)? I forhold til barn og ungdom tillegger helsesøstre brukeren større grad av autonomi med stigende alder. En helsesøster sier: ”tenker ikke sånn at de er for små til å ha noe innflytelse” (H7).

Alle helsesøstre uttrykker at de av og til er usikre på om barn får god nok omsorg. I Norge er beskyttelse av barn en offentlig oppgave som blant annet er tillagt helsesøster.

Helsesøstre beskriver at de følger med på at alle barn i det geografiske området de betjener får det helsetilbudet de har krav på ifølge lovgivningen. Hvis foreldrene ikke ønsker å benytte helsestasjonstilbudet, stilles det krav om at barnet får oppfølging ved en annen medisinsk tjeneste. Helsestasjonen betegnes av informantene som et frivillig tjenestetilbud, men fungerer samtidig som en form for kontrollinstans som sikrer at alle barn får en helsemessig oppfølging. En helsesøster beskriver balansen mellom kontroll og frivillighet på denne måten:

Selv om det er frivillig (å benytte helsestasjonstilbudet) så må vi forsikre oss om at barnet har det bra og at alt er i orden. Hvis foreldrene hadde sagt til meg at vi går til en privat lege eller et privat alternativ til helsestasjon og følger opp barnet der, og vi fikk det bekreftet, så er det selvsagt greit for meg at de ikke kommer hit (H5).

Foreldrenes utøvelse av barneomsorg kan være forskjellig fra helsesøstrenes syn på hva som er godt nok for barnet. De uttrykker at disse sakene kan være vanskelige å løse. En helsesøster sier: ”det er jo vanskelig når de ikke skjønner sitt eller barnets beste ”(H5). Det understrekes av flere at dette gjelder i svært få saker. De aller fleste foreldre betegnes som gode omsorgsgivere for barna sine. I tilfeller der samarbeidet med foreldrene ikke fungerer tilfredsstillende, og omsorgen for barnet ikke er faglig forsvarlig, gjør helsesøstre en

avveining i forhold til konsekvenser for barnet og handler ut i fra det. Det nevnes av flere at lovverket setter rammer for fagutøvelsen når det gjelder plikt til å gripe inn i omsorgen for barnet. Plikten til å melde bekymring til barnevern er et eksempel på det. Flere av informantene beskriver at hensynet til barnets sikkerhet settes foran foreldres rett til å bestemme når de ikke finner omsorgen faglig forsvarlig, noe disse to utsagnene viser.

Når det gjelder bekymringsmelding til barnevernet så har jo vi et pålegg som offentlig ansatt å melde bekymringer til barnevernet. Der har vi ikke noe valg, og der kan vi komme i konflikt med foreldre som absolutt ikke ønsker det (H11). I saker der du må melde barnevernet og ikke får med deg foreldrene, så må du melde likevel. Der er det ikke rom for brukermedvirkning (H3).

4.3 Lederens forståelse av brukermedvirkning

Denne delen av kapitlet kan knyttes til det første forskningsspørsmålet. Det omhandler lederne beskrivelse av brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten.

4.3.1 Nytt begrep som brukes på flere nivå

I likhet med helsesøstrene beskriver også flere av lederne brukermedvirkning som et relativt nytt og uklart begrep. En av dem sier: ”jeg er nok ikke så flink til å bruke disse ordene, brukerperspektiv og alle disse. Jeg er ikke så flink med alle disse faguttrykkene” (L 9).

Lederne beskriver at brukermedvirkning foregår på flere nivå, både i den enkelte konsultasjon, i grupper og ved planlegging/evaluering av tjenesten. Følgende utsagn kan betegnes som typisk for hvordan lederne beskriver brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er et vidt begrep som handler om flere forhold, og flere plan å tenke på. En ting er ”en til en” kontakt. Være lydhør for dem som kommer til helsestasjonen. Hva de er opptatt av og at de har mulighet til å prege kontakten i stor grad selv... Så tenker jeg også på systemnivå for tjenesten, at det legges opp til evalueringer (L 2).

I den enkelte konsultasjon betegnes brukermedvirkning som fokus på brukernes ønsker og at det inviteres til brukernes initiativ ved valg av tematikk. En av lederne sier at de legger stor vekt på å ta utgangspunkt i brukernes ønsker ved alle konsultasjoner på helsestasjonen, og det betegner hun som brukermedvirkning. Hun sier følgende:

Vi har lagt opp til at vi i alle konsultasjoner tar opp: Hvordan har dere det? Hvordan er det med den lille? Så får en fokus på det først... Da har helsesøster en unik mulighet til å starte lagspillet med familien. Da tenker jeg det er brukervedvirkning. Familien får komme fram med sine ønsker (L1).

I gruppekonsultasjoner beskrives erfaringsutveksling mellom gruppedeltakerne som brukervedvirkning. Det gjør også brukernes valg av tematikk i konsultasjoner. En av lederne hevder at brukervedvirkning i gruppekonsultasjoner kan sees som et middel for å fremme samfunnsengasjement. I gruppekonsultasjoner oppfordres det til at brukerne engasjerer seg i spørsmål som angår hverdagslivet med små barn og det å leve med barn i et bysamfunn. Informanten sier: ”vi inviterer til deres initiativ og vi oppfordrer dem til å ta del i bysamfunnet”(L1).

Flere av lederne beskriver brukervedvirkning på systemnivå. Det forklares som brukernes innspill og innflytelse ved planlegging av tjenestetilbud og ulike former for evaluering av tjenesten, som for eksempel brukerundersøkelser.

4.3.2 En rettighet og et middel for kvalitetsforbedring

I likhet med helsesøstrene betegner lederne brukervedvirkning som en rettighet. Lederne hevder at brukeren bør ha innflytelse på utforming av tjenesten for å tilpasse tilbudet til sine behov. Også her nevnes ordet ”den vet best hvor skoen trykker som har den på”. Det hevdes at brukervedvirkning kan betraktes som god praksis og at det tidligere har vært for stor utøvelse av paternalisme i tjenesten. En informant bruker disse ordene: ”jeg tenker at det er positivt i forhold til all den paternalismen som har vært tidligere. Dette er en riktigere måte å tenke på” (L2). Det uttrykkes at å ta brukervedvirkning på alvor innebærer at det må være rom for at familier velger en utradisjonell livsførsel uten å møte en moralsk pekefinger i helsestasjonen. Det kan være en utfordring for fagutøveren, sier en av informantene:

Hvor skal grensen gå i forhold til hva vi skal bry oss med og hva skal være ditt eget valg? Det offentlige skal styre hele folkemengden inn i en smal gang. De som vil leve litt i ytterkantene. Det er et større problem for oss som fagpersoner å godta det, enn det er for det mennesket som vil det... Vi som helsesøstre kan bli litt moralsk indignerte eller hva jeg skal kalle det fordi folk ikke skjønner sitt eget beste. Vi bør være litt rausere i forhold til at ikke alle ønsker å leve et liv som er gjennomfornuftig på alle områder, men det er en utfordring for oss også å ta det (L9).

Lederne legger vekt på brukervedvirkning som nyttig for å forbedre kvaliteten på tjenesten. De hevder at brukervedvirkning vektlegges i planlegging og evaluering av tjenestetilbudet.

Lederne nevner at ulike former for evaluering benyttes for å utvikle gode tjenestetilbud. Her trekkes brukerundersøkelser fram som eksempel av alle. De hevder at det er ønskelig og nyttig med innspill fra brukerne ved utforming av tjenestetilbudet og en av dem sier:

Det er langt framme i bevisstheten det med brukermedvirkning. Vi prøver å tenke brukermedvirkning i det meste vi gjør. Når vi skal i gang med nye ting, har vi med dem som skal være brukere av tilbud og tiltak for å ha mulighet til å påvirke tilbudet (L2).

4.4 Brukermedvirkning knyttet til organisasjon og ledelse

Denne delen av kapitlet kan knyttes til det tredje forskningsspørsmålet som omhandler lederens tilrettelegging for brukermedvirkning i organisasjonen. Funnene viser hvordan lederne beskriver at de legger til rette for brukermedvirkning i organisasjonen.

4.4.1 Brukermedvirkning knyttes til plan- og beslutningsprosesser

Alle lederne beskriver at det gis føringer for brukermedvirkning fra kommunenes administrasjon. Disse føringene er innarbeidet i prosedyrer som henger sammen med planarbeid og beslutningsprosesser. Måten det gjøres på varierer noe, og det ser ut til at det er innarbeidet fastere prosedyrer i noen kommuner enn i andre. Det beskrives at både kommunenes administrasjon og politikere er opptatt av brukermedvirkning. En av lederne sier: ”rådmannen er veldig opptatt av brukermedvirkning, det er også våre politikere” (L2). En annen leder beskriver at brukermedvirkning er en visjon som er innarbeidet i kommunens idégrunnlag. Hun sier: ”kommunen har gått ut med et ønske om brukermedvirkning på generelt plan. De har det i sine idéer og visjoner. Brukerperspektivet skal være først, selvfølgelig når du har en visjon å leve opp til” (L12). Informantene beskriver at de som ledere har ansvar for virksomhetens planarbeid. Tilrettelegging for brukermedvirkning inngår som en del av planarbeidet, og det er lederens oppgave å implementere føringene for brukermedvirkning i tjenesten, hevder de. En leder beskriver sin egen rolle for å fremme brukermedvirkning på denne måten: ”vi har kommunale føringer for brukermedvirkning. Det viktigste er jo som fagleder at du gjennomfører det, og at du er med på diskusjonen om hvordan vi skal gjøre ting bedre i møte med brukeren” (L12).

Alle lederne beskriver at det innhentes innspill fra brukerne til kommunenes planarbeid og beslutningsprosesser. Det gjøres ulike former for vurdering av tjenestetilbudet som evaluering i barselgrupper og det gjennomføres brukerundersøkelser. Brukere involveres også gjennom dialogkonferanser, medvirkningsmøter eller som deltakere i arbeidsgrupper. Brukerorganisasjoner involveres i liten grad ved utforming av helsestasjonstilbudet i kommunene som er med i undersøkelsen. Uformelle tilbakemeldinger fra brukere både i enkelt- og gruppekonsultasjoner samles og vurderes når nye handlingsplaner utarbeides og helsestasjonsprogrammet revideres. En leder sier:

Det er brukere som gir tilbakemelding på drift av ulike ting. Det være seg klager, oppfordringer og brev. Vi har et system som ivaretar det. Vi får henvendelser og svarer at det er noe vi kan bruke ved evaluering av programmet... og det gjør vi (L1).

Alle lederne beskriver brukerundersøkelser som et viktig eksempel på brukervedvirkning og at de benyttes som et hjelpemiddel ved virksomhetsplanlegging. I en av kommunene beskriver lederen at resultatene fra brukerundersøkelser benyttes ved kommunenes samling for virksomhetsledere. Resultatene fra brukerundersøkelsen er en del av planarbeidet i kommunen og er med på å forme målsetninger for kommende periode. Hun beskriver det slik: ”når vi skal behandle tallene fra brukerundersøkelsen, og resultatet der viser hvor vi er i forhold til hvor brukerne er. Hva har de for et fokus? Det blir med i planarbeidet” (L1). I alle kommunene gjennomføres det brukerundersøkelser utarbeidet i helsestasjonenes regi. I to av kommunene benyttes det også brukerundersøkelser fra administrasjonen som er utarbeidet for flere tjenesteområder i kommunen. Brukerundersøkelser som er utarbeidet for alle tjenestene i kommunen kan bli litt for generelle. Helsestasjonstilbudet kommer da lite til syne mellom de store tjenesteområdene som pleie og omsorg, hevder en av lederne. Derfor kan lokale brukerundersøkelser være bedre egnet til å kartlegge brukerbehov og om brukerne er fornøyd med helsestasjonstilbudet, sier hun. Det uttrykkes at det kan være vanskelig å benytte brukerundersøkelser i forebyggende helsearbeid hvis det skal måles effekt av ulike tiltak, og at de er bedre egnet til å måle brukertilfredshet enn brukervedvirkning. En av lederne sier:

Brukerundersøkelsene er veldig viktige. Samtidig som vi ser at det forebyggende arbeid er veldig vanskelig å måle. Du kan si at det er mer ytre ting vi måler, det med tilgjengelighet og åpningstider. Det kan i hvert fall brukerne si noe om (L9).

Dialogkonferanser benyttes i virksomhetsplanlegging i en av kommunene. Det arrangeres en årlig dialogkonferanse hvor brukere av tjenester, ansatte og politikere møtes. Representanter

fra ulike brukergrupper gir tilbakemeldinger på tjenestetilbudet og forslag til forbedringer. Leder for helsestasjon i denne kommunen betegner dialogkonferanse som en viktig form for brukermedvirkning hvor brukerne blir hørt. Hun sier:

Konkret brukermedvirkning er dialogmøter. Det gjennomføres årlige dialogmøter i kommunen... Politikere i den gruppen i bystyret som har ansvaret for vår virksomhet... med 4-5 politikere tar initiativ til kontakt med virksomhetsleder og inviterer til et dialogmøte. Da er det politikere, brukere av tjenestene og ansatte... Vi kan komme med veldig mange innspill på mangt, og det er lagt opp til at brukerne skal komme med sine innspill (L1).

Det hevdes av flere ledere at brukernes uttalelser vektlegges mer enn fagfolks ytringer i møte mellom brukere, fagfolk og politikere. En leder sier: ”politikerne er opptatt av at innbyggerne skal bli fornøyde. Jeg tenker vel at det brukerne sier, veier litt tyngre hos politikerne enn hva jeg sier som leder” (L9). Møte mellom politikere og brukerne forplikter politikerne til å lytte og forholde seg til innspill på en annen måte enn når de kommer fra fagfolk. Det gir også et annet perspektiv på hvilket tjenestetilbud brukerne ønsker og trenger, hevder hun. Brukernes innspill er med på å forsterke fagfolks ytringer om ulike behov i tjenesten, hevder flere av lederne. En uttrykker det slik: ”det er noe med å gi kjøtt på beinet. Det er med på å vise den store helheten... Veldig morsomt å se hvilken effekt det hadde” (L1).

