

Mastergradsoppgave i verdibasert ledelse

MAVERD-599

## **Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten.**

Hvordan forstår og praktiserer ledende helsesøstre  
brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten?

Mona Lauritsen

2.mai 2013

Veileder: Olav Helge Angell

Antall ord i kappen: 10102

Antall ord i artikkelen: 3120

## **Førord**

Endelig i mål! Det har vært en lang og spennende prosess fra start til slutt. Selv om det har vært tidkrevende og til tider frustrerende, har det vært en lærerik prosess. Det har vært utfordrende på en positiv måte, og det beste av alt er følelsen av mestring når jeg kan levere en ferdig oppgave.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter. Dere var alle positive til å delta i studien og gav av deres tid i en ellers hektisk hverdag. Tusen takk for alle deres bidrag!

Tusen takk til min veileder, professor Olav Helge Angell ved Diakonhjemmet høgskole, som har holdt ut med meg. Du hadde hele veien tro på at jeg skulle komme mål med denne oppgaven. Tusen takk til mine arbeidskollegaer som har vært så forståelsesfulle og mine venninner som har heiet fra sidelinjen. Og tusen takk til alle mine medstudenter som har spredd rundt seg med positivitet og gode ord, dere er supre og jeg ønsker dere alle lykke til videre.

En siste men største takk vil jeg gi til min familie. Og spesielt min kjære mamma, uten deg hadde ikke det vært praktisk umulig for meg å gjennomføre dette studiet. Du har stilt opp med på alle mulige måter for å hjelpe meg gjennom dette, alt fra utallige timer barnevakt, klesvask og matlaging. Jeg kan ikke engang beskrive hvor takknemlig jeg er for all hjelp som har gjort livet litt enklere i denne perioden. Du har alltid trodd på meg og støttet meg når motet har sviktet. Takk til Hanne Sørøy og Marianne H. Jakobsen for språkvask! Og sist men ikke minst, min kjære sønn Mathias, takk for at du har vært så snill og tålmodig med mamma. Du er helt fantastisk!

Til sist vil jeg sitere Søren Kierkegaard, som med sine velvalgte ord gir en god og passende start på denne masteroppgaven

«Vi kan først hjelpe etter at vi har satt oss inn i den annens sted»

Mona Lauritsen

Sortland, 29.april 2013

# Innhold

Forord .....	i
Sammendrag .....	3
1. Innledning .....	4
1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven .....	4
1.2 Problemstilling og avgrensninger .....	5
1.3 Oppbygging av oppgaven .....	6
2. Teoretisk perspektiv på brukervedvirkning .....	7
2.1 Hva er brukervedvirkning? .....	7
2.2 Grader og nivåer av brukervedvirkning .....	8
2.2.1 Brukervedvirkning på tre nivå .....	8
2.2.2 Arnsteins stige .....	9
2.3 Brukervedvirkning som lovfestet rett i helsesøstertjenesten .....	9
2.4 Helsesøsterutdanningen om brukervedvirkning .....	11
2.4.1 Empowerment .....	12
2.4.2 Brukerundersøkelser i helsestasjonstjenesten .....	12
3. Forskning på brukervedvirkning .....	14
3.1 Fra ekspert til samarbeidspartner? .....	14
3.2 Tvedydige ideologier og motstridende krav .....	15
3.3 En alternativ helsestasjons metoder .....	16
3.4 Kort oppsummering av forskningsstatus .....	17
4. Metode .....	18
4.1 Datainnsamlingsmetode .....	18
4.2 Utvalget .....	19
4.3 Etske betraktninger .....	20
4.4 Metoderefleksjon .....	21
5. Resultater .....	22

5.1 Ledende helsesøstres forståelse av brukervedvirkning .....	22
5.1.1 «Det handler om å undres sammen» .....	22
5.2 Praktisering av brukervedvirkning i helsestasjonstjenesten .....	23
5.2.1 «Det viktigste er brukeres behov» .....	24
5.2.2 «Vi er opptatt av tilbakemeldinger» .....	25
5.2.3 «Et tilbud som ikke møter brukeren har ingen hensikt» .....	27
5.3 Hva påvirker av utøvelsen av brukervedvirkning i helsestasjonen? .....	28
5.3.1 «Vi kan ikke vike for mye fra skjema» .....	28
5.3.2 «Hvordan få folk til å ta de rette valgene» .....	29
5.3.3 «Vi kan ikke sitte alene» .....	32
6. Oppsummering og konklusjon .....	34
7. Litteraturliste .....	36
8. Artikkel: .....	40
9. Vedlegg .....	52
9.1 Invitasjon og samtykkeskjema .....	52
9.2 Intervjuguide .....	53

## **Sammendrag**

Masteroppgaven er skrevet som artikkel. Den starter med en kappe som begrunner tema og problemstilling, kappen er utgangspunktet for artikkelen. Det teoretiske perspektivet for oppgaven tar utgangspunkt grader og nivåer av brukervedvirkning, samt de myndighetskrav som helsestasjonstjenesten må forholde seg til. Myndighetskravene innebærer både lovverk, nasjonale retningslinjer og veiledere for utførelse av tjenesten. Den kvalitative metoden som ble valgt for oppgaven utdypes i kappen, hvor det også er rom for refleksjon over metodevalg. Bakgrunn: Brukervedvirkning er et politisk mål for virksomheten i kommunale helsestasjoner. Studier påpeker at brukervedvirkning i helsestasjonstjenesten er et vagt begrep som behøver økt fokus og mer forskning. Hensikt: Hensikten med studien er å bidra til mer fokus på brukervedvirkning i helsestasjonstjenesten. Og tilføye helsesøstre mer kunnskap om et omfangsrikt begrep, slik at de på sikt kan være mer bevisst brukervedvirkning i det daglige arbeidet og utvikling av tjenesten. Metode: Studien er gjennomført ved en kvalitativ metode. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer med ledende helsesøstre ved sju helsestasjoner. Resultater: Helsesøstre har variert forståelse av brukervedvirkning. Brukervedvirkning praktiseres til dels på individnivå og systemnivå. Myndighetskrav og ulik organisering av helsestasjonene påvirker utøvelsen av brukervedvirkning. Konklusjon: Helsesøstre har gode intensjoner for brukervedvirkning, men totalt sett noe mangelfull kunnskap om begrepet. Helsestasjonstjenesten kunne med fordel utarbeidet en egen definisjon for brukervedvirkning, som kunne bidra til minske konflikten mellom myndighetskrav og brukerens rett til medvirkning.