I en av kommunene inviteres brukerne til å komme med innspill til kommunens langtidsplan ved deltakelse på medvirkningsmøte. Friville lag og foreninger med barn og unge som målgruppe inviteres til å fremme nye tiltak. Denne formen for brukermedvirkning har vært gjennomført en gang i kommunen. Erfaringen viste at det var liten interesse blant brukerne for å delta. Lederen fra denne kommunen sier:

Vi innkalte alle frivillige lag og foreninger som hadde noe med barn og unge å gjøre til et medvirkningsmøte for å komme med innspill på nye tiltak i handlingsplanen. Det var få som møtte i forhold til hvor mange som var invitert, men de som kom var veldig engasjerte (L2).

Den samme lederen hevder at det er et prinsipp i kommunen at brukere skal delta i arbeidsgrupper ved utvikling av nye tiltak. Hun sier at kommunen planlegger å etablere et familiesenter i tilknytning til helsestasjonen, og at foreldrerepresentanter har vært med i arbeidsgruppen som jobber med det.

4.4.2 Brukernes innflytelse på utforming av tjenestetilbudet

På tross av at brukernes innspill betegnes som viktige i forhold til utforming av tjenestetilbudet, ser det ut til at deres innflytelse på tjenesten er relativt liten. Lederne beskriver at brukerne ikke har direkte innflytelse på rutiner i helsestasjonsvirksomheten, og at deres innspill får innvirkning på relativt små justeringer av tjenestetilbudet. De sier at brukerne har liten innflytelse på helsestasjonsprogrammet som er en plan for antall konsultasjoner ved helsestasjonen. Brukerne kan få tilbud om ekstra konsultasjoner, og de kan stå over enkelte konsultasjoner hvis det er ønskelig. Det kan også velges individsamtaler framfor gruppedeltakelse, men tilpasninger av konsultasjonsprogrammet utover dette gjøres sjelden.

Brukerundersøkelser benyttes i alle kommunene, og de betegnes som viktige for å tilrettelegge for brukervedvirking. Brukernes innflytelse gjennom brukerundersøkelser beskrives som noe varierende. En leder sier: ”vi har hatt en undersøkelse nå som går på vår tjeneste, og vi har hatt en før, med et åpent felt for synspunkter på ønsker om endring..., men vi har sett at vi ikke kunne endre programmet” (L1). En annen leder legger større vekt på brukernes mulighet til innflytelse. Svarene fra brukerundersøkelser beskriver hva virksomheten bør arbeide med i tiden som kommer og resultatet fra brukerundersøkelsen fører til endringer av tjenestetilbudet, sier hun.

Hva må vi i vår virksomhet se på og hva må vi endre? Her er ikke publikum fornøyd med oss, eller dette er det dårligste punktet så her må vi sette inn innsatsen neste år. Da blir det gjort. Det er jo vesentlig, ellers har det ikke noen hensikt (L12).

I ledernes beskrivelser er det lite som tyder på at brukernes innspill blir vektlagt i særlig grad ved utarbeidelse av handlingsplaner i helsestasjonene og langtidsplaner i kommunene. Fagfolks prioriteringer er lite preget av brukernes innflytelse hevder lederne. En av dem beskriver bakgrunnen for å spørre etter brukernes synspunkter på denne måten: ”det var nok mest for å komme med innspill og råd”(L2). Det ser derfor ut til at brukernes innflytelse begrenses til å bli hørt, men at det ikke innebærer en reell innflytelse på tjenestetilbudet. Lederne for helsestasjonstjenesten er ansvarlig for lokale prioriteringer i tjenesten. De beskriver at prioriteringene baseres på sentrale myndigheters føringer for tjenesten, lokale politiske og administrative føringer, samt brukernes innspill. Statlige føringer og økonomiske gevinster ved å prioritere bestemte fagområder ser ut til å veie tyngre enn brukernes ønsker. En av lederne beskriver prioriteringene på denne måten:

Det er mest ting som vi ser er et behov. Vi har for eksempel hatt et ernæringsprosjekt... Vi valgte det fordi hele samfunnet og statlige retningslinjer er opptatt av ernæring. Det er mye påtrykk mot ernæring, så vi er blitt mer opptatt av det... Så har vi dette med psykisk helse som har stått høyt i skolehelsetjenesten fordi vi fikk psykiatrimidler... Der har vi planer om å starte med grupper for barn av skilte. Det er jo også noe vi mener er et brukerbehov (L9).

4.4.3 Brukerens plass i tverrfaglige fora

Flere av lederne beskriver at brukermedvirkning i komplekse saker og i tverrfaglig samarbeid kan være vanskelig. De sier at brukeren kan ha vanskelig for å få tilstrekkelig oppmerksomhet i møter. Fagspråk og fagfolks fokus dominerer møtet framfor det brukeren er opptatt av. En av lederne sier det på denne måten:

Det blir lett fagpersoner som tar plassen, selv om brukeren er med. Det er ikke enkelt. Der har vi en vei å gå med hvordan vi skal få det til. Det er så mange fagpersoner. Det er så mange innspill, så mange spesialister, så mye som skal være gjort og sagt fort. Så sitter brukeren der og blir snakket over hodet... Jo det er makt, det er klart. Det må det være. Mange fagpersoner som sitter der og forstår seg på, og en familie. Er de sterke så blir de hørt, men er de ikke sterke så blir de ikke hørt og blir ikke sett. Vi har noe å lære. Vi har en utfordring (L12).

Lederne beskriver at de kan legge til rette for brukermedvirkning ved å se til at brukeren blir hørt og får innflytelse i tverrfaglige fora hvor de deltar, som for eksempel i ansvarsgruppemøter. Lederne deltar sjelden i tverrfaglige møter med brukere, men legger vekt på at brukermedvirkning er satt på dagsorden og diskuteres i helsestasjonen. Utarbeidelse av individuell plan nevnes som et middel for å sette fokus på brukermedvirkning og brukerens posisjon i møte med fagfolk. Det er også viktig for brukeren å være godt informert og få et eierforhold til egen journal, hevdes det.

4.4.4 Tilpasse kompetanse

Lederne beskriver at det kreves ulike former for kompetanse for å imøtekomme kravet om brukermedvirkning, og at de har ansvar for å legge til rette for kompetanseutvikling. Alle vektlegger betydningen av kommunikasjonsferdigheter inkludert veiledningsferdigheter og relasjonskompetanse ved brukermedvirkning. I flere av kommunene er det satt i verk kompetansehevede tiltak på dette området. Lederne vektlegger også at helsesøstre har behov for et teoretisk grunnlag for brukermedvirkning. Teori om empowerment nevnes som eksempel på dette. En av lederne forteller at det har vært en stor satsning i kommunen for å

øke de ansattes relasjonskompetanse. Et opplæringsprogram over 12 dager for helsesøstre og andre aktuelle faggrupper nevnes som eksempel. Hensikten var å fokusere på god kvalitet i relasjonen mellom fagutøver og bruker. Lederen sier: ”det med teorien og empowerment... viktig at det er fokus på det. Vi har akkurat nå gjennomført et opplæringsprogram om relasjonskompetanse. Handler om kommunikasjonsferdigheter. At det er kvalitet på relasjonen til brukeren, det har vi tatt på alvor”(L2).

Det legges til rette for ulike typer veiledning ved helsestasjonen som ledd i kompetanseutvikling. Ved en av helsestasjonene er det lagt til rette for sykepleiefaglig veiledning med ekstern veileder, der helsesøstre kan drøfte ulike problemstillinger knyttet til yrkesutøvelsen. Ved en annen av helsestasjonene er det organisert kollegaveiledning hvor helsesøstre som arbeider med samme fagområde, møtes og veileder hverandre i enkeltsaker. Et par av helsestasjonene har organisert veiledning i forhold til enkeltsaker med veileder fra spesialisthelsetjenesten. Lederne hevder at faglig veiledning og kollegaveiledning gir helsesøster faglig trygghet. Det beskrives også som en lederoppgave å veilede og gi råd til helsesøster i vanskelige saker samt å være en støtte og diskusjonspartner for helsesøster i forhold til håndtering av ulike saker. En leder sier:

Jeg tenker at personalet mitt trenger veiledning, jevnt og trutt. De står oppe i så mange ulike og krevende situasjoner. De må bli trygge på sin egen faglighet og rett og slett få klare råd i en del situasjoner... Veiledning og konkrete råd i saker som igjen kan gjøre dem trygge (L9).

Flere av lederne hevder at brukermedvirkning krever bevissthet omkring egne holdninger. Fokus på brukermedvirkning vektlegges derfor i personalarbeid og settes på agendaen ved personalmøter. Det beskrives at faglige diskusjoner i kollegagruppen er nyttige for å holde fokus på hvordan personalet møter brukerne, og at brukerne skal ha den sentrale plassen i konsultasjoner.

4.5 Oppsummering av funn

Funnene viser at helsesøstre og ledere er opptatt av ulike sider ved brukermedvirkning. Helsesøstrenes perspektiv kan i hovedsak knyttes til møte med brukerne i konsultasjoner. De fleste helsesøstre beskriver brukermedvirkning som viktig, men de har en diffus forståelse av begrepet. Brukernes ansvar for og innflytelse på sin egen situasjon, samt innflytelse på

tjenestetilbudet inngår som viktige elementer i forståelsen av brukervedvirkning. Funnene viser at helsesøstrene har noen betenkeligheter i forhold til intensjonen om økt brukervedvirkning, fordi brukerne kan få for stort ansvar i relasjonen til hjelpeapparatet og ikke få den hjelpen de trenger og ber om. Helsesøstrenes arbeidsform har vært i endring. Rådgivning er tonet ned og helsesøster har en mer tilbaketrukket rolle enn før i møte med brukerne. Funnene viser at den nye arbeidsformen stiller gir forventinger og stiller nye krav til helsesøstrene hvor det kan være vanskelig å finne en balanse mellom ”ekspertrolle” og ”veilederrolle”. Det tilstrebes at brukernes behov og ønsker skal være utgangspunkt for innholdet i konsultasjoner. Helsesøstrene legger i varierende grad vekt på å følge systematiske metoder i kartlegging av ulike problemstillinger. Dialogen velges oftest som arbeidsmåte. Anerkjennelse, tillit og respekt, samt god tid til samtale trekkes fram som viktig for å etablere gode relasjoner og en god dialog. Det beskrives også situasjoner der prinsippet om brukervedvirkning ikke er egnet. Hensyn til barnets sikkerhet settes foran foreldres rett til å bestemme når helsesøstrene ikke finner omsorgen faglig forsvarlig.

Funnene viser at lederne i større grad enn helsesøstrene beskriver og vektlegger brukervedvirkning på systemnivå. Brukervedvirkning beskrives som en rettighet for brukeren og som et middel for kvalitetsforbedring for fagutøverne. Lederne knytter organisering av brukervedvirkning til kommunale plan- og beslutningsprosesser. På tross av at brukervedvirkning betegnes som viktig, er det lite som tyder på at brukerne har særlig innflytelse i helsestasjonsvirksomheten utover sitt eget hjelpebehov i konsultasjoner. Lederne beskriver sine oppgaver ved brukervedvirkning som å organisere vedvirkningsprosesser, veilede personalet og ved å legge til rette for kompetanseutvikling.

5. Diskusjon

Studiens hensikt var å undersøke hvordan brukervedvirkning beskrives og praktiseres i helsestasjonsvirksomheten. Data er samlet via intervju med ledere ved ulike helsestasjoner og helsesøstre i klinisk praksis. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere data. I diskusjonen drøftes sentrale funn i lys av tidligere undersøkelser og teoretisk rammeverk. Diskusjonen struktureres etter temaene: ”nye utfordringer”, ”strategier og metoder i helsesøsters arbeid” og ”rammer og premisser for brukervedvirkning knyttet til organisasjon og ledelse”. De to første temaene knyttes til funn fra intervjuene med helsesøstre, mens det siste temaet knyttes til funn fra intervju med lederne.

5.1 Nye utfordringer

Funnene viser at helsesøstrene har en vid, men også diffus forståelse av brukervedvirkning. En årsak til dette kan være at sentrale myndigheter gir få føringer for hvordan brukervedvirkning skal omsettes til praksis (Statens helsetilsyn, 1998a). En forutsetning for å forme en praksis som er i pakt med idealet om økt brukervedvirkning er en forståelse for prinsippene som ligger til grunn for den nye ideologien. Vatne (1998) hevder at brukervedvirkning er et begrep som får mange navn og forskjellig innhold alt etter sammenhengen det brukes i. Manglende begrepsavklaring og manglende bevisstgjøring knyttet til forståelse av brukervedvirkning kan være årsak til at det er vanskelig å omforme intensjonene til praksis. Det kan også være en grunn til at det i noen tilfeller eksisterer uklare og tildekkede motiver for brukervedvirkning som kan føre til en illusjon om brukervedvirkning, men som ikke gir brukeren reell innflytelse (Sigstad, 2004).

Helsesøstrene beskriver brukervedvirkning som en bevisstgjørende utviklingsprosess som innebærer at brukeren har en aktiv rolle i samhandling med helsesøster. Det gir brukeren innflytelse og ansvar, mens det fra helsesøsters side kreves en støtte og anerkjennelse av brukerens mestringsevne. Helsesøstrene har få motforestillinger mot brukervedvirkning som prinsipp, men intensjonene om en endring av praksis skaper nye utfordringer. Utfordringene kan knyttes til at brukeren i større grad forventes å være en aktiv samarbeidspartner, mens helsesøster skal støtte opp under brukerens egne ressurser og være mindre rådgivende enn

før. Helsesøstrene beskriver at det er en utfordring å finne en balanse mellom ekspertrolle og veilederrolle og å finne en balanse i forholdet mellom erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap. Funnene i denne undersøkelsen støttes av funnene Andrews studie fra helsestasjonsvirksomheten (Andrews, 2002). Den viste at de ideologiske endringene som skulle møte kritikken som ble reist mot tradisjonelle tilnærminger i det forebyggende helsearbeidet, har sine begrensninger og skaper nye dilemma. Helsesøstrene møter nye krav og forventninger i tjenesten slik at de ikke har rom for tradisjonelle oppgaver på samme måte som før (Ellefsen, 1995). Brukermedvirkning krever endring av roller mens premissene for den "nye" helsesøsterrollen i liten grad er klargjort. Behovet for endring av praksis i helsestasjonsvirksomheten skjer ikke bare i Norge, men også i andre vestlige land (Benson og Latter, 1998; Carr, 2005; Mitcheson og Cowley, 2003). Flere studier viser at det er nødvendig med en utforming av praksis i pakt med den helsefremmende ideologien for å unngå konflikter og forvirring for både brukere og fagutøvere (Carr, 2005; Smith, 2004). Ørstavik (2005) hevder at brukerrollen og hjelperrollen er komplementære. Det vil si at de er avhengige av hverandre, og at endringer i den ene nødvendigvis krever endring i den andre. Det kan forstås som om at det må skje endringer i hjelperrollen for at brukerrollen skal få en virkning. Ulik forståelse av situasjoner vil skape grunnlag for konflikter når en fagutøveren stiller seg som talsmann for brukermedvirkning, mens brukeren ønsker en tradisjonell hjelperolle, eller når en aktiv bruker møter en tradisjonell hjelper.

Flere av helsesøstrene beskriver at kunnskapsformidling er viktig for å være en støttespiller for brukerne. Det er i tråd med prinsippene for brukermedvirkning som innebærer at fagutøveren skal overføre kunnskap til brukerne i den hensikt at brukerne skal kunne ha større innflytelse og kontroll over saker som angår dem selv (Stang, 1998; Statens helsetilsyn, 1998a). Helsesøstrene opplever det som problematisk å tone ned rådgivning i følge retningslinjene for praksis. De begrunner det med at de har kunnskaper som de ser at foreldrene trenger og ber om i forhold til omsorgen for barnet. Dette er i tråd med funn hos Andrews (2002) og Tveiten, Ellefsen og Severinsson (2005). Andrews (2002) hevder at dette kan skyldes at foreldre ikke har vært involvert i utarbeidelsen av de nye føringene for tjenesten. Det kan være en av årsakene til at det er et gap mellom foreldres forventninger om eksakt kunnskap og råd som harmonerer dårlig med nedtoning av ekspertrollen.

Helsesøstrene hevder at brukerne har bedre kunnskapsgrunnlag og har større mulighet til å søke informasjon enn tidligere. Helsestasjonen er bare en av flere informasjonskilder og

mange har søkt informasjon for eksempel via Internet. Det kunne derfor tenkes at behovet for helsesøster som kunnskapsformidler ble mindre, men det er lite som tyder på dette. I en hovedfagsoppgave av Wæhrens (2004) beskrives utviklingen av en databasert helsestasjonsportal som kilde til informasjon for foreldre med nyfødte barn. Undersøkelsen viste at bruk av Internet ikke kan sammenlignes med et personlig møte, og at Internet ikke gjør helsesøsters veiledende funksjon overflødig. Det kan skyldes at den individuelt tilpassede veiledningen og rådgivningen ikke fås gjennom de generelle kunnskapskildene. Ved konkrete problemstillinger har brukerne ofte forsøkt ulike alternative løsninger med mer eller mindre hell. Derfor etterspør de konkrete råd når de kommer til helsestasjonen. Behovet for konkrete råd kan derfor sees som et ledd i bemyndigelsesprosessen der brukerne er aktive og har forsøkt ulike løsninger (Kieffer, 1984). Helsesøstrene sier at de gir konkrete råd når brukerne ber om det. Det nevnes at enkelte brukergrupper, som for eksempel en del ikke vestlige innvandrere, forventer klare råd. Det rokker ved helsesøsters autoritet hvis ønsket ikke tas til følge. Dette er i samsvar med funn i en undersøkelse av Viken (1995) som viser at helsesøstre "gir etter" i forhold til innvandrerforeldre og slutter å ta dem med på råd. Knappe tidsrammer, språkproblemer og brukernes forventninger til helsesøster angis som årsaker til det. Helseth (1999) har gjort en studie om helsesøsters tilnærming til foreldre som har barn med kolikk. Hun fant at foreldre forventer at helsesøster skal besitte faglig viten, men at de ikke alltid opplever helsesøster som kunnskapsrik. Det er flere studier som viser at foreldre etterspør faglige råd og vurderinger omkring barns vekst og utvikling i helsestasjon. Det er derfor lite som tyder på at brukerne av helsestasjonen ønsker større grad av innflytelse enn det de har i dag, men etterspør informasjon og fagkunnskap fra helsesøster (Andrews, 2002; Bild, 1995; Helseth, 1999; Viken, 1995, 1998).

Helsesøstrene ser det som viktig å anerkjenne brukernes kunnskaper. De hevder også at det er viktig at brukerne får kunnskap via helsestasjonen som er vitenskapelig basert. Dette gjenspeiler tvetydige statlige føringer for tjenesten. På den ene siden beskrives det som et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikk og praksis i folkehelsearbeidet, samtidig som brukernes kunnskaper skal anerkjennes på lik linje med teoretisk basert kunnskap (NOU-18,1998; Stortingsmelding nr.16, 2002-2003). Vaksinasjon av barn illustrerer denne motsetningen. Når foreldres beslutninger går på tvers av helsesøsters anbefalinger, stilles det krav til at foreldrene om at de skal skaffe seg kunnskap før beslutninger tas. Det er også en forventning om hvilke kunnskaper foreldre skal erverve, og hvilke beslutninger de skal ta. Foreldrene har beslutningsmyndigheten, men noen

beslutninger betegnes som riktigere enn andre. Forskningsbasert kunnskap inngår i det helsesøster betegner som "å være informert" før en beslutning tas. Powers (2003) hevder at brukerne betraktes som bemyndiget, men bare når de tar de "riktige" valgene slik de er definert av fagutøveren. Brukerne er ikke informert om alle muligheter og er derfor ikke helt fri til å ta beslutninger på egne vegne. Empowermentstrategier kan derfor være et middel for at brukerne skal følge fagutøvernes anbefalinger. Skelton (1994) mener at et kritisk punkt ved empowermentprosessen er at brukerne bearbeides til å tro at de tar egne informerte valg, men finner løsninger som fagutøveren i utgangspunktet mente var den beste løsningen.

Når brukernes meninger får en framtrædende rolle i samhandlinger og beslutninger, frykter enkelte fagutøvere at bemyndigelse innebærer at fagkompetansen blir skjøvet til side. Dette er feil, hevder Stang (1998). Konsekvensen av bemyndigelse er ikke at fagutøvere må gi slipp på sitt fag og sine faglige vurderinger, men de må gi slipp på oppfatningen om at de riktige svarene kun er å finne i fagkunnskapen. Det å sette brukeren og hans interesser i sentrum betyr ikke at fagutøveren skal la være å presentere faglige kunnskaper og vurderinger som hun mener er best. Brukeren er ekspert på seg selv, men ikke nødvendigvis ekspert på faglige forhold. Det er derfor behov for både fagutøverens og brukerens kompetanse, og begge kompetanser må anerkjennes. Ved dialog kan man finne ut hva som er hensiktsmessig og ønskelig basert på faglig vurdering og brukerens kompetanse om seg selv og sitt liv. Videre kan det i felleskap finnes løsninger som bruker og fagutøver er fortrolig med.

Twinn (1991) beskriver en modell som kan benyttes for å se at ulike tilnærminger er nødvendig for å møte kravet om tilpasning til ny praksis. Helsesøsterpraksis beskrives innenfor fire roller, eller paradigmer. "Individuell rådgivning" karakteriserer den tradisjonelle helsesøsterrollen med ekspertstyrt rådgivning. "Miljøarbeid" strekker seg ut over den tradisjonelle rollen ved at det legges opp til en utforming av helsetjenesten basert på kartlegging av lokale behov i nærmiljøet. Det gir en lokal forankret formulering av behov og mål som grunnlag for arbeidet. "Frigjørende omsorg" er en mer radikal tilnærming der helsesøster er knyttet til lokale samarbeidspartnere gjennom lokalsamfunnsstrategier og ser helsefremmende arbeid i vid forstand. Denne arbeidsformen er utfordrende fordi den krever samarbeid på tvers av profesjoner og etater. Den siste rollen kaller Twinn (1991) "psykologisk utvikling". Her er foreldre med på å formulere mål, og helsesøster bistår brukerne ved å støtte og handle i overensstemmelse med sin deres situasjon og deres egne

behov. Paradigmene utfyller hverandre, utelukker ikke, og de er ikke i konflikt med hverandre. Sentrale føringer angir retning for å møte utfordringer i forebyggende arbeid og må møtes med strategier tilhørende ulike paradigmer, hevder Twinn (1991). Motstand mot eller manglende kunnskap om de ulike paradigmene bidrar til at utfordringer i praksisfeltet ikke møtes på en hensiktsmessig måte. Helsesøstre forsøker å handle i overensstemmelse med paradigmet ”psykologisk rådgivning”, men faller ofte tilbake til den ”individuelle rådgivning”. Det fører til en tillitskrise der helsesøstre ikke er i stand til å møte utfordringene i tjenesten, mener Twinn (1991). Hun hevder at i helsesøsterpraksis møtes to motstridende kunnskapssyn. På den ene siden kan helsesøsterpraksis operasjonaliseres, måles og telles og tilhører derfor et naturvitenskapelig paradigme. På en annen side er helsesøsterpraksis unik, spesiell og må tilpasses til den individuelle situasjonen. En fruktbar tilnærming er å ta utgangspunkt i den aktuelle situasjon og behovet for helsehjelp og velge tilnærming og paradigme deretter (Twinn, 1991). Nutbeam (1998a) beskriver at det er nødvendig å kombinere ulike forskningsdesign for å utvikle kunnskap i folkehelsearbeid. Olesen (1999) har i en doktorgrad beskrevet helsesøsters rolle i møte med danske familier. Ifølge Olesen (1999) er helsesøsters formidling av kunnskap i for liten grad basert på vitenskapelig fundert viten. I praksis er det vanskelig å skjelve mellom hverdagsbasert viten og faglig viten. I diskusjoner om synet på kunnskap settes som regel teoretisk og praktisk kunnskap opp mot hverandre som om de er vesensforskjellige og ikke har noe med hverandre å gjøre. Dette er et lite fruktbart kunnskapssyn, hevder Kirkevold (2002). Noen typer kunnskap er utviklet på bakgrunn av objektive forhold og ved hjelp av vitenskapelig arbeid. Andre typer kunnskap er utviklet på bakgrunn av erfaring og kan knyttes til en refleksjon over egen praksis. Den gir nyttig innsikt som kan brukes i nye situasjoner. Det kan betraktes som et argument for at sykepleiepraksis trenger flere kunnskapsformer. Foucaults syn på kunnskap kan gi et perspektiv på at flere kunnskapsformer tilhørende ulike vitenskapsteoretiske retninger er nødvendig for å utvikle kunnskap og forskning på sykepleiefeltet, og at ulike problemstillinger best besvares ved å benytte ulike metoder. Det kan frigjøre sykepleie fra å være stengt inne i et positivistisk vitenskapssyn eller andre former for paradigmetenkning som setter grenser for kunnskapsutvikling (Henneman, 1995).

Intensjonene om større grad av brukermedvirkning reiser flere etiske problemstillinger. Grunnlaget for å intervenere i menneskers liv, eller avstå fra det, bør vurderes. Faglighet og den enkelte brukers forståelse av virkeligheten kan være på kollisjonskurs. Det er ikke klare grenser mellom individets frihet og helsepersonellens faglige ansvar. Ved lovgivning,

yrkesetikk og sosialt mandat begrunnes anledningen til å intervensere, men den må sees i forhold til krenking av enkeltindividets rett til å foreta egne valg (Statens helsetilsyn, 1998a). Det kan være vanskelig å avgrense hvor ekspertenes ekspertise slutter. Den etiske kunnskapen forteller ikke hvor grensen går mellom omsorg og innblanding, mellom hjelp og maktutøvelse.

Helsesøstrene uttrykker at prinsippet om brukervedvirkning kan gå for langt, slik at brukeren får for stort ansvar i relasjonen med helsesøster og ikke får den hjelpen han trenger og ber om. Et av målene i helsepolitikken er en overføring av makt til brukerne og en likeverdighet i forholdet mellom brukere og fagutøvere (NOU-18, 1998).

Brukermedvirkning kan være en ny måte å skape balanse mellom brukere og fagutøvere (Andreassen, 2004). Dette er i tråd med en argumentasjon for brukervedvirkning som et middel i en demokratiseringsprosess (Andreassen, 2004; Andrews, 2006; Ørstavik, 1996). Lovverket gir føringer for praksis. I de fleste situasjoner er det også rom for skjønnsmessige vurderinger. Det kan utfordre helsesøstrers handlingsvalg. Handlinger som er gjort ut fra en tanke om ansvarliggjøring av brukerne kan også føre til en form for ansvarsfraskrivelse, men noen former for autoritet og kontroll er nødvendig for å beskytte de svake og mest sårbare i samfunnet (Sandmo, 1999). En hjelperelasjon som bygger på selvbestemmelse som høyeste verdi, kan i for stor grad overlate ansvaret til brukeren. Autonomi og informert samtykke kan ikke være de overordnede verdiene i enhver hjelperelasjon. I enkelttilfeller kan det medføre omsorgssvikt eller ansvarsfraskrivelse hos fagutøveren. Det etiske ansvaret innebærer at hjelperen balanserer overveielser om individuell frihet mot sikkerhet, trygghet og omsorg basert på faglig kunnskap (Vatne, 1998). Brukermedvirkning kan innebære at fagfolk reduserer sitt ansvar og skyver det over på brukeren. Det å lære av dem som opplever situasjonen kan være motivert av et ønske om bedre tjenestetilbud, men det kan også være motivert av ønske å slippe noe av ansvaret for de ”svake” eller ”vanskelige”. Prinsippet om økt brukervedvirkning reduserer imidlertid ikke helsepersonellens ansvar for at hjelpen er forsvarlig (Syse, 2001). Paternalisme kan også sees som et uttrykk for de etiske prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade prinsippet. Med utgangspunkt i velgjørenhetsprinsippet er det et mål å vurdere løsninger i forhold til det som gir best nytte for de involverte. Ikke-skade prinsippet kan knyttes til plikten til å avstå fra å forårsake skade (Ruyter, Førde og Solbakk, 2000). Ansvarsfraskrivelse ved å unnlate å handle i vanskelige saker, kan betraktes som et brudd både mot velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet.