**Nøkkelord:** Brukervedvirkning, helsestasjon, helsesøstre, kvalitativ studie

## **1. Innledning**

Helse- og omsorgsdepartementet (NOU, 2005:3) påpeker at brukermedvirkning og befolkningsdeltakelse er blitt nøkkelpinsipper i folkehelsearbeidet, og bør derfor være utgangspunkt i planlegging og utvikling ved alle nivå i folkehelsearbeidet. Målet med dette er å utvikle tjenester som er tilpasset brukernes behov og ser brukernes helhetlige situasjon. Brukermedvirkningens store betydning i den norske velferdsstaten har de siste årene hatt en kraftig gjenspeiling i lovverk og nasjonale planer. En viktig del av folkehelsearbeidet i Norge er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og denne oppgaven vil se nærmere på brukermedvirkningens betydning og rolle i helsestasjonstjenesten.

### **1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven**

Denne oppgaven begrenser seg til helsestasjonstjenesten, en tjeneste for barn fra 0-5 år hvor man fokuserer på forebyggende og helsefremmende arbeid. Helsestasjonen har tidligere hatt en kultur for kontroll av brukerne sine (Statens helsetilsyn, 1998). Det grunner nok i at helsestasjonens historie startet i en tid hvor levestandarden var langt dårligere enn i dag. I takt med økt levestandard i samfunnet har også helsesøsters arbeidsoppgaver endret seg. Det ble tidligere lagt stor vekt på infeksjonsforebyggende arbeid, men i dag legges større vekt på livsstilssykdommer. 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 også fører til en endret rolle for fagutøverne (NOU, 1998:18). Styrking av folks autonomi gjennom tro på egne ressurser og egen kompetanse brukes som middel for frigjøring fra helsevesenet.

I flere tiår har brukermedvirkning vært et politisk mål også for virksomheten i kommunale helsestasjoner, likevel er prinsippet vagt formulert i veiledere for praksis. Mye tyder på at brukermedvirkning som ideal ikke er oppfylt i helsestasjonstjenesten. Det er behov for mer kunnskap om hvordan og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres. Som helsesøster med en interesse for ledelse, organisering og utvikling av helsestasjonstjenesten finner jeg det interessant og utforske brukermedvirkningens betydning og rolle i den daglige utøvelsen av tjenesten. Jeg ønsker med denne oppgaven å øke fokus på brukermedvirkningens rolle i

helsestasjonstjenesten. Jeg ønsker en tydelig redegjørelse av brukermedvirkning som begrep i helsesøsterutdanningen, som igjen kan bidra til økt fokus på en aktiv bruk av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten. Dette prosjektet kan derfor sees som et forprosjekt til å forbedre tjenesten i henhold til brukermedvirkning og bidra til en tjeneste som er utviklet etter brukernes behov.

Oppgavens innhold vil kunne videreformidles til helsesøstre og deres utdanningsinstitusjoner. For å nå denne målgruppen på en effektiv måte har jeg valgt å skrive oppgaven som artikkel med kappe. Artikkelen er tenkt å kunne publiseres i «Tidsskriftet Sykepleien forskning» som er et vitenskapelig tidsskrift som gis ut i regi av sykepleierforbundet. Landsforeningen for helsesøstre er en undergruppe av Sykepleierforbundet og derfor følges deres retningslinjer for skriving av vitenskapelige artikler (Sykepleien, 2009). En publisering av artikkelen i Sykepleien Forskning vil kunne nå ut til en rekke helsesøstre og derfor kunne bidra til økt forståelse og bruk av begrepet brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten.

## **1.2 Problemstilling og avgrensninger**

Formålet med denne oppgaven er å få fram hvordan brukermedvirkning forstås og praktiseres i helsestasjonstjenesten. Oppgaven fokuserer på de ledende helsesøstrenes forståelse av brukermedvirkning og hvordan brukermedvirkning praktiseres i helsestasjonstjenesten. Følgende problemstilling er valgt for denne studien:

*Hvordan forstår og praktiserer ledende helsesøstre brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten?*

For å kunne gi utdypende svar på problemstillingen har jeg med utgangspunkt i problemstillingen utarbeidet følgende forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene deler problemstillingen inn i tre hovedtema.

- Hvordan forstår ledende helsesøstre brukermedvirkning?
- Hvordan praktiserer ledende helsesøstre brukermedvirkning?
- Hva påvirker utøvelsen av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten?

Med forståelse mener jeg hvordan helsesøstrene oppfatter, hva de forbinder med eller hva legger i brukermedvirkning. Praktiseringen vil si noe om hvordan brukermedvirkning kommer

til syne i tjenesten, hvordan den utøves og hvordan ledende helsesøstre kan tilrettelegge for brukermedvirkning. Med spørsmålet om påvirkning vil jeg se nærmere på hva slags betydning for eksempel lovgivning, nasjonale retningslinjer og organisering av tjenesten har for brukermedvirkning. Ved en helsestasjon bringer foreldre/foresatte sine barn til helseundersøkelser. En bruker kan defineres som en person som har behov for definerte tiltak eller tjenester som tilbys av det offentlige (Olsen, 2005). Men en bruker av helsestasjonstjenester er derimot ikke én bruker, men barnet og foreldre som en familie. Hovedregelen er at informasjons- og selvbestemmelsesreglene knyttes til en helserettlig myndighetsalder på 16 år. Det innebærer at det er foreldrene som skal ivareta barnets interesser ved samtykke og medvirkning når barnet ikke er fylt 16 år (Befring, 2004).