Brukermedvirkning betegnes av informantene i denne undersøkelsen som en ”riktig form for praksis”, og det uttrykkes at det tidligere har vært for stor grad av paternalisme i tjenesten. Rolleskifte i helsestasjonen bygger på at foreldre skal kunne verne seg mot paternalisme og at profesjonsmakten skal svekkes. Kravet om endring kommer ikke fra brukere av tjenesten, og det er ikke problematisert i statlige føringer om brukerne ønsker endringer. Det er heller ikke problematisert at det er fagutøveren som både bestemmer at foreldre skal delta, og hvilken form for deltakelse som er den mest ideelle. Det kan jo også sees som en form for paternalisme, hevder Andrews (2002). Tradisjonelle former for autoritet opprettholdes gjennom forsøk på å påvirke foreldre til bestemte former for praksis. Det statlige foreldreveiledningsprogrammet som nevnes av en helsesøster er et eksempel på det. Foreldreveiledningsprogrammet omfatter både læremateriell i form av bøker og video tilrettelagt både for fagfolk og brukere, og det gis anbefalinger om hvordan foreldre skal kommunisere med barna sine (Heian, 1996). Det kan synes noe inkonsekvent at foreldre på den ene siden skal få større autonomi, samtidig som det innføres programmer som vektlegger bestemte former for omsorgspraksis. Respekten for foreldrenes egen kunnskap står sentralt, samtidig som de skal tilføres nye perspektiver. Men ideene om å tilføre nye perspektiver går bare en vei, fra hjelperne til brukerne (Ulvestad, 2003). I følge Foucault er ingen utdannelsesprosess utelukkende frigjørende, fordi den alltid også inneholder et disiplinerende moment. Derfor er helseopplysning både bemyndigende, undertrykkende og kontrollerende. Kunnskap i helserelaterte spørsmål framstår som et gode, men omfatter både god og dårlig, sunn og usunn praksis, hevder (Gastaldo, 1997). Helseopplysning kan være bemyndigende ved å gi grunnlag for informerte valg. Helseopplysning kan også være undertrykkende hvis fagutøveren er den som forvalter ”sannheten”. Myndighetenes anbefalinger for hvordan foreldre bør ta hånd om barna sine, er en måte å kontrollere befolkningen på og kan derfor betraktes som undertrykkende.

Brukermedvirkning skal baseres på frivillighet og ikke oppleves som en merbelastning for brukeren (Sosial og helsedirektoratet, 2006). Noen brukere ønsker ikke å bestemme. Det kan skyldes manglende vilje eller mangel på krefter. Brukermedvirkning bygger på forutsetninger som kompetanse og ressurser. Det krever at brukeren vet hvordan han skal medvirke og kan formidle sine behov. Jo større ressurser brukeren har, jo større mulighet har han til å påvirke og styre prosesser. Det krever innsikt og realistisk vurdering av situasjonen. Ikke alle brukere er i en slik situasjon. Graden av brukermedvirkning, og hvilken form den kan få, må tilpasses den enkelte brukers ressurser, kompetanse og tilstand. En forutsetning

for å ta ansvar for eget liv er at mennesker får et eierforhold til problemene sine. Dette innebærer retten til å bestemme om problemet eksisterer, definere hva problemet gjelder, definere hva som skal gjøres med problemet, velge mellom ulike former for hjelp og opprette, vedlikeholde og avslutte kontakten med hjelpeapparatet (Vatne, 1998).

Helsestasjonens kontrollfunksjon kan stå i motsetning til foreldres rett til selvbestemmelse. Rammen rundt tjenesten med konsultasjoner som omfatter et kontrollaspekt i tillegg til en intensjon om å styrke foreldrerollen, viser at foreldres rett til selvbestemmelse er begrenset. Prinsippet om brukermedvirkning har ikke erstattet de tidligere anbefalingene for helsestasjonsvirksomheten, men nye føringer er lagt til (Andrews, 2002). I en engelsk studie (Appelton, 1996) beskrives helsesøsters tilnærming til familier det er knyttet bekymring til. Et av funnene i studien var at helsesøsters rolle i forhold til disse familiene er konfliktfylt, fordi rollen som kartlegger og helsekontrollør møter rollen som støttende samarbeidspartner. Kontroll kan være tilslørt som bemyndigelse uten at det skaper motforestillinger hos fagutøveren. Ideelt sett skal empowerment motvirke paternalisme, men i praksis kan empowerment være lik paternalisme når bemyndigelse knyttes til intervensjonsstrategier som gir en illusjon om selvstendige valg (Powers, 2003).

Helsesøstrene vektlegger i liten grad at de har en maktposisjon i forhold til brukerne. Det kan skyldes at mange problemstillinger ved helsestasjonen dreier seg om hverdagsproblemer, slik at brukerens erfaring og kunnskap i hverdagsspørsmål anerkjennes etter intensjonene ved brukermedvirkning. Det kan også skyldes at helsesøstrene er lite bevisst på at det eksisterer et maktforhold mellom brukere og fagutøvere. Både helsesøstrenes fagkunnskap og deres autoritet som fagutøvere representerer et maktaspekt. I følge Stang (1998) er det knyttet visse forutsetninger til fagutøverens rolle ved bemyndigelse av brukeren. Fagutøveren må oppgi noe av sin kontroll for at brukeren skal få mer. Maktoverføring representerer det dynamiske aspektet ved bemyndigelse. For å kalle en fagutøvers handlinger bemyndigelse, må fagutøveren bruke sin kompetanse slik at den andre opplever kontroll i situasjonen (Stang, 1998). Innhold og form på den hjelpen som gis, må i større grad enn før utformes i samarbeid med brukeren. Hvis det presenteres løsningsforslag uten alternativer, eller undersøkes hva brukeren egentlig ønsker, er det lett for brukeren å adoptere alternativet som sitt eget (Vatne 1998). Forholdet mellom brukere og fagfolk er asymmetrisk og vil aldri kunne likestilles. Det er og vil alltid være en ubalanse mellom bruker og fagutøver. Det trenger ikke rokke ved brukermedvirkning som prinsipp, men

krever en bevissthet hos fagutøveren om maktforholdet som eksisterer, og at brukermedvirkning er viktig til tross for dette maktforholdet (Stang 1998).

Foucault har påpekt hvor langt inn i våre liv makten og den politiske innflytelsen strekker seg på områder den tidligere ikke hadde tilgang til, og situasjoner som tidligere var private. Problemer som tidligere ble håndtert av den enkelte sammen med de nærmeste, håndteres nå av helsevesenet (Sandmo, 1999). Helsestasjonen er et typisk eksempel på det. Tidligere var familien kunnskapsbærere og gode støttespillere for nyetablerte familier, mens helsestasjonen nå har overtatt mye av denne funksjonen. Slik har myndighetene stadig utvidet sitt område for hva som skal være et offentlig anliggende, og det er en form for utøvelse av makt. Maktutøvelsen kommer til uttrykk på andre måter enn tidligere, men er ikke borte fra helsestasjonen, hevder Andrews (2002). Den nye begrepsbruken innenfor helsestasjonsvirksomheten bærer bud om maktendring. Helsekontroll er erstattet med konsultasjon, og rådgivning er nedtonet til fordel for veiledning. Hvis innholdet i konsultasjonene er uforandret og veiledning gis på bakgrunn av tema som er bestemt på forhånd, er det lite som tyder på at en reell maktoverføring har funnet sted (Andrews, 2002). Ideer om å svekke maktforskjellen mellom fagfolk og brukere har røtter i blant annet i Freires pedagogikk i forhold til undertrykte grupper (Freire, 2002). Sett fra et annet perspektiv er det ikke rimelig å betegne foreldre som en undertrykt gruppe fordi om de har fått barn og deltar i et tjenestetilbud. Helsestasjonen er kanskje heller ikke en arena hvor det er stor prestisje knyttet til faglige spørsmål eller kamp om innflytelsesrike posisjoner verken for fagfolk eller brukere (Andrews 2002). I de statlige føringene er det liten diskusjon om maktoverføring representerer et gode for foreldre, men grunnen til at foreldre oppsøker helsestasjonen er nettopp at de ønsker en faglig vurdering av barnets utvikling, og de ønsker råd i konkrete problemstillinger. Idegrunnlaget i helsefremmende arbeid knyttes til at makt er negativ, men noen former for maktutøvelse er nødvendig og ønskelig i et samfunn. I følge Foucault er det derfor nødvendig å skille mellom ulike former for makt slik at fagutøveren ikke blir handlingslammet ved tanken på å utøve makt, men heller ser de produktive og legitime sidene (Sandmo, 1999).

5.2 Strategier og metoder i helsesøsters arbeid

Helsesøstrenes arbeidsform er i endring. Brukernes kontakt med helsestasjonen bygger i større grad enn tidligere på at er det brukernes ønsker og behov som skal være utgangspunkt for innholdet i konsultasjoner. Det betegnes som en forutsetning for brukervedvirkning. Disse endringene er i pakt med de statlige føringene for helsestasjonsvirksomheten og med intensjonene i helsefremmende arbeid (NOU-18, 1998; Statenes helsetilsyn, 1998a).

I de statlige føringene for tjenesten vektlegges veiledning som en metode for økt brukervedvirkning. Veiledning ble derfor belyst i den teoretiske gjennomgangen. Funnene viste at helsesøstrene legger en helhetsvurdering av ulike situasjoner til grunn for valg av strategier og metoder i arbeidet. Evnen til å etablere gode relasjoner med brukerne betegnes som viktigere enn å velge bestemte metoder. Det samme viser også en engelsk studie av Mitcheson og Cowley (2003). Aktiv lytting og en åpen agenda var mer egnet til å identifisere helse relaterte behov enn å bruke et strukturert skjema når målet var større grad av brukervedvirkning. Gode kommunikasjonsferdigheter ble betegnet som nødvendig for å oppnå dette. Den åpne tilnærmingen ble beskrevet som en vennlig tilnærming der helsesøster inntok en lyttende holdning. Det ble også vektlagt å være interessert i brukerens historie og unngå å innta en fordømmende holdning, noe som også sammenfaller med mine funn. Olesen (1999) hevder på bakgrunn av en studie i danske barnefamilier at foreldre har en forventning til helsesøster om hun skal møte dem med respekt. Helsesøster skal være en interessert lytter, og foreldrene er de som skal være i sentrum for oppmerksomheten, mens helsesøster skal ha faglig viten. Dette sammenfaller med mine funn om helsesøstrenes forventning til egen praksis. Funnene viser at helsesøstrene legger stor vekt på å ha god tid, være lyttende og interessert i den historien som fortelles. Brukerne bør få en opplevelse av at helsesøster er opptatt av "akkurat deg". Blikkontakt er viktig. Disse egenskapene kan knyttes til helsesøstrenes kommunikasjonsferdigheter og inngår som en del av deres kompetanse. En svensk studie blant foreldre som har mistet et barn viser at opplevelsen av å være bemyndiget stiger når man blir sett, når fagutøveren greier å sette seg inn i og føle med i sorg ved en traumatisk situasjon, mens mangel på kontakt gir en følelse av maktesløshet (Lundquist, Nilstun og Dykes, 2002). Relasjonen mellom sykepleier og pasient/brukere av helsetjenester er sentral i all utøvelse av sykepleie. Helsesøstre har også tidligere vært opptatt av å etablere gode relasjoner med brukere (Chalmers og Luker, 1991). Det som kan betegnes som spesielt ved helsesøstrenes tilrettelegging for brukervedvirkning er et økt

ansvar for brukerne som en aktiv part i relasjonen. Det legges også vekt på at brukernes perspektiv skal være framtreddende, mens helsesøster har en støttende rolle.

Helsesøstrene hevder at gode relasjoner etableres gjennom tillit til og respekt for brukernes beslutninger. Det er i tråd med funn hos Falk-Rafael (2001) og Tveiten (2005). En studie om ungdoms brukermedvirkning i regi av Sosial og helsedirektoratet viser også det samme (Sosial og helsedirektoratet, 2003). Tillit og respekt er fundamentale i empowermentprosessen, hevder Gibson (1991). Bemyndigelse fordrer at fagutøveren respekterer den enkeltes valg og avgjørelser og er villig til å sette brukerens beslutninger over sine egne. Drugli og Lichtwarch (1998) hevder at tillit er en viktig rammefaktor og fungerer som "lim" i samarbeidet med brukerne. Tillit bygger broer over ulikheter og gjør dialogen mulig. Tillit er ikke noe den profesjonelle kan bestemme seg for å utvikle i forhold til brukerne, men er en grunnleggende forutsetning i kontaktforholdet. Den danske filosof og teolog Løgstrup (2000) betrakter tillit som en grunnleggende betingelse ved det å være menneske. Tillit er en livsytring og en nødvendig forutsetning for at mennesker skal forholde seg til hverandre. Dersom tilliten brytes, ødelegges samtidig grunnbetingelsene for det menneskelige livet og samværet med hverandre. Løgstrup (2000) mener ikke at mistillit ikke eksisterer og at vi alltid er tillitsfulle i forhold til hverandre, men at vi i utgangspunktet møter hverandre med tillit. Mistilliten er noe man bestemmer seg for, mens tilliten er karakteristisk for menneskelig samhandling, og er en tilstand som det kreves anstrengelse å avvike fra. Helsesøster møter foreldre som har barn med problemer, eller som selv har problemer, og som har opplevd brudd i tilliten til hjelpeapparatet. Det er disse foreldrene som har minst tillit til den profesjonelle, men som mest trenger at det utvikler seg et tillitsforhold. Egen væremåte, reaksjoner og handlinger er arbeidsmåter den profesjonelle rår over (Drugli et al, 1998). I følge Berthiniussen (2004), som har gjort en studie om helsesøsters opplevelse av sin rolle, er det viktig at helsesøster formidler hvilket fokus hun har i sitt arbeid for å oppnå tillit hos foreldre.