### **1.3 Oppbygging av oppgaven**

Denne oppgaven vil presentere teori om brukermedvirkning i kapittel 2, hvor vi ser nærmere på ulike definisjoner av begrepet, grader og nivåer av brukermedvirkning. Deretter kommer en gjennomgang av forskning på feltet i kapittel 3. Videre presenteres oppgavens metode i kapittel 4, den gir en redegjørelse av metodevalg og gjennomføring av datasamling, samt etiske betraktninger og metoderefleksjon. Presentasjon og drøfting av resultater kommer frem i kapittel 5, hvor det drøftes utvalgte temaer fra datasamlingen. Så følger en oppsummering og konklusjon i kapittel 6 med påfølgende litteraturliste for kappen i kapittel 7. Artikkelen presenteres i kapittel 8, og denne er et utkast til en publiserbar artikkel tilpasset kriterier satt av «Tidsskrift for Sykepleie; Forskning». Fordi artikkelen er et utkast utelukker den krav om standardisert forside, side tall og lignende. Artikkelen er en komprimert utgave av kappen, eller man kan si at kappen er en utdyping av artikkelen. Avslutningsvis kommer invitasjon- og samtykkeskjema og intervjuguiden som vedlegg i kapittel 9.



## **2. Teoretisk perspektiv på brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er ikke et nytt fenomen, men det har gjennom flere tiår blitt sterkere og mer betydningsfullt. I et demokratisk samfunn er brukermedvirkning blitt en menneskerett (Kommunal- og regionaldepartementet, 2009). Det handler om respekt for et menneskes integritet og en erkjennelse om at et menneske skal ha rett til å bestemme over sitt eget liv og handlinger som påvirker ens liv. Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene (Helsedirektoratet, 2012).

### **2.1 Hva er brukermedvirkning?**

Brukermedvirkning er et begrep som omhandler den innflytelse bruker har på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud der han selv er berørt (ref.).

Brukermedvirkning forutsetter at man ikke betraktes som den hjelpetrengende, som ensidig er mottaker av tjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet (meld.st.2012:13) sier brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp, dette kan fremstå som noe vagt og sier lite om praktiseringen av brukermedvirkning. Videre defineres brukermedvirkning i stortingsmelding nr.34 (1996-97) som at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. Her ser vi at brukerens rett fremstår som noe sterkere ved at brukere også skal delta i utforming av tjenesten. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Brukermedvirkning er lovpålagt rettighet for alle brukere av helsetjenester og kvalitetssikring av tjenester skal kunne kontrollere hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøvers plikter er ivaretatt (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaring for å kunne yte best mulig hjelp.

Kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver.

Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar. Det betyr heller ikke at brukeren plikter å medvirke (Molven, 2009). Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi,

dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon.

## **2.2 Grader og nivåer av brukervedvirkning**

Brukermedvirkning som begrep kan kategoriseres i ulike nivåer og grader, på den måten får man en mer tydelig forståelse for omfanget av begrepet.

### **2.2.1 Brukermedvirkning på tre nivå**

Brukermedvirkning kan skje på tre nivåer, individ-, system- og politisk nivå.

Brukermedvirkning på individnivå tilsier at det er brukeren som mottar tjenestetilbudet eller de som ivaretar dennes interesser som står i sentrum (Bakke, 2009). Brukeren skal gis mulighet til innsyn, oppfølging av egen sak og sikres mer innflytelse. En hensikt er å fremme samhandling og dialog, og bidra til at den enkelte ansvarliggjøres i egen sak (NOU, 2004:13). Brukermedvirkning på individnivå i helsestasjonstjenesten kan foregå under utarbeidelse av individuell plan eller samarbeids- og ansvarsgrupper. Disse eksemplene gjelder for barn med spesielle behov for oppfølging, for eksempel en funksjonshemming. For normalutviklede barn kan individuell brukervedvirkning dreie seg om at foreldre kan styre innhold i konsultasjoner og har valgfrihet i henhold til barnets helse.

På systemnivå vil brukerne inngå i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet (Bakke, 2009). Brukerne kan være representanter for brukerorganisasjoner eller brukergrupper i planlegging og drift av tjenestetilbud. Brukermedvirkning på systemnivå innebærer for eksempel at styret ved regionale helseforetak ivaretar pasienter og pårørendes rettigheter og interesser, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Erfaringer, prioriteringer og synspunkter innhentes fra pasienter, pårørende og deres organisasjoner og brukes i arbeidet med planlegging og drift av virksomhetene. Formålet her er å bedre tjenestetilbudet. Innen helsestasjonstjenesten kan brukervedvirkning på systemnivå være brukerundersøkelse. Det er lite eller ingen erfaringer med brukerorganisasjoner foruten brukergrupper med spesielle behov, og disse retter seg i liten grad mot helsestasjonstjenesten men heller mot spesialisthelsetjenesten.

På politisk nivå trekkes brukerorganisasjonene inn i planleggingsprosessene før beslutningene fattes. På politisk nivå trekkes brukerorganisasjonene inn i planleggingsprosessene før beslutningene fattes (Bakke, 2009).

Å definere et skille når det gjelder brukermedvirkning på disse tre nivåene, har både sine fordeler og ulemper. Fordelen er blant annet at det viser det brede spekteret av virkemidler som må til for å fremme brukermedvirkning slik at den blir reell. Samtidig kan skillet oppleves kunstig fordi det å jobbe med brukermedvirkning på ett av nivåene også vil gi konsekvenser for de andre nivåene. For eksempel vil brukermedvirkning på systemnivå benytte metoder og verktøy for å endre strukturer, prosesser og kultur. Disse endringene vil igjen legge forholdene til rette for større brukermedvirkning på individnivå slik at den enkelte pasient/bruker opplever å ha innflytelse og kan påvirke det tjenestetilbudet vedkommende får.

### 2.2.2 Arnsteins stige

En kjent teori om brukermedvirkning er Arnsteins stige. Shelley Arnstein utviklet allerede i 1969 en åttetrinns typologi for befolkningsdeltakelse. I denne klassifiserte hun ulike former for deltakelse etter muligheten for å jevne ut maktforskjeller (Arnstein, 1969).

Ulike grader av borgermakt	8. Borgerkontroll
	7. Delegert makt
	6. Partnerskap
Grader av legitimering	5. Representasjon
	4. Konsultasjon
	3. Informasjon
Ikke-deltakelse	2. Terapi
	1. Manipulasjon

Figur 1: Arnsteins stige

Arnstein ønsket å få fram et klart skille mellom det som overhodet ikke kan betegnes som medvirkning, det som i beste fall er en form for legitimering, og det som er reel medvirkning i form av partnerskap, delegert makt eller borgerkontroll (Olsen, 2005). Til tross for at modellen er over 40 år gammel kan den fortsatt være nyttig når man vurderer brukermedvirkning i en tjeneste.