Økt grad av brukermedvirkning krever en bevisst holdning til egen profesjon og de verdier som formidles. Olesen (1999) beskriver at det i helsesøsterrollen kan være vanskelig å skille mellom en profesjonell rolle og en privat relasjon. Helsesøster representerer både en offentlig institusjon, en profesjon og en person. Rollen som offentlig myndighetsperson kommer til syne ved at hun er forpliktet til å formidle offentlige retningslinjer. Rollen som profesjonell kommer til uttrykk gjennom faglig viten i form av utdanning og erfaring, men i

helsesøsters profesjon er også følelser, erfaringer og personlige preferanser til stede som kvalifikasjoner. Olesen (1999) hevder at i helsesøsterpraksis er person og faglig kompetanse tett forbundet med hverandre, og at helsesøsteres formidling i for stor grad preges av hennes egne vurderinger basert på middelklassetenkning for hva som er sunt og bra. Olesen (1999) argumenterer for at veien mot en partnerskapsrolle går gjennom kritisk refleksjon. Det er nødvendig å være bevisst sin egen rolle og posisjon, slik at relasjonen til den som trenger hjelp kan støttes på en funksjonell måte. Hun foreslår å velge en "nøytral holdning" der helsesøster på den ene siden erkjenner at hun ikke kan være fordomsfri i forhold til brukernes valg, men er formet av egen bakgrunn. Hun bør derfor reflektere over hvor kunnskaper og holdninger hentes fra og hvordan de kan håndteres i praksis. På den andre siden er det et krav til helsesøster om å formidle faglig viten og ikke med begrunnelse i misforstått respekt for familiens integritet, hoppe lett over atferd som oppleves problematisk. For at samarbeidet med brukeren skal bli konstruktivt, må brukeren få en gjensidig rolle i relasjonen. Samarbeidet må omfatte to aktive parter der man har en forholdsvis likeverdig posisjon. De bringer forskjellige elementer inn i samarbeidet uten at den enes bidrag er mer verd enn den andres, men det er den profesjonelle som har ansvar for å legge til rette for at samarbeidet preges av likeverd og gjensidighet (Drugli et al, 1998).

Individuell plan kan være et hjelpemiddel for en systematisk tilnærming til brukermedvirkning i den individuelle hjelperelasjonen. Lovfestet rett til en individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester er innført som et virkemiddel for å styrke brukermedvirkning på individnivå. Målsettingen er at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Helsesøstrene gir flere beskrivelser av møter med familier som har barn med spesielle behov. De vektlegger i liten grad individuell plan som en metode for å styrke brukermedvirkning i møte med disse familiene. En studie av Røhme, Hatling og Lidal (2006) viser at mange barn med habiliteringsbehov i kommunehelsetjenesten har en individuell plan. Mine funn kan derfor tyde på at det liten bevissthet rundt bruk av individuell plan som et middel for å styrke brukermedvirkning.

Dialogen beskrives som en god arbeidsform for å fremme brukermedvirkning i konsultasjoner. I helsefremmende arbeid legges det stor vekt på omfordeling av makt og myndighet fra fagfolk til brukere. Dialogen som arbeidsmåte antas å virke bemyndigende ved å stimulere folk til å ta i bruk egne ressurser for å løse problemer og er et virkemiddel

for å fremme en slik omfordeling. Hensikten er å heve den enkeltes refleksjons-, kunnskaps- eller bevissthetsnivå. Gjensidig innflytelse og evnen til å ta inn over seg den andres perspektiv er en forutsetning. Bevissthet rundt et emne kan bety at en gjennom dialog beriker hverandres perspektiver, som igjen skaper et bedre grunnlag for refleksjon over egen situasjon. Gammel kunnskap kan overskrides, og det utvikles ny erkjennelse. Det er viktig å være bevisst på at grensen mellom bevisstgjøring og overtalelse kan være vanskelig å trekke. Dialogen kan gi brukeren anledning til å styrke kontrollen over eget liv, men kan også fungere som meningsmanipulering. Fagutøveren må ha en forståelse av hvordan maktforskjeller kan påvirke en dialog og at det ligger makt i å få andre til å oppfatte verden på en bestemt måte. Hvis det med bevisstgjøring egentlig menes føyelighet, gir det ingen bemyndigelse (Branstad, 2003). Det er heller ikke alle som har samme forutsetning for deltakelse i dialogen. Brukernes krefter og ressurser til å ta kontroll over egen livssituasjon er ulike, og derfor har fagutøveren en støttende funksjon (Stang, 1998; Vatne, 1998). Gjennom dialog kan man komme fram til felles mål og enes om midler for å nå disse målene. Dialog blir derfor en forutsetning for bemyndigelse, for uten erfarings- og meningsutveksling kan fagutøveren ikke vite hva som stimulerer brukeren (Stang, 1998). Ved denne arbeidsmåten antas det at hvis alle involverte gis anledning til å si sin mening og medvirker til løsninger, vil den beste løsning være å finne der (Freire, 2002). Det forutsetter at det gis anledning til fri meningsutveksling og det forutsetter at tradisjonelle autoritetsmønstre settes til side. Freire (2002) mener at dialogen har innebygd potensial for å formulere løsninger på interessekonflikter, men det kan være en utfordrende arbeidsmåte når dilemma mellom enighet om fornuftige løsninger og verdsetting av mangfold av perspektiver møtes. På den ene siden kan dialogbaserte metoder betraktes som et middel i en demokratiseringsprosess. På en annen side er makten som ligger i dialogiske virkemidler også problematisk, fordi den er vanskelig å få øye på (Branstad 2003).

5.3 Rammer og premisser for brukermedvirkning

Videre i dette kapitlet diskuteres ledernes forståelse og tilrettelegging for brukermedvirkning. Først diskuteres begrunnelser for brukermedvirkning og brukernes innflytelse på tjenestetilbudet. Deretter diskuteres tilrettelegging for kompetanseutvikling knyttet til brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er i varierende grad vektlagt og innarbeidet ved de ulike helsestasjonene i undersøkelsen. Ved alle helsestasjonene er brukermedvirkning forankret i administrative beslutninger og politiske føringer, og det er gitt anvisninger om hvilke former for brukermedvirkning som skal gjennomføres. Årlige brukerundersøkelser og dialogkonferanser er eksempler på det. Lederne vektlegger betydningen av brukermedvirkning, både på individ og systemnivå. På systemnivå er det særlig brukermedvirkning som et middel for kvalitetsforbedring av tjenesten som trekkes fram. Det kan stilles spørsmål om brukermedvirkning i helsestasjonen gir reell innflytelse for brukerne. Brukerundersøkelser er kanskje den vanligste formen for brukermedvirkning på systemnivå, og de gir først og fremst informasjon om brukerne er fornøyd med tjenesten.

Hovedhensikten er å nyttiggjøre seg informasjonen i forbedringsarbeid (Andreassen, 2005). Det er fagfolk som legger premisser for hva det skal spørres om, fortolker brukernes respons og utleder forbedringsbehov. Det er ikke brukernes rettigheter som står i fokus, men tjenestens nytte av tilbakemeldinger. Brukermedvirkning kan være organisert på en slik måte at den ikke gir brukerne en reell innflytelse. Tilbakemeldinger via brukerundersøkelser som ikke fører til endringer, er eksempel på det (Andreassen, 2005).

Det er fokus på at brukernes ønsker og behov skal være utgangspunkt for innholdet i konsultasjoner. Brukernes synspunkter fanges opp, men det er ikke noe som sikrer at synspunktene får innflytelse på utforming av tjenestetilbudet. Det faller inn under det Andreassen (2005) kaller å formidle erfaringer og synspunkter, men det medfører ingen sterk grad av brukermedvirkning. Denne formen for brukermedvirkning kan derfor representere en form for skinndemokrati, og brukermedvirkning blir mer symbolsk enn reell og er et svar på politiske og administrative krav til tjenesten. Kun et eksempel på sterkere grad av brukermedvirkning er nevnt. Det er foreldredrevet lekegruppe. Det kan knyttes til det Andreassen (2005) benevner som ”delta i styringen”.

Det gis også en annen begrunnelse for brukermedvirkning. Brukerne skal lære å bli samfunnsbevisste og støtte hverandre. Andrews (2002) hevder at det er lite i praksisbeskrivelser fra helsestasjonen og i offisielle anbefalinger for tjenesten som tyder på at brukerne involveres fordi deres kunnskap er verdifull og at fagutøverne skal kunne lære av dem. Hovedmotivet er at brukerne skal lære. Argumentet for brukermedvirkning er derfor en pedagogisk tilnærming. Brukerne må gjennom en bevisstgjøringsprosess for å bygge opp selvtillit. Brukermedvirkning er da ikke en rettighet brukerne kan benytte seg av, eller la

være å benytte seg av. Brukerne har ikke definert behovet for eller hatt innflytelse på valg av tilnærming. Flere studier viser at brukerne vanligvis ikke blir spurt om de ønsker å bli veiledet, og veiledningens hensikt blir i liten grad avklart. Det klargjøres i liten grad for brukerne hvorfor helsestasjonstilbudet eksisterer og ideene bak det helsefremmende arbeidet (Andrews, 2002; Viken, 1995). Det bør gjøres en forventningsavklaring og skapes en felles forståelse for hva brukervedvirkning innebærer, slik at premissene for brukervedvirkning tydeliggjøres. Det vil si hvilke former for medvirkning det ønskes av brukerne, er det meningsytring eller medbestemmelse? Ønskes det innspill på organisering av tjenesten eller tilbakemeldinger på brukernes tilfredshet uten at det gis rom for særlige endringer?

Funnene viser at det også legges vekt på en rettighetsbegrunnelse for brukervedvirkning, der medvirkning har en verdi i seg selv. Samtidig kan brukernes innflytelse på tjenestetilbudet betegnes som liten. På tross av at brukernes innspill vurderes som viktige ved utforming av tjenestetilbudet, vektlegges økonomiske gevinster og sentrale føringer for tjenesten sterkere enn brukernes innspill. Lederne hevder også at brukernes posisjon i tverrfaglige fora ikke alltid er i tråd med brukervedvirkningsidealet. Både fagfolks autoritet og språkbruk trekkes fram som en form for maktubalanse som viser at idealet om brukervedvirkning kommer til kort.

Brukervedvirkning knyttes til overføring av kunnskap fra fagutøver til bruker. Men hvilken kompetanse trenger helsesøstre for at kunnskapsoverføring skal være i tråd med prinsippene for brukervedvirkning? Funnene viser at det å legge til rette for faglig utvikling betegnes som en lederoppgave. Lederne mener at helsesøstre først og fremst trenger kommunikasjonsferdigheter, inkludert veiledningsferdigheter og relasjonskompetanse. Dette er i tråd med Gibson (1991) som hevder at gode kommunikasjonsferdigheter, veiledningsferdigheter og undervisningskompetanse er sentrale i empowermentprosessen. Bemyndigelsestankegangen representerer et paradigmeskifte, og kompetanseutvikling må derfor forholde seg til holdninger og verdier (Stang, 1998). Kollegaveiledning og faglig veiledning betegnes av lederne i undersøkelsen som nyttig for å stimulere til refleksjon over egen praksis. Faglig veiledning er en framgangsmåte for å fremme bevisstgjøring og evne til kritisk refleksjon hvor fagutøveren systematisk og kritisk ser på egne holdninger, egen teori og erfaringsbaserte handlingsbegrunnelser, samt selve handlingene som utøves i praksis. I veiledning er egen fagutøvelse og en selv som fagutøver i fokus. Ved å se på hendelser og situasjoner med nye øyne, åpnes muligheten for ny forståelse og erkjennelse. Veiledningens

hensikt er både å tilegne seg ny kunnskap og komme videre i fastlåste oppfatninger, og det oppøves en evne til kritisk refleksjon. Spørsmål som handler om hvordan man må forene eller velge mellom ulike hensyn, forutsetter refleksjon over egen og andres forståelse og praksis, men også vilje til å løse situasjoner på en best mulig måte. Kritisk refleksjon over egen praksis, bidrar til at man tar andres perspektiver og forståelser og relaterer dem til sine egne, slik at ny innsikt og ny forståelse muliggjøres. Refleksjon over egen praksis øker sannsynligheten for at valgene er etisk, praktisk og faglig forsvarlige (Hauge, 2003).

Lederne hevder at kompetanseutvikling også bør omfatte teoretiske kunnskaper knyttet til bemyndigelsestankegangen. Kuokkanen (2000) hevder at empowermentbegrepet kan være hensiktsmessig å bruke også i forbindelse med vekst og utvikling hos fagutøverne fordi ansattes jobbtilfredshet, effektivitet og motivasjon øker med opplevelsen av å være bemyndiget. Det antas at ledelse i tråd med prinsippene for empowerment, øker velvære både på individnivå for den enkelte ansatte og i organisasjonen, og det påvirker måten ansatte ser på seg selv og samarbeidspartnere. Bemyndigelse påvirker den ansattes profesjonelle selvrespekt som i neste omgang medvirker til vekst og utvikling (Kuokkanen, 2000). Det diskuteres i sykepleielitteraturen om fagutøveren må oppleve seg som bemyndiget for å kunne bemyndige brukere av helsetjenester. Skelton (1994) stiller seg kritisk til dette. Han hevder at mer makt til sykepleieren ikke automatisk fører til en maktoverføring til brukerne. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst maktforholdene i organisasjonen, slik at posisjon og kompetanse kan brukes til å fremme brukernes medvirkning uten at fagutøveren selv trenger å få mer makt (Stang, 1998).