### 2.3 Brukermedvirkning som lovfestet rett i helsesøstertjenesten

Helsestasjonstjenesten har en rekke myndighetskrav de må forholde seg til, flere av disse er sentrale i forhold til brukermedvirkning. I 2001 ble brukernes rett til å medvirke i helsestasjonstjenesten formalisert og hjemlet i lov om pasientrettigheter. Loven ble vedtatt i

1999, og den gjelder for alle personer som tilbys helsehjelp, også de som mottar tjenester av forebyggende og helsebevarende art. I lovteksten heter det at den som mottar helsehjelp har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, og videre at medvirkningens form tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Medvirkningsretten innebærer at den som mottar helsehjelp gjøres til en samarbeidspartner i relasjon til helsepersonellet. Den som mottar helsehjelpen skal sette premissene både for hva som skal gjøres og på hvilken måte. Helsepersonellet plikter å ivareta muligheten for medvirkning, men medvirkningen må baseres på frivillighet fra den som mottar helsehjelpen (Syse, 2009).

Pasientrettighetsloven er endret til lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 24.juni 2011 nr.30, den trådte i kraft 1.januar 2012. Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir også pasienten rett til individuell plan i § 2-5, og det er konkretisert at planen skal utarbeides i samarbeid med bruker og pårørende. Helsesøstres arbeidsoppgaver innebærer blant annet koordinering av individuelle planer. Videre gir pasientrettighetsloven i § 3-2 pasienten en lovfestet rett til informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I merknaden til denne bestemmelsen går det frem at retten til informasjon må oppfylles også som en nødvendig betingelse for pasienters mulighet til medvirkning.

Videre skal Forskrift om internkontroll bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I § 4 som detaljert beskriver hva som skal være innholdet i et internkontrollsystem, fremkommer kravet om at den/de som er ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. Det betyr i praksis at virksomhetene må lage system for å innhente pasienter og pårørendes erfaringer.

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 24.juni 2011 nr.29 erstattet i 2012 kommunehelsetjenesteloven. Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3.april 2003 nr.405 (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj.), sier at helsestasjonstjenesten skal bidra til å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.405 (heretter kalt veilederen) utdyper formålet og legger føringer for utformingen av tjenesten. Utgangspunktet for helsestasjonstjenestens helsefremmende og forebyggende oppgaver er at hovedansvaret ligger hos barnas foreldre. Helsesøster skal fokusere på metoder og prosesser som gjør foreldre i stand til å kunne påvirke faktorer som fremmer deres egen og barnets helse, trivsel og mestring.

## **2.4 Helsesøsterutdanningen om brukermedvirkning**

Helsestasjonstjenesten baserer seg på frivillighet fra brukerne, det er et frivillig tilbud om helsefaglig oppfølging av barn som likevel har opp i mot 100 % oppslutning (Helsetilsynet, 2012). Foreldrene kan selv velge om de vil benytte seg av tjenesten, men på den andre siden har barnet en rett til helseundersøkelser. Det vil si at dersom foreldrene velger bort helsestasjonen, skal barnet følges opp av eventuelt fastlege. Vårt samfunn har en kultur for at de fleste barn følges opp av helsestasjonen, og enkelte blir overrasket når de informeres om at det er et frivillig tilbud.

Faglitteratur for helsesøstre fremhever i liten grad brukermedvirkning som begrep. En av tjenestens viktigste veiledere, veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3.april 2003 nr. 405, påpeker at brukermedvirkning er en viktig strategi og et bærende prinsipp i norsk helse- og sosialtjeneste. Videre vektlegger den medbestemmelse og medvirkning gjennom empowermentstrategier i folkehelsearbeidet. Tjenesteytere skal bidra til at brukermedvirkningen blir reell, ikke bare formell.

Helsesøstres faglitteratur fremhever i større grad empowerment som begrep. Håndbok for helsestasjoner sier følgende:

WHO's ulike deklarasjoner har som mål å gjøre både individ og lokalsamfunn bedre egnet til å oppnå kontroll over bestemmelser og aktiviteter som angår deres egen helse. Denne prosessen, på engelsk kalt empowerment, er på norsk oversatt til bemyndigelse, myndiggjøring, brukermakt og brukervedvirkning. Helsesøstres rolle som veiledere kan bidra til å styrke foreldrenes tro og opplevelse av egen mestring (Misvær, 2006).

Helsesøsterlitteraturen ser derfor ut til å vektlegge empowerment og sier lite om brukervedvirkning. Derimot ser det ut til at empowerment-begrepet forveksles med begrepet brukervedvirkning, snarere enn at begrepene knyttes til hverandre.

### **2.4.1 Empowerment**

Empowerment er en strategi som tilbyr reell brukervedvirkning og maktdeling og som skal forhindre klientifisering og lært hjelpeløshet (NOU, 1998:18). Empowerment skal fremme den enkeltes mulighet for å klare seg selv ved å ta utgangspunkt i ressurser og styrke og bygge på eksisterende kraft, uansett hvor liten den måtte være. Det handler om å styrke brukeren som enkeltindivid slik at vedkommende gis økt makt og myndighet i eget sitt (Askheim, 2003). Willumsen (2005) hevder at empowerment har en større kraft i seg enn brukervedvirkning. Empowerment begynner inni personen og ”vokser” utover. Her er det også en større politisk og ideologisk tilhørighet enn i brukervedvirkning. Brukervedvirkning er en forutsetning for empowerment, men det forutsetter ikke nødvendigvis empowerment. Empowerment er ”mobilisering nedenfra” og innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne egne løsninger, gjerne i fellesskap med andre (Sosial- og helsedirektorater, 2006).

### **2.4.2 Brukerundersøkelser i helsestasjonstjenesten**

Kommunesektorens organisasjon (KS) bidrar hvert år til brukerundersøkelser i helsestasjonstjenesten gjennom bedrekommune.no. Resultater fra disse undersøkelsene viser at brukerne er gjennomgående fornøyd med tjenesten. Dimensjonen «Respektfull behandling» får høyest skår med spørsmål om du og barnet ditt blir møtt med vennlighet og respekt, om du blir tatt på alvor og om de ansatte gir deg støtte for beslutninger du tar på vegne av ditt barns ve og vel. Brukervedvirkning har lavest skår på spørsmål om «i hvilken grad er de ansatte lydhøre overfor dine ønsker/behov?» og «har du hatt mulighet til å påvirke hvilken type oppfølging du skal ha på helsestasjonen?» (KS, 2012).

Heian (i Misvær og Oftedal, 2006) bekrefter KS sine resultater. Han sier det gjøres en rekke brukerundersøkelser, men påpeker at svært få blir publisert. Resultatene er gjennomgående positive, men det finnes et potensial for bedring av helsestasjonstilbudet.

### **3. Forskning på brukermedvirkning**

Det er gjort mye forskning på brukermedvirkning i nasjonale helsetjenester. Et litteratursøk gir et inntrykk av at felt som psykisk helse og funksjonshemmede har bidratt sterkt til dette. Det er gjort lite forskning på brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten, og behovet for ytterligere forskning er stort. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har oppsummert nasjonale brukererfaringsundersøkelser (Dahle, 2010). Både pasienter og pårørende mener brukermedvirkning og informasjonsutveksling kan bli mye bedre, dette gjelder uavhengig av pasientgrupper.

#### **3.1 Fra ekspert til samarbeidspartner?**

Toril Larsen presenterte i 2007 en undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen for institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Larsens studie har flere likheter med denne studien, men problemstillingen og forskningsspørsmålene er ulike. Undersøkelsen fikk tittelen «Fra ekspert til samarbeidspartner?». Denne undersøkelsen fant at intensjonene om større grad av brukermedvirkning er godt kjent. Men likevel framstår brukermedvirkning som et diffust begrep. Helsesøstre legger vekt på brukermedvirkning i konsultasjoner med brukerne på individnivå og gruppenivå, mens brukermedvirkning på systemnivå betraktes av helsesøstre som en lederoppgave. Helsesøstre vektlegger evnen til å etablere gode relasjoner til brukerne ved tilrettelegging for brukermedvirkning, og dialog betegnes som en egnet arbeidsmetode. De færreste har betenkeligheter knyttet til prinsippet om økt brukermedvirkning, men helsesøstre peker på at det er en fare for at brukerne kan få for stort ansvar. 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.

Larsen konkluderte med at 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. Larsens undersøkelse 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.

### **3.2 Tvetydige ideologier og motstridende krav**

Therese Andrews (2003) er en av de som har gjort flere studier på helsestasjonstjenesten. Hun skrev doktoravhandlingen «Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonstjenesten». Avhandlingen handler om ideologiske endringer i den kommunale helsestasjonstjenesten. Virksomheten i denne tjenesten har tradisjonelt hatt som siktemål å lære foreldre hva som er til barnets beste sett fra et profesjonelt synspunkt. I løpet av de siste tiårene har imidlertid tanken om at profesjonelle vet best blitt utfordret. Praktisk erfaring med stell av barn regnes i dag som en viktig kilde til kunnskap om rett og galt i barneomsorg. I offisielle retningslinjer for helsestasjonen anbefales derfor yrkesutøverne at de i stedet for å gi profesjonelle råd, veileder foreldre på en slik måte at de selv kommer frem til løsninger på problemer som gjelder sitt eget barns ve og vel. Yrkesutøverne anbefales også å legge til rette for at foreldre kan lære av hverandre i stedet for av fagfolk.

Avhandlingen viser imidlertid at yrkesutøverne støter på en rekke dilemmaer når de forsøker å tone ned sin rolle som ”eksperter”. For det første oppstår dilemmaer fordi yrkesutøverne i rollen som ”ikke-eksperter” bryter med forventningene til mange foreldre. I møter med helsestasjonstjenesten er det nettopp ”ekspertråd” foreldre i stor grad etterspør. For det andre kommer ikke den nye måten å tenke på inn som erstatning for den gamle, men som et tillegg. Det vil si at det offentlige i realiteten ikke har gitt opp tanken om å lede foreldre i retning av det profesjonelle mener er god barneomsorg. Yrkesutøverne må med andre ord forholde seg til motstridende anbefalinger for sin praksis. Dette ser det ut til at mange håndterer ved å holde den offentlige kontrollen og påvirkningsaspektet i tjenesten skjult for foreldre. Avhandlingen er av stor betydning for denne oppgaven, da den påpeker noe av brukernes ønsker i forhold til medvirkning. Dette er igjen sentralt for videre utvikling av helsestasjonstjenestens utvikling.

### **3.3 En alternativ helsestasjons metoder**

Ingunn Wang skrev i 2005 en masteroppgave om metoder i helsestasjonen. Oppgaven er kalt «En alternativ helsestasjons metoder: en undersøkelse av hva helsestasjonen i et familiesenter gjør for å nå brukere som uteblir fra det ordinære tilbudet». Denne oppgaven er aktuell som teori da den beskriver brukermedvirkning i stor grad uten at begrepet defineres eller nevnes med ord. Oppgaven konkluderer med at helsestasjonen og familiesenteret har forankring innen mestring, empowerment og satsing på friskfaktorer. Tverrfaglig samarbeid, og sosialt nettverk, er også sentrale områder. De ansatte på helsestasjonen har tro på familiene, og satser på dem. Mindre kontroll fra helsestasjonens side, og ansvarliggjøring av brukerne, skal gjøre partene likeverdige. Helsestasjonen og hjemmet samarbeider om å følge opp barna. Mye tyder på at metodene de ansatte bruker; å være tilgjengelige, og å la familiene få delta i et aktivt samarbeid, bidrar i forhold til å gjøre familiene generelt til trygge brukere av helsetjenesten. Trygghet, å få ansvar, og å føle støtte fra helsestasjonen, kan forebygge at familier uteblir.