Funnene viser at tilrettelegging for brukermedvirkning i organisasjonen knyttes til lederrollen. Haugland (2005) påpeker at sentrale føringer for tjenesten ikke automatisk overføres til praksisfeltet. Det er derfor nødvendig at lederen er aktiv, tar initiativ og iverksetter endringer for at tilrettelegging for brukermedvirkning skal få betydning i praksis. Helsestasjonstjenesten er under press med nye oppgaver, og gamle oppgaver bør revurderes for å kunne møte nye utfordringer. Carr (2005) argumenterer for utvikling av nye roller for å møte utfordringene i praksis og hevder at dette er en lederoppgave. I en studie fant Ellefsen (1995) at helsesøstre opplever ledere i helsestasjonen som passive og hindrende i utvikling av tjenesten. Hvis brukermedvirkning skal bli mer enn politisk og faglige slagord, må det operasjonaliseres og konkretiseres innenfor helsestasjonsvirksomheten, slik at ideologi og politiske strategier kan omsettes til konkrete arbeidsmåter (Lauvås og Lauvås, 2004).

Brukermedvirkning er ikke noe som går av seg selv. Det er som andre arbeids- og utviklingsoppgaver. Det kreves at man vil noe, vet hva man vil og gjør en innsats for å komme dit (Andreassen, 2005).

5.4 Metodediskusjon

Litteraturgjennomgangen viste at det var få studier som omhandlet brukermedvirkning innenfor helsestasjonsvirksomheten. Utforskende design ble derfor valgt for å imøtekomme studiens overordnede hensikt. Et av kravene til forskning er at den bør bidra til å utvikle ny kunnskap for å fylle kravet om relevans (Kvale, 2004). Etter å ha søkt og besvare problemstillingen på bakgrunn av empiri, teoretisk forståelse og tidligere forskning, ser det ut til at studien støtter opp under tidligere kunnskap på noen områder, men også bringer ny kunnskap inn i feltet. Denne undersøkelsen er en studentoppgave og betegnes ikke som forskning, men det antas at studien kan bringe ny innsikt i hvordan brukermedvirkning kan forstås og praktiseres i helsestasjonsvirksomheten.

Teorivalget sees som hensiktsmessig for å belyse problemstillingen, men har også ført til refleksjon. Informantene hadde sterkt fokus på relasjonen mellom bruker og helsesøster. Dialogen ble betegnet som en egnet metode for brukermedvirkning. Habermas kommunikative handlingsteori kunne vært et alternativt teorivalg for å belyse problemstillingen. Sykepleiemodeller med fokus på relasjon mellom sykepleier og pasient, såkalte interaksjonsmodeller, kunne også vært et relevant teorivalg.

Utvalgets relevans er diskutert i kapitlet om utvalg og utvalgskriterier. Det ble tilstrebet å få et utvalg med informanter med ulik erfaring fra helsestasjonsvirksomheten. Endringer i tjenesten ble godt beskrevet av de med lang erfaring, mens de som hadde tatt helsesøsterutdanning i løpet av de siste årene, hadde nyttige betraktninger rundt det teoretiske grunnlaget for brukermedvirkning. Informanter fra by- og landkommuner hadde ulike betraktninger knyttet til befolkningssammensetning. Det gav et nyttig perspektiv på at brukermedvirkning både må tilpasses både den enkelte bruker, men også andre forhold som for eksempel etnisk bakgrunn. En annen tilnærming til problemstillingen kunne vært å spørre brukerne, eventuelt ved å benytte spørreskjema. Jeg fant ingen gode instrumenter for å kartlegge brukermedvirkning hos brukerne. En av årsakene til at helsesøstre og ledere ble

valgt som informanter var at data fra brukerne ikke ville fanget opp de faglige vurderingene som ligger til grunn for brukervedvirkning.

Jeg vil trekke fram noen nyttige erfaringer i arbeidet med oppgaven. I undersøkelsen ble det utformet to intervjuguides, en til hvert utvalg. Hver av dem ble utprøvd på forhånd. Det viste seg å være nyttig både i forhold til systematisering av temaer i intervjuguidene og ved formulering av spørsmål, noe som førte til at det var behov for få justeringer underveis. Materialet er delt i informasjon fra to utvalg. En slik datatriangulering har gitt studien en større detaljrikdom, men kan ha gått noe på bekostning av en ryddig og oversiktlig presentasjon. Ved at data er samlet fra to utvalg, er brukervedvirkning belyst både på individnivå og på systemnivå. Det har antakelig gitt en bedre forståelse av brukervedvirkning som et sammensatt begrep.

Det viktigste instrumentet ved kvalitative studier er forskeren selv (Fagermoen, 2005). Min bakgrunn som helsesøster og leder kan ha vært en styrke i forhold til å kjenne praksisfeltet, men det kan også ha vært en fare for å identifisere seg med informantene og dermed ikke få stor nok distanse til materialet. Jeg forsøkte å unngå å stille ledende spørsmål, eller være forutinntatt i forhold til de svarene som ble gitt. Det ble tilstrebet å ha en lyttende og åpen holdning for å se nye perspektiv ved problemstillingen. I den kvalitative forskningsprosessen utvikles kunnskap i samarbeid mellom informant og intervjuer. Egen forforståelse kan ha vært en styrke for å være mottakelig for innholdet i informantens erfaringer (Blystad, 2005). Det kunne vært en styrke for undersøkelsen om en annen analyserte materialet. Det har ikke vært mulig innenfor rammen av en hovedoppgave. Veilederens bemerkninger i analysefasen har vært svært nyttige for å få tilstrekkelig distanse til materialet. Da dette er en studentoppgave, kan veilederen sies å ha hatt en peer-debriefing funksjon (Fagermoen, 2005). Egen forforståelse kan ha blitt for styrende og medført en fare for å reproducere egne ideer framfor å produsere ny kunnskap. For å motvirke dette er analysen gjennomført uten forhåndbestemte kategorier. Andre analysestrategier kunne gitt andre tolkninger av materialet. Prinsippene for analyseprosessen er gjennomgått av en høyskolelærer med hovedfagskompetanse som arbeider ved en sykepleierhøyskole. Dette for å se om analysen og funnene var framstilt på en logisk og forståelig måte.

6. Konklusjon

Dette kapitlet gir en oppsummering og vurdering av studien og avsluttes med anbefalinger for videre arbeid. Brukermedvirkning er beskrevet med bakgrunn i teoretisk perspektiv, gjennomgått forskning og empiri. De sentrale funnene sammenfattes og sees i lys av undersøkelsens forskningsspørsmål.

Hensikten har vært å undersøke hvordan helsesøstre og ledere i helsestasjonsvirksomheten beskriver og legger til rette for brukermedvirkning. Undersøkelsen viser hvordan helsesøstre legger til rette for at brukerne skal få innflytelse på sitt hjelpetilbud og de prosessene som foregår i den individuelle hjelperelasjonen. Den viser også hvordan ledere i helsestasjonsvirksomheten organiserer medvirkningsprosesser med sikte på at hjelpetilbudet skal bli mer brukerorientert.

Undersøkelsen har hatt helsefremmende arbeid som sykepleiefaglig ramme. Empowerment har vært et sentralt begrep. Et pedagogisk perspektiv og et maktperspektiv er valgt for å belyse at brukermedvirkning både innebærer en ressursorientering og en intensjon om en utjevning av makt mellom brukere og fagutøvere.

Funnene viser at helsesøstrene i hovedsak forholder seg til brukermedvirkning på individ og gruppenivå, mens brukermedvirkning på systemnivå betraktes av helsesøstrene som en lederoppgave. Prinsippet om økt brukermedvirkning er vel kjent for de fleste informantene. Helsesøstrene har en diffus forståelse av brukermedvirkning. Det kan skyldes at det gis få føringer for praksis fra sentrale myndigheter. Intensjonene om økt brukermedvirkning fører til nye utfordringer i tjenesten. Det beskrives av helsesøstrene som vanskelig å finne en balanse mellom ”ekspertrolle” og ”veilederrolle”, og en balanse mellom erfaringsbasert kunnskap og vitenskapelig basert kunnskap. Brukernes rett til selvbestemmelse kommer av og til i konflikt med helsesøstres kontrollfunksjon og representerer en situasjon der det er lite rom for brukermedvirkning. Dialog betegnes av helsesøstrene i denne studien som en egnet arbeidsmåte for å fremme brukermedvirkning, men de legger også vekt på at det er av større betydning å etablere gode relasjoner til brukerne, enn å velge bestemte metoder.

Lederne legger vekt på at brukermedvirkning innarbeides i kommunalt planarbeid. Deres tilrettelegging av brukermedvirkning retter seg også mot tverrfaglig samarbeid og mot kompetanseutvikling i personalgruppen.

Et viktig element i forståelsen av brukermedvirkning er at brukerne har innflytelse. På tross av at brukermedvirkning betegnes som viktig av både helsesøstre og ledere, er det lite som tyder på at brukerne har særlig innflytelse på utforming av tjenestetilbudet. Funnene viser at brukernes innflytelse stort sett begrenses til innflytelse på valg av tema i konsultasjoner. I helsestasjonsvirksomheten ser det derfor ut til å være liten grad av brukermedvirkning, og den er begrenset til få former for medvirkning.

6.1 Anbefalinger for videre arbeid

Arbeidet med studien har vært en lærerik prosess. Teoretisk fordypning og analyse av empiriske funn har gitt innsikt, men reiser også nye spørsmål. Med utgangspunkt i disse skisseres anbefalinger for videre arbeid.

Det er klare føringer fra sentrale myndigheter om at brukermedvirkning skal styrkes i helsestasjonsvirksomheten. Det er lite forskning som viser hvordan intensjonen kan og bør omsettes i praksis. Prinsippet om økt brukermedvirkning henter sin logikk fra ulike ideologier, og disse er til dels motstridende (Ørstavik, 2005). Klargjøring av begrunnelsene og premissene for brukermedvirkning er derfor nødvendig. Det gjelder statlige føringer for tjenesten, men omfatter også utdanningsinstitusjoner og ledelse av tjenesten.

Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i fagutøvernes perspektiv på brukermedvirkning. Det er lite som tyder på at brukerne er kjent med at det forventes at de skal ha en aktiv rolle i møte med helsestasjonen. Forskning som omfatter brukernes møte med helsestasjonen har i stor grad målt om brukerne er tilfreds med tjenestetilbudet, mens det er få studier som vektlegger premissene for brukermedvirkning. Det er usikkert om brukerne ønsker å medvirke i større grad enn før, og hvilke former for brukermedvirkning de eventuelt ønsker. Det er derfor behov for forskning på dette området.

Det er ulike brukergrupper som benytter helsestasjonstilbudet. En kan derfor anta at ønsket om brukermedvirkning er forskjellig i de ulike brukergruppene. Barn og ungdoms behov vil

være forskjellig fra foreldres. Mødre og fedre benytter helsestasjonstilbudet på ulike måter. Funnene viser at foreldre med minoritetsbakgrunn har andre behov enn etnisk norske familier. Det kan derfor antas at brukermedvirkning bør utformes på forskjellige måter i forhold til ulike brukergrupper. Det er gjort noen få studier på dette området, men flere er nødvendig (Viken, 1995).

Funnene viser at brukere i økende grad benytter datakommunikasjon som middel for å tilegne seg ny kunnskap. Den teknologiske utviklingen går raskt. Det antas at en mer brukerorientert helsestasjon med økt brukermedvirkning som mål, i større grad må ta i bruk mulighetene som ligger i utviklingen av data- og telekommunikasjon. Det er derfor behov for kunnskap om brukermedvirkning gjennom databaserte informasjonskilder. Utvikling av verktøy, metoder og rutiner i forbindelse med dette er både spennende og nødvendig.

Kildeliste

- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 13. Doktoravhandling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Andrews, T. (2002). *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Doktoravhandling. Bergen: HEMIL senteret/ Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen.
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6 (1), 30-42.
- Andrews, T. (2006). Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 9 (1), 14-25.
- Appelton, J. (1996). Working with vulnerable families: a health visiting perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (5), 912-918.
- Barne- og familiedepartementet. (2005). *FNs barnekonvensjon – fra visjon til kommunal virkelighet*. Oslo: Norsk senter for menneskerettigheter. Universitetet i Oslo.
- Benson, A. og Latter, S. (1998). Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 100-107.
- Berthiniussen, I. S. (2004). *Helsesøsters komplekse hverdag: En studie av åtte helsesøstre tre år etter avsluttet helsesøsterutdanning*. Bodø: Institutt for sykepleie og helsefag. Høgskolen i Bodø.
- Bild, H. (1995). *Småbarnsforeldrenes synspunkter på helsestasjonen*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Blystad, A. (2005). Noen tanker om positivisme i kvalitativ forskning. I: C. Foss og B. Ellefsen (red.). *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter*. (s. 75-91). Oslo: Universitetsforlaget.
- Branstad, A. (2003). Fra monolog til dialog. Fra én maktform til en annen? I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 162-173). Bergen: Fagbokforlaget.
- Chalmers, K.I. og Luker, K.A. (1991). The development of the Health Visitor – Client Relationship, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5 (1), 33-41.
- Carr, S. M. (2005). Refocusing health visiting – sharpening the vision and facilitating the process. *Journal of Nursing Management*, 13, 249-256.