Oppgaven beskriver i sine resultater at det kan være utfordrende å etablere relasjon med alle familier som tilhører helsestasjonen. Tidlig etablering av kontakt fører ofte til god relasjon mellom familie og helsestasjon. Helsestasjonen som ble studert vektla empowerment i møte med sine brukere. De forventet at familiene tar sin del av ansvaret i forhold til oppfølgingen av barna. Ansvarliggjøringen av familien består blant annet i at de selv får bestemme når de ønsker neste time, og får påvirke hva de ønsker å ta opp. I startfasen snakker helsesøster med familiene om at det er et samarbeid. Helsestasjonen stoler på at familiene tar kontakt når de trenger det. Familiene har også mulighet til å komme utenom faste avtaler, og da møter de tilgjengelige ansatte. Wangs studie er gjort ved et familiesenter, der brukerne kan benytte seg av flere tilbud på samme sted. Brukerne har mulighet til å påvirke tilbudene og det satses på brukermedvirkning. Ulike faggrupper samarbeider under samme tak, ansatte fra blant annet BUP besøker jevnlig familiesenteret. Familier som trenger ekstra hjelp og støtte, får hjelpen sentralisert på et sted. Brukerne føler trygghet til de ansatte på familiesenteret.

Denne oppgaven påpeker en rekke områder med stor grad av brukermedvirkning, men det beskrives som mestring og empowerment. Dette forsterker tanken om at brukermedvirkning trenger mer fokus, og fagarbeidere trenger mer kunnskap om tema.

### **3.4 Kort oppsummering av forskningsstatus**

De presenterte forskningsartiklene viser at brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten fortsatt påvirkes av den tradisjonelle kontrollfunksjonen helsesøstre hadde. De påpeker at premissene for brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten i liten grad er avklart. Og til sist trekkes empowerment frem som en strategi for brukermedvirkning, samtidig som det forsterker mistanken om at empowerment forveksles med brukermedvirkning i stedet for å knyttes til brukermedvirkning.

## 4. Metode

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode for å besvare problemstillingen. Jeg er ute etter intervjupersonenes forståelse og bruk av brukervedvirkning. Dette er det lettere å fange opp gjennom intervjuer og samtaler, heller enn gjennom kvantitative metoder som kan behandles statistisk og måles og telles. Ved å bruke kvalitativ forskningsmetode kan vi

få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger, motiver og holdninger. Vi kan spørre etter meningen, betydning og nyanser av hendelser og atferd, og vi kan oppnå økt forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. (Malterud, 2003:32).

Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet til å få innsikt i andres erfaringer og opplevelser. Kvalitativ metode legger vekt på å få fatt i og forstå informantenes perspektiv på sin egen hverdag, livssituasjon og verden rundt seg (Malterud, 2003, Postholm, 2010).

### 4.1 Datainnsamlingsmetode

Jeg valgte å bruke semistrukturerte intervju fordi jeg mener informantenes erfaringer og forståelse av brukervedvirkning best kommer til syne om informantene kan uttrykke seg så fritt som mulig og med egne ord. Jeg kunne følge opp enkelte svar og beslektede tema når de dukket opp underveis. Jeg lagde en intervjuguide med spørsmål på forhånd som var utgangspunkt for intervjuene. Rekkefølgen på spørsmålene varierte i noen grad alt etter hvordan informanten responderte på spørsmålene. Spørsmålene var inndelt i kategorier, alle kategoriene ble besvart selv om ikke alle spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt.

Ved valg av metode for denne oppgaven var det avgjørende at jeg fikk innblikk i de ledende helsesøstrenes forståelse av brukervedvirkning, og siden forståelse var et viktig aspekt i oppgaven falt valget på en kvalitativ metode. Dersom oppgaven bare fokuserte på praktiseringen av brukervedvirkning ville en kvantitativ metode vært mer aktuell. En kvantitativ metode ville gitt meg et mye større utvalg, og dermed bidratt til en økt validitet av resultatet. Det ville vært representativt for mange flere enn ved en kvalitativ metode. Ved bruk av en kvalitativ metode blir resultatene som nevnt tidligere preget av et lite utvalg, men det gir likevel et godt innblikk i brukervedvirkningens betydning i helsesøstertjenesten. Og dette innblikket går mer i dybden enn en kvantitativ metode ville medført.

Jeg valgte ikke å gi informantene innsikt i intervjuguiden på forhånd, de fikk kun en kort informasjon om tema og oppgavens bakgrunn. Bakgrunnen var at jeg ville informantene

skulle svare så spontant som mulig. Et kritisk aspekt ved oppgaven er måten informantene kan påvirkes av spørsmålene de blir stilt, de kan gjøre seg opp tanker om tema de ikke har tenkt så mye på. I denne oppgaven fikk ikke informantene annen informasjon enn temaet brukermedvirkning i forkant av intervjuet. Jeg ønsket ikke at informantene skulle tenke for mye over begrepet brukermedvirkning, men samtidig skulle de ha nok informasjon til å gi et informert samtykke til å delta. Jeg påpekte min egen rolle og forforståelse ved å informere om at jeg ikke er en ekspert på temaet, men derimot nysgjerrig på hvordan brukermedvirkning forstås og praktiseres. Med andre ord ville jeg ikke skremme informantene ved å fremstå som ekspert på tema, men informere dem om at jeg var likestilt med dem som kollega og hadde et genuint ønske om å forbedre tjenesten i henhold til brukermedvirkning. Kommunikasjonen mellom informant og forsker har også stor betydning for resultatene, uavhengig av om kommunikasjonen er god eller dårlig vil det påvirke resultatene på en eller annen måte. Med det mener jeg forskerens tilstedeværelse påvirker informanten, og det er en risiko for at resultatene ville blitt annerledes om spørsmålene ble drøftet mellom kollegaer på pauserommet.

Intervjuene hadde en tidsramme på ca. en time og ble gjennomført på informantens arbeidsplass. Dette anså jeg som innen rimelighetens grenser for at informantene skulle anse det som overkommelig å bidra til mitt prosjekt. Intervjuene ble tatt opp på bånd og jeg transkriberte datamaterialet så raskt som mulig etter intervjuet. Med intervjuet ferskt i minne opplevde jeg det effektivt å transkribere og enklere å utelukke irrelevant informasjon. Gjennom kategoriseringen ble det enklere å reflektere over hva informantene faktisk hadde sagt om brukermedvirkning. Tema ble gitt ut fra problemstilling og forskningsspørsmål. Og den analytiske kategoriseringen ble gjennomført ved å sette datamaterialet i matriser.

## **4.2 Utvalget**

Kriteriet for utvelgelse av informanter var at lederen i tillegg til sin lederrolle også hadde en helsesøsterfaglig bakgrunn. I tillegg ble det lagt vekt på at informantene var av begge kjønn, representerte helsestasjoner fra ulike geografiske områder og at helsestasjonens størrelse varierte. Kriteriene ble satt for å sikre et variert utvalg, i tillegg vil det være nyttig å se nærmere på om det er forskjeller i brukermedvirkningens betydning i de ulikt organiserte helsestasjonene. Ut fra undersøkelsens omfang og tidsramme fant jeg at sju personer var et overkommelig antall, som også kunne gi et forsvarlig grunnlag for analyse og drøfting.

Jeg foretok en strategisk utvelgelse av intervjupersoner, det vil si at jeg gjorde en vurdering som sikret et variert utvalg av informanter. Informantene var alle helsesøstre i lederroller, ledende helsesøstre kombinerer ofte fagarbeid med lederrollen og dette bidrar til at informantene har kunnskap og erfaring fra et lederperspektiv og fagarbeiderperspektiv. For at datasamlingen skulle få størst mulig validitet rekrutterte jeg informanter fra sju helsestasjoner i sju kommuner fra tilsammen fire ulike fylker. Siden helsesøstertjenesten er en kvinnedominert arbeidsplass anså jeg det som interessant for oppgaven at minst en av informantene var mann.

Jeg tok personlig kontakt med alle informantene over telefon og presenterte oppgaven. Alle kandidatene var positive til prosjektet og ønsket å delta som informanter. Flere av informantene var opptatt av min egen fagbakgrunn, og jeg fikk inntrykk av at min helsesøsterbakgrunn bidro til at informantene var positive til prosjektet.

7 ledende helsesøstre ble intervjuet, 1 mann og 6 kvinner, de representerte 7 helsestasjoner i 7 ulike kommuner, fra 4 forskjellige fylker. Kommunens antall innbyggere varierer fra ca. 2000 opp til ca. 100 000. Informantene hadde ulike arbeidsinstruksjoner, noen hadde en ren lederrolle, men andre i større grad var aktive utøvere av helsesøsterfaget. Helsestasjonene var av ulik organisering, fra tradisjonelle helsestasjoner til familiesenter. 2 av informantene hadde en videreutdanning innen ledelse.

### **4.3 Etiske betraktninger**

Datainnsamlingen inneholder ingen personopplysninger, det var derfor ikke nødvendig med etisk godkjenning og tillatelser. Informert samtykke derimot er en etisk nødvendighet i prosjekt som dette. Alle informantene ble informert om at deltakelse i prosjektet er frivillig, og at de kunne trekke seg ut av prosessen når som helst. I så fall ville jeg ikke bruke det aktuelle intervjuet som del av det empiriske materialet. Informantene ble informert om anonymisering av data i studien. Flere var opptatt av anonymisering og påpekte at de ikke ønsket datamaterialet skulle være gjenkjennbart. Noe som kan tolkes som et uttrykk for usikkerhet i forhold til begrepet brukermedvirknings betydning. Informantene fikk skriftlig informasjon om prosjektet, med kontaktinformasjon til undertegnede og veileder som kan være tilgjengelig for oppklarende spørsmål. Datamaterialet ble kategorisert i tema, fordelen med tema-kategorisert analyse er at det blir vanskelig for den enkelte informant å kjenne seg igjen eller bli gjenkjent i teksten (Thagaard, 2009).

#### **4.4 Metoderefleksjon**

Som nevnt tidligere var flere av informantene opptatt av min egen fagbakgrunn. Jeg opplevde at fordi jeg er helsesøster selv, lettere fikk innpass hos informantene og nærmest ble ansett som en av deres egne. Denne tilknytningen til deres fagmiljø er i utgangspunktet positiv, da jeg har et særlig godt grunnlag for å forstå informantenes arbeidsmiljø, kompetanse og utfordringer. På den andre siden kunne den sterke tilknytningen til miljøet bidra til en forforståelse som kan bidra til at jeg overså nyanser i dataanalysen. Thagaard (2009) sier de erfaringene forskeren har i miljøet, gir grunnlag for gjenkjennelse og blir et utgangspunkt for den forståelsen hun eller han etter hvert kommer frem til.

Det er en utfordring å være kritisk til en tjeneste man er sterk knyttet til, og det var noe jeg erfarte i denne oppgaven. I utgangspunktet hadde jeg liten tro på at brukervedvirkning var spesielt fremtredende i helsestasjonstjenesten, da jeg selv hadde lite erfaringer hvor brukervedvirkning var synlig i tjenesten. Valg av kvalitativ metode gav meg muligheten til å se bak handlingene, og jeg fikk et innblikk i hvordan brukervedvirkning påvirker tjenesten til tross for at begrepet er lite brukt i det daglige arbeidet.

Som fersk forsker opplevde jeg en usikkerhet med hensyn til om intervjuguiden var dekkende nok for å svare på problemstillingen. Jeg erfarte da at relasjonen jeg fikk til informantene var avgjørende for responsen på intervjuet. Responsen var i aller høyeste grad god, og jeg opplevde at intervjuguiden var et godt utgangspunkt for intervjuet. På den andre siden er det alltid ytre faktorer som kan påvirke informantene i intervjusituasjonen. For eksempel kan uforutsette stressmomenter ved deres arbeidsplass eller personlige hendelser som kan bidra til at relasjonen mellom informant og forsker vanskeliggjøres.

## **5. Resultater**

Dette kapittelet er inndelt i underkapitler etter problemstilling og forskningsspørsmål, og resultatene drøftes fortløpende.

### **5.1 Ledende helsesøstres forståelse av brukermedvirkning**

Lederens egen kunnskap og kompetanse har nok stor påvirkningskraft for utøvelsen av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten. To av informantene i denne studien hadde en lederutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. Denne studien gir ikke inntrykk av at forståelse av brukermedvirkning påvirkes av om personen har tilleggsutdannelse innen ledelse.