-
- Christoffersen, H. (1992). Borgeren og de offentlige serviceydelser. *AKF-nytt nr.5*. s 17-22. Amternes og Kommunernes Forskningsinstitutt. København: AKF forlaget.
- Danaher, G., Schirato, T. og Webb, J. (2002). *Understanding Foucault*. London: Sage Publications Ltd.
- Drugli, M.B. og Lichtwarck, W. (1998). *Foreldrearbeid – med barnet i fokus?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellefsen, B. (1995). *Når organisasjon og yrke møtes. En sammenlignende studie av sykepleiere i tre deltjenester i kommunen*. Oslo: Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Ellefsen, B. (1998). Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder? I: M. Lorensen (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. (s. 267-288). Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelstad, F. (1999). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Fagermoen, M.S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M.S. (1998). Sykepleierens grunnkompetanse. Å være, å tenke og handle. I: G. Mælsether et al. (red). *HIO- rapport. På sykepleiefagets vegne. Festtidsskrift til Ellen Askeland, Jan Fagermoen og Astrid Lønstad*. (s. 7-18). Oslo: Høyskolen i Oslo.
- Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.
- Falk-Rafael, A.R. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 24 (1), 1-16.
- Fog, J. (1996). Begrunnelsernes koreografi. Om kvalitativ ikke-statistisk representativitet. I: H. Holter og R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. (s.194-219). Oslo: Universitetsforlaget.
- Freire, P. (2002). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gastaldo, D. (1997). Is heath education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. I: A. Petersen og R. Bunton (red.). *Foucault, Health and Medicine*. (s.113-133). London New York: Routledge.
- Gastaldo, D. og Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*, 6, 231-240.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Gilbert, T. (1995). Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 865-871.

-
- Glavin, K. (1999). *Ledelse og kvalitetsutvikling i helsesøstertjenesten*. Publikasjonsserie 18/1999. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.
- Glavin, K. og Kvarme, L.G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe forlag.
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grøvdal, L.B. (2005). *Evaluering av bruken av egenjournal i helsestasjon – et empowermentprosjekt*. Master of Public Health. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Hagquist, C. og Starrin, B. (1997). Health education in schools – from information to empowerment models. *Health Promotion International*, 12 (3), 225-232.
- Hauge, H.A. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 15-34). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugland, R., Rønning, J.A. og Lenschow, K. (2006). *Evaluering av forsøk med familiesentere i Norge*. Tromsø: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, nord. Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Heian, F. (1996). *Tidlig samspill. Veileder for helsepersonell*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Helsedirektoratet. (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*.
- Helseth, S. (1999). "Hjelp i skrikende stund". *Utvikling av en modell for helsesøstertilnærming til foreldre og barn når spedbarnet har kolikk*. Doktoravhandling. Oslo: Det Samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Henneman, E.A. (1995). Nurse – physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 359-363.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I: E. Willumsen (red.). *Brukerens medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. (s. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hyrkäs, K. (2002). *Clinical Supervision and Quality Care. Examining the Effects of Team Supervision in Multi-professional Teams*. Acta Universitatis Tampereensis. Tampere: Tampere University Press.
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 9-36.
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Klepp, K.I., Aarø, L., Rimpelä, M. (1997). Ungdom, samfunn og helse. I: K.I. Klepp og L. Aarø. (red.). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (s 9-21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Knizek, B.L. (1998). Interview – design og perspektiv. I: M. Lorensen (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. (s. 33-65). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kuokkanen, L. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 235-241.
- Kvale, S. (2004). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lauvås, P. og Handal, G. (2002). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Lindholm, L. (2001). Från hälsokontroll till hälsoinseende – integrering av vårdvetenskapliga forskningsresultat inom skolhälsovården. *Vård i Norden*, 21 (4), 26-31.
- Lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7
- Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64
- Lov om helsetjenester i kommunene av 19. november 1982 nr. 66
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lundqvist, A., Nilstun, T. og Dykes, A.K. (2002). Both empowered and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth*, 29 (3), 192-199.
- Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research; standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mitcheson, J. og Cowley, S. (2003). Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 413-426.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid- i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Nord, R. (1998). Ulike typer design I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus.* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund. (1997). *Helsestasjonstjenesten. Helsesøsters ansvarsområde og arbeidsoppgaver.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk Sykepleierforbund. Landsgruppe av helsesøstre. (2005). *Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nutbeam, D. (1998 a). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13 (1), 27-44.
- Nutbeam, D. (1998 b). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-364.
- Olesen, B.R. (1999). Sundhedsplejerske og forældre – en professionel eller privat relation? *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*. 15 (1), 48-66.
- Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. *Advances in Nursing Science*, 26 (3), 227-237.
- Paulsen, B. (1990). ”Snakk med de på helsestasjonen...” En analyse av bruk av helsesøstertjenesten. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning/Kommuneforlaget.
- Rundskriv 1-47/1999. *Helsestasjon for barn og unge 0-20 år – et kraftsenter for helse og oppvekst.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Rundskriv Q-27/2006 B. *Deltakelse og innflytelse fra barn og ungdom – informasjon og veiledning for arbeidet i kommunene.* Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Ruyter, K.W., Førde, R. og Solbakk, J.H. (2000). *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røhme, K., Hatling, T. og Lidal, E. (2006). Individuell plan – ambisiøse mål, men svake virkemidler? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 9 (3), 148-158.
- Rønning, R. og Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandmo, E. (1999). Michel Foucault som maktteoretiker. I: F. Engelstad (red.). *Om makt. Teori og kritikk.* (s 79-96). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Shanning, E. (2002). Michel Foucault. I: T. B. Eriksen (red.). *Vestens store tenkere. Fra Platon til våre dager* (s. 404-413). Oslo: Aschehoug.
- Sigstad, H.M.H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124 (1), 63-64.

-
- Skelton, R. (1994). Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 415- 423.
- Smith, M. A. (2004). Health visiting: the public health role. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 17-25.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Om: Kultur Kropp Kommunikasjon. Lærerveiledning.*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Hjelpere som bryr seg. En kvalitativ undersøkelse i Hamar kommune om ungdom og brukervedvirkning.* Intèra ResearchLab.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). IS 1154. *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450.*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). IS-1253. *Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan.*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). IS 1315. *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse.*
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens helsetilsyn. (1998 a). 2-98. *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*
- Statens helsetilsyn. (1998 b). 4-98. *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*
- Statens helsetilsyn. (1998 c). 5-98. *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år.*
- Statens helsetilsyn. (2000). 1-2000. IK-2702. *Du bestemmer.*
- Stortingsmelding nr. 37. (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.* Oslo: Sosialdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 21. (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.* Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr.16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.* Oslo: Helsedepartementet.
- Syse, A. (2001). *Pasientrettighetsloven - med kommentarer.* Oslo: Gyldendals Akademisk.
- Stålsett, U.E., Sandal, R. og Tveten, W. (1994). *Veiledningsmetodikk. Om skoleutvikling i praksis.* Oslo: Tano.
- Sørensen, M. og Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121 (6), 720-724.

-
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G. og Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122 (24), 2379-2383.
- Tranøy, K.E. (1994). *Medisinsk Etikk I vår tid*. Søreidgrend: Sigma Forlag.
- Tveiten, S. (1998). *Veiledning – mer enn ord...* Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2002). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses in Norway. *Journal of Nursing Management*, 13, 13-21.
- Tveiten, S. og Severinsson, E. (2004). Client supervision: Meaning and experiences from the perspective of Norwegian public health nurses. *Nursing & Health Sciences*, 6 (4), 279-286.
- Tveiten, S., Ellefsen, B. og Severinsson, E. (2005). Conducting client supervision in community health care. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 68-76.
- Twinn, S.F. (1991). Conflicting paradigms of health visiting: a continuing debate for professional practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 966-973.
- Ulvestad, J. (2003). Folkeopplysning som dialog – utopi eller mulighet? I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 110-122). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlaget.
- Viken, B. (1995). *Helsesøstre i "et fargerikt fellesskap". En studie av helsesøstre og innvandrersfamilier på helsestasjonen*. Hovedfagsoppgave. Bergen: Institutt for sosialantropologi. Universitetet i Bergen.
- Viken, B. (1998). På mine eller dine premisser? *Sykepleien*, 86 (4), 54-58.
- Waade, N. R. (2004). Individuelle planer. I: S. Haugland og N. Misvær (red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten 1 – 10. klasse*. (s. 110-116). Oslo: Kommuneforlaget.
- WHO. (1998). *Health 21 – The introduction to the Health for All Policy for the WHO European Region*.
- Wæhrens, A.H. (2004). *Internet-basert informasjon og kommunikasjon mellom forældre og helsestasjon/helsesøster*. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Ørstavik, S. (1996). *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. Inas notat 1996:8. Oslo: Institutt for sosialforskning.
- Ørstavik, S. (2005). Det tvetydige brukerperspektivet. Hjelperollen må endres for at brukerrollen skal få virkning. *Sykepleien* 93 (1), 43.

Meldeskjemaⁱ

Vedlegg 1

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombudet for forskning
Hans Holmboes gate 22
5007 BERGEN

personvernombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

1. BEHANDLINGSANSVARLIGⁱⁱ			
Institusjon: Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Seksjon for sykepleievitenskap.		Dato for innsending: 02.07.05	
Adresse: Postboks 1153 Blindern		Postnr.: N-0318	Poststed: Oslo
2. DAGLIG ANSVARⁱⁱⁱ			
Navn (formavn - etternavn): Bodil Ellefsen			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap		Stilling/grad: Professor	
Adresse – arbeidssted: Postboks 1153 Blindern		Postnr.: N-0318	Poststed: Oslo
Telefon: 22 85 05 60	Telefaks:	Mobil:	E-postadresse: bodil.ellefsen@medisin.uio.no
3. VED STUDENTPROSJEKT^{iv}			
Navn (formavn - etternavn) på studenten: Toril Larsen			
Stuedsted (avdeling/seksjon/institutt/institusjon): Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap		Grad: Hovedfagsstudent	
Adresse – privat: Dovresvingen 23 B		Postnr.: 1184	Poststed: Oslo
Telefon: 23 03 09 64	Telefaks:	Mobil: 91 86 39 44	E-postadresse: torillarsen@c2i.net
4. PROSJEKTITTEL			
Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten?			
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
Det antas kravet om økt brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten medfører endringer i organisering og ledelse av tjenesten. Det antas også at det fører til behov for endring i valg av metoder og strategier for fagutøvelse. I studien undersøkes hvordan tjenesteleder og helsesøster legger til rette for brukermedvirkning samt helsesøsters valg av strategier og metoder for fagutøvelse.			
6. PROSJEKTPERIODE			
Planlagt start for datainnsamlingen (ddmmåååå): 01.09.05 Planlagt prosjektslutt (ddmmåååå): 01.12.06			

7. UTVALGSBESKRIVELSE ^v					
<i>Dersom flere utvalg inngår i undersøkelsen, gi en beskrivelse av hvert utvalg for seg.</i>					
<p><i>Beskrivelse</i> Gi en kort beskrivelse av utvalget.</p> <p><i>Rekruttering og trekking</i> Oppgi hvor utvalget rekrutteres eller trekkes fra og hvem som foretar rekrutteringen eller trekkingen.</p> <p><i>Førstegangskontakt</i> Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.</p>	<p>Det inngår to ulike utvalg i undersøkelsen.</p> <p>Utvalg 1: Ledere for helsestasjonsvirksomheten i tre ulike kommuner/bydeler. Til sammen tre informanter.</p> <p>Utvalg 2: Helsesøstre som arbeider i helsestasjonsvirksomheten i de samme kommunene/bydelene. Til sammen rundt 9 informanter.</p> <p>Utvalget rekrutteres fra kommuner/bydeler på Østlandet og veiges av studenten.</p> <p>Førstegangskontakt med utvalg 1: Opprettes ved at studenten kontakter aktuelle informanter gjennom telefon. Telefonen etterfølges av informasjonsbrev. Tillatelse til gjennomføring innhentes via kommunen/bydelens administrasjon.</p> <p>Førstegangskontakt med utvalg 2: Opprettes gjennom leder for virksomheten hvor respondenten er ansatt.</p>				
<p>Inngår det personer under 18 år eller andre umyndige i utvalget?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei</p>				
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE <i>Vennligst se sjekkliste i veiledning.</i> ^{vi}					
<p><i>Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis.</i></p> <p><i>Dersom informasjonen gis skriftlig, legg ved informasjonsskriv (eventuelt utkast).</i></p> <p><i>Dersom det gis muntlig informasjon, beskriv hva det informeres om.</i></p>	<p>Informasjon blir gitt skriftlig i form av brev.</p>				
<p><i>Innhentes det samtykke fra den registrerte?</i>^{vii}</p>	<table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><i>Legg ved eventuell samtykkeerklæring</i></p> </td> <td> <p>Hvordan innhentes samtykke fra den registrerte?</p> <p>Skriftlig</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> </td> <td> <p>Beskriv hvorfor samtykke ikke kan innhentes.^{viii}</p> <p>Gi en redegjørelse for hvorfor det er nødvendig å gjennomføre prosjektet.</p> </td> </tr> </table>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><i>Legg ved eventuell samtykkeerklæring</i></p>	<p>Hvordan innhentes samtykke fra den registrerte?</p> <p>Skriftlig</p>	<p><input type="checkbox"/> Nei</p>	<p>Beskriv hvorfor samtykke ikke kan innhentes.^{viii}</p> <p>Gi en redegjørelse for hvorfor det er nødvendig å gjennomføre prosjektet.</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><i>Legg ved eventuell samtykkeerklæring</i></p>	<p>Hvordan innhentes samtykke fra den registrerte?</p> <p>Skriftlig</p>				
<p><input type="checkbox"/> Nei</p>	<p>Beskriv hvorfor samtykke ikke kan innhentes.^{viii}</p> <p>Gi en redegjørelse for hvorfor det er nødvendig å gjennomføre prosjektet.</p>				
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER ^x					
<i>Dersom flere utvalg inngår i undersøkelsen, gi en beskrivelse av metodebruk for hvert enkelt utvalg</i>					

Gi en kort beskrivelse av alle metoder og datakilder som brukes i datainnsamlingen.	Intervju benyttes som metode i begge utvalg. Intervjuene blir registrert ved analogt lydopptak og deretter skrevet over på papir.	
10. DATAMATERIALETS INNHOLD		
Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringsskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.	Utvalg 1: Opplysninger som belyser hvordan leder av helsestasjonsvirksomheten legger til rette for brukermidvirkning ved organisering av tjenesten. Utvalg 2: Opplysninger som belyser hvordan helsesøster mener hun kan være en støttespiller for barn og foreldre slik at det fører til økt brukermidvirkning og hvilke strategier og metoder i fagutøvelsen hun velger for dette.	
Behandles det sensitive personopplysninger? ^x	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei	Eventuelle merknader:
Behandles det opplysninger om tredjeperson? ^{xi}	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei	Eventuelle merknader:
11. INFORMASJONSSIKKERHET ^{xii}		
Merk av identifikasjonsopplysninger	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserbare opplysninger ^{xiii} <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserbare opplysninger ^{xiv}	Oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Oppgi hvilke: Yrke, alder, tid i helsesøsterstilling
Dersom datamaterialet behandles elektronisk, oppgi hvordan direkte personidentifiserbare opplysninger (navn, 11-sifret fødselsnummer) registreres. ^{xv}	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserbare opplysninger (spesifiser hvilke ovenfor) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskill fra det øvrige datamaterialet. <input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserbare opplysninger registreres sammen med det øvrige materialet. Begrunnelse: <input type="checkbox"/> Annet:	
Hvordan skal datamaterialet registreres, oppbevares og bearbejdes? Sett gjerne flere kryss.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isolert pc <input type="checkbox"/> Pc i nettverkssystem <input type="checkbox"/> Pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Digitalt lyd/bildeopptak <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Analogt lyd/bildeopptak <input type="checkbox"/> Manuelt kartotek <input type="checkbox"/> Annet:	
Vil personopplysningene bli utlevert til andre?	<input type="checkbox"/> Ja Til hvem? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei	
Sikkerhetstiltak	Utføres behandlingen i henhold til sikkerhetsbestemmelsene i personopplysningsforskriften? ^{xvi} <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er risikovurdering foretatt? ^{xvii} <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Overføres personopplysningene i eksternt datanett (f.eks. Internett)? ^{xviii} <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei	

12. LAGRING ETTER PROSJEKTLUTT ^{xxx}	
Hvordan skal datamaterialet oppbevares etter prosjektavslutning?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Begrunnelse:
	Hvor skal datamaterialet lagres? ^{xx} Datamaterialet slettes etter at hovedoppgaven er avsluttet. I prosjektperioden oppbevares lydopptak i safe hvor kun studenten har tilgang.
13. SPESIELLE TILLATELSER ^{xxi}	
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tillatelse fra:
Er prosjektet fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilrådning.
14. FINANSIERING	
Dersom prosjektet mottar finansiering, før opp den/de institusjoner som finansierer prosjektet (Forskningsrådet/område, departement, organisasjon e.l.).	
15. TILLEGGSOPPLYSNINGER	
16. ANTALL VEDLEGG	
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	Ingen. Vedlegg sendes hvis undersøkelsen vurderes meldepliktig.



Vedlegg 2

Bodil Ellefsen
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 12.07.2005 Vår ref:200501149 LT /RH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2005. Meldingen gjelder prosjekt:

13011	<i>Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bodil Ellefsen</i>
Student	<i>Toril Larsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

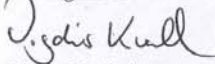
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlagte prosjektvurdering. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

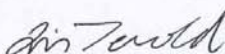
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,
<http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2006, rette en henvendelse angående status for behandling av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55583377

Kopi: Toril Larsen
Dovresvingen 23B
1184 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Prosjektvurdering

Daglig ansvarlig /veileder

Bodil Ellefsen
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Student

Toril Larsen
Dovresvingen 23B
1184 OSLO

13011 Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan tjenesteleder og helsesøster legger til rette for brukermedvirkning, samt helsesøsters valg av strategier og metoder for fagutøvelse.

Det inngår to ulike utvalg i undersøkelsen. Utvalg 1 omfatter ledere for helsestasjonsvirksomheten i tre ulike kommuner/bydeler, til sammen tre informanter. Utvalg 2 omfatter helsesøstre som arbeider i helsestasjonsvirksomheten i de samme kommunene/bydelene, til sammen rundt 9 informanter.

Utvalget rekrutteres fra kommuner/bydeler på Østlandet. Prosjektleder trekker utvalget. Førstegangskontakten med utvalg 1 opprettes ved at prosjektleder kontakter aktuelle informanter gjennom telefon. Telefonen etterfølges av informasjonsbrev. Tillatelse til gjennomføring innhentes via kommunen/bydelens administrasjon. Førstegangskontakten med utvalg 2 opprettes gjennom leder for virksomheten hvor respondenten er ansatt.

Opplysningene samles inn gjennom intervju.

Fra utvalg 1 innhentes det opplysninger som belyser hvordan leder av helsestasjonsvirksomheten legger til rette for brukermedvirkning ved organisering av tjenesten. Fra utvalg 2 innhentes det opplysninger som belyser hvordan helsesøster mener hun kan være en støttespiller for barn og foreldre slik at det fører til økt brukermedvirkning og hvilke strategier og metoder i fagutøvelsen hun velger for dette.

Innsamlede opplysninger registreres på isolert pc og analogt lydbånd.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.12.2006. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og evt. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger.

KOMMENTAR

Prosjektleder har ikke vedlagt kopi av informasjonsskriv og intervjuguide. Ombudet forutsetter derfor at informasjonsskrivet i hovedtrekk inneholder de punkter som er angitt i vedlegget til meldeskjemaet. Til orientering vises også til våre nettsider hvor det er mal for informasjonsskriv.

Ombudet forutsetter at endelig skriv samt intervjuguide ettersendes før det tas kontakt med utvalget.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg 3

Oslo 25. september 2005

Til ...

Søknad om å gjennomføre undersøkelse

Jeg ber med dette om tillatelse til å foreta datainnsamling i forbindelse med min oppgave som hovedfagsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo.

I de senere årene har det vært et økende fokus på brukermedvirkning i helsetjenesten. Retten til brukermedvirkning er befestet i lover og kommer til syne i offentlige utredninger og handlingsplaner, men det er få føringer for hvordan det skal legges til rette i praksis. Grader og former for medvirkning varierer innenfor ulike praksisfelt og studien har til hensikt å undersøke hvordan det legges til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten. I undersøkelsen belyses lederens perspektiv på brukermedvirkning, samt helsesøsters valg av strategier og metoder for å fremme brukermedvirkning i møte med barn og foreldre.

Tittel på oppgaven er:

Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten?

Informanter i undersøkelsen vil være leder og helsesøstre ved helsestasjon i ulike kommuner. Jeg har vært i kontakt med leder for helsestasjon med forespørsel om deltakelse i studien. Hvis det gis tillatelse til datainnsamling vil kontakt med helsesøstre opprettes gjennom leder for tjenesten. Datainnsamling vil foregå ved intervju.

Informantene mottar et informasjonsskriv om undersøkelsen og deltakelse reguleres gjennom skriftlig informert samtykke.

Veileder for oppgaven er professor Bodil Ellefsen ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo, telefon 22 85 05 60.

Jeg kan kontaktes på telefon 91 86 39 44 eller e.mail torillarsen@c2i.net .

Vennlig hilsen

Toril Larsen

Toril Larsen

Vedlegg 4

Toril Larsen
Dovresvingen 23 B
1184 Oslo

Bekreftelse

Det bekreftes herved at Toril Larsen har tillatelse til å intervju helsesøstre i forbindelse med sin oppgave.

Ledende helsesøster

Vedlegg 5

Toril Larsen
Dovresvingen 23 b
1184 Oslo

20. oktober 2005

**Verdrørende søknad om å foreta intervju i forbindelse med hovedoppgave ved
Universitetet i Oslo**

Det vises til din søknad av 06.10.05 vedrørende intervju av leder og helsøster ved
helsestasjon i forbindelse med hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
ved Universitetet i Oslo.

Du gis tillatelse til å gjennomføre intervjuer som angitt i din søknad.

Ønsker deg lykke til med arbeidet!

Med vennlig hilsen

Enhetsleder/helsesjef

Toril Larsen

Vedlegg 6

Fra: "Toril Larsen" <toril.larsen@bos.oslo.kommune.no>
Til: <torillarsen@c2i.net>
Sendt: 25. oktober 2005 11:36
Emne: Vs: Ang. intervju

----Opprinnelig melding----

Fra:
Dato: 25/10/2005 11:17
Til:
Emne: Ang. intervju

3 helsesøstre har sagt seg villig til å bli intervjuet:

Passer best onsdag 16/11 etter kl.12.

Mvh

Enhetsleder for forebyggende helsetjenester



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg 7

Oslo 25. september 2005

Leder for helsestasjon
Helsesøster ved helsestasjon

Informasjon om undersøkelse

I forbindelse med min hovedfagsoppgave som student ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo skal jeg gjennomføre en undersøkelse.

Tittel på undersøkelsen er:
Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten?

Veileder for oppgaven er professor Bodil Ellefsen,
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Pb 1120 Blindern, 0317 Oslo.

Formål med undersøkelsen

I de senere årene har det vært et økende fokus på brukermedvirkning i helsetjenesten. Brukermedvirkning innebærer at enkeltpersoner medvirker i beslutningsprosesser som angår deres egen livssituasjon og begrunnes i demokratiske verdier, økonomiske gevinster og ønske om aktive brukere. Medvirkning skal også gi folk anledning til å påvirke utformingen av offentlige tjenester for å få et bedre tilpasset tilbud og bedre kvalitet på tjenesten.

De fleste ser brukermedvirkning som et gode, men det betyr ikke at gjennomføring er lett. Retten til brukermedvirkning er befestet i lover og kommer til syne i offentlige utredninger og handlingsplaner, men det er få føringer for hvordan det skal legges til rette i praksis. Grader og former for medvirkning varierer innenfor ulike praksisfelt og studien har til hensikt å undersøke hvordan det legges til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten.

Gjennomføring av undersøkelsen

Informanter i undersøkelsen er leder og helsesøstre ved helsestasjon i ulike kommuner. Datainnsamling vil foregå ved intervju som varer omtrent en time. Alt datamateriale oppbevares konfidensielt og vil bli makulert etter at undersøkelsen er avsluttet. Deltakelse er frivillig og reguleres gjennom skriftlig informert samtykke. Samtykke til deltakelse kan trekkes tilbake når som helst uten begrunnelse. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

For eventuelle spørsmål kan jeg kontaktes på telefon 91 86 39 44,
eller e.mail toril.larsen@c2i.net.

Med vennlig hilsen

Toril Larsen

Toril Larsen
Helsesøster/hovedfagstudent

Vedlegg 8

Samtykke til deltakelse i undersøkelse

"Hvordan legges det til rette for brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten?"

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelse i forbindelse med Toril Larsens hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Informasjonen inneholder beskrivelse av oppgavens hensikt og hvordan den skal gjennomføres.

Jeg er informert om at deltakelse er frivillig og at samtykke til deltakelse kan trekkes tilbake når som helst uten begrunnelse.

Jeg er gjort kjent med at opplysningene som gis under intervju vil bli behandlet konfidensielt, og at båndopptak og avskrift vil bli slettet etter oppgavens avslutning.

Dato:

.....
Informant

.....
Hovedfagsstudent

Dette dokumentet er utarbeidet i to eksemplarer og det ene gis til informanten.

Vedlegg 9

Intervjuguide for ledere av helsestasjonsvirksomheten

Innledningsspørsmål:

- 1) Hvordan er helsestasjon plassert i kommunens organisasjon f.eks helseavdeling, oppvekstavdeling?
- 2) Antall innbyggere i kommunen, by/landkommune?
- 3) Fagbakgrunn: helsesøster, annen helseutdannelse eller bakgrunn fra andre profesjoner?
- 4) Hvor lenge har du vært leder for helsestasjonsvirksomheten?

Område 1: Brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten

- 1) Kan du si noe om hva du forstår med brukermedvirkning?
- 2) Kan du trekke fram noen aktiviteter eller tjenestetilbud i egen virksomhet som du synes er gode eksempler på brukermedvirkning?
- 3) Har du noen tanker om betydningen av brukermedvirkning for brukerne av helsestasjonen?
- 4) Deltar brukere i utformingen av noen tjenestetilbud?
- 5) Har du noen betenkeligheter i forhold til prinsippet om økt brukermedvirkning?

Område 2: Tilrettelegging for brukermedvirkning i organisasjonen

- 1) Har du noen tanker om hvordan lederen kan legge til rette for brukermedvirkning?
- 2) Er det behov for endring i helsesøsters kompetanse som følge av økt brukermedvirkning, og hvordan legges det eventuelt til rette for dette?

Intervjuguide for helsesøstre i helsestasjonsvirksomheten

Innledningsspørsmål:

- 1) Hvor lenge har du arbeidet som helsesøster?
- 2) Når gjennomførte du helsesøsterutdanning?
- 3) Arbeidsområde (helsestasjon, skolehelsetjeneste, annet)?
- 4) By/landkommune?

Område 1: Brukermedvirkning i helsestasjonsvirksomheten

- 1) Kan du si noe om hva du forstår med brukermedvirkning?
- 2) Kan du trekke fram noen aktiviteter eller tjenestetilbud på eget arbeidssted som du synes er gode eksempler på brukermedvirkning?
- 3) Har du noen tanker om betydningen av brukermedvirkning for brukerne av helsestasjonsvirksomheten?

Område 2: Helsesøsters valg av strategier og arbeidsmetoder for å fremme brukermedvirkning.

- 1) Hvordan arbeider du med barn og foreldre slik at de i økende grad deltar i beslutninger som angår egen helse?
- 2) Deltar brukerne i utformingen av noen av de tjenestetilbudene du er ansvarlig for?
- 3) Møter du hindringer som gjør medvirkning vanskelig?
- 4) Har du noen betenkeligheter i forhold til prinsippet om økt brukermedvirkning?

Område 3: Tilrettelegging for brukermedvirkning i organisasjonen

- 1) Har du noen tanker om hvilken kompetanse du trenger for å fremme brukermedvirkning?
- 2) Er det forhold ved organisasjonen du arbeider i som må ligge til rette for at å imøtekomme kravet om økt brukermedvirkning?