#### **5.1.1 «Det handler om å undres sammen»**

Siden grunnlaget for å praktisere brukermedvirkning starter med god kunnskap om begrepet, det er derfor viktig å kartlegge hvordan ledende helsesøstre forstår brukermedvirkning. De fleste informantene gir uttrykk for at de er usikre på hvordan de vil beskrive brukermedvirkning. Ingen av dem bruker ordet «brukermedvirkning» aktivt i hverdagen, og forholder seg dermed lite til begrepet. Men informantene har mange tanker om hva brukermedvirkning innebærer.

Jeg tenker det handler om å lytte til brukeren, hva de tenker om tjenesten vår.

For meg handler det om å undres sammen med brukeren om hva problemet er, sånn at jeg får en rett forståelse av problemet og kan finne tiltak ut i fra det.

Informantene har tanker om at brukermedvirkning handler om å sette søkelyset på brukeren, de er opptatt av å se individet som sitter foran dem. Og det er gode intensjoner som kan danne et godt grunnlag for brukermedvirkning. Dette er også i tråd med tanken om at brukermedvirkning handler om respekt for et menneskes integritet og at et menneske skal ha rett til å bestemme over sitt eget liv og handlinger som påvirker ens liv.

Det var stor variasjon i svarene som ble gitt, til tross for usikkerhetene som ble uttrykt gav informantene inntrykk av at de har en viss forståelse for hva brukermedvirkning handler om.

Vi er ikke vant til å tenke sånn, har vi en tjeneste som likevel gir brukermedvirkning? Jeg tenker først og fremst at brukerundersøkelser er brukermedvirkning.



Spørreskjema, samtykkeskjema? Jeg vet ikke helt, tror vi er åpne for å fortelle og informere. Åpne for innspill fra brukeren. Brukermedvirkning handler jo om respekt, mer eller mindre bevisst.

Informantene tar opp flere vesentlige aspekter ved brukermedvirkning som brukerundersøkelser, tilbakemeldinger og respekt for brukeren. At informantene svarer i spørsmålsform påpeker at brukermedvirkning er et tema de ikke føler seg trygge på.

Jeg kan komme med alle de forslag jeg vil, men passer det ikke brukeren fungerer det ikke, han tar ikke nytte av det. Men hvis jeg snur samtalen, lytter, undres og reflekterer sammen med brukeren på deres premisser er det større sjanse for å nå målene. Folk er mer med hvis de selv får komme med forslag. Da er det deres.

I dette utsagnet påpeker informantene viktigheten av at brukeren får et eierforhold til sin egen situasjon, og på den måten vil brukeren selv bidra til løsninger på eventuelle problemer. Det vil også si at dersom man overkjører brukeren med profesjonelle tiltak vil effekten være liten. Flere av informantene påpeker dette med å se brukerne som individer, slik at hver enkelt bruker blir møtt med forståelse og respekt.

Brukermedvirkning har en stor verdi. Vi kan tenke og planlegge mye, men det er ikke sikkert de tenker det samme som oss. Det å få høre hva de tenker og hva slags behov de har er veldig bra.

For å få best mulig resultater er det viktig at både bruker og fagutøver drar i samme retning, og det er opp til fagutøver å tilpasse seg brukeren som sitter foran seg. Informantene sier at brukermedvirkning har en stor verdi, da tjenesten skal være til det beste for brukerne og ikke motsatt. Informantene trekker frem flere aspekter ved brukermedvirkning, som totalt sett gir en god forståelse av begrepet, men ingen trekker frem i sin helhet hvor omfangsrikt brukermedvirkning er. Med det mener jeg hvordan brukermedvirkning bør påvirke tjenesten på alle nivåer, både i møte med brukeren, på systemnivå og på utvikling av tjenesten som helhet. Dette funnet støtter Larsens (2007) konklusjon om at det er behov for en klargjøring av begrunnelsen og premissene for brukermedvirkning i tjenesten.

## **5.2 Praktisering av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten**

Helsestasjonstjenesten er en nasjonal helsetjeneste som forholder seg til et lovverk og nasjonale retningslinjer. Til tross for dette viser denne studien at praktiseringen av brukermedvirkning kan variere fra helsestasjon til helsestasjon.

### 5.2.1 «Det viktigste er brukerens behov»

Informantene har lite kjennskap til teorier om grader og nivåer av brukervedvirkning. Helsestasjonstjenesten driver helseundersøkelser av barna på fastsatte tidspunkt i barnets utvikling, disse tidspunktene er anbefalinger fra nasjonale retningslinjer. Tidligere ble disse undersøkelsene kalt helsekontroller, men defineres pr i dag som konsultasjoner. Dette er et grep som, sett i lys av Arnsteins stige, skal bringe tjenesten vekk fra kontrollfunksjon til en mer brukervennlig tjeneste. Konsultasjonen foregår enten individuelt eller i gruppe.

I alle våre konsultasjoner er det øverste punktet hva foreldrene ønsker å ta opp...  
Det viktigste er brukerens behov.

Brukeren er jo alltid i fokus da, vi har med oss veiledere, retningslinjer, lover og regler, men det viktigste er jo å se den brukeren som sitter foran deg.

Det er en relativt sterk brukervedvirkning på individnivå i helsestasjonstjenesten med tanke på innholdet i konsultasjoner. Informantene sier de prioriterer brukerens behov i både individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner.

Sett i lys av Arnsteins stige utøver helsestasjonen sin tjeneste i stor grad ved informasjon og konsultasjon, men også ved representasjon og partnerskap. Områder hvor brukeren kan oppleve representasjon og partnerskap er samarbeidsmøter med tverrfaglige instanser, ansvarsgruppemøter og individuelle planer for barn med spesielle behov. Informantene beskriver ingen tjenester som kan tilknyttes manipulasjon, terapi, delegert makt eller borgerkontroll.

Selv om brukerne får tilbud om å styre innholdet i konsultasjonen, har de liten innflytelse på selve helsestasjonsprogrammet.

Jeg har aldri hørt om at noen ønsker å endre det tradisjonelle helsestasjonsprogrammet, jeg tenker folk på en måte er takknemlig for at vi er her, at det er en betryggelse at vi følger opp ungene.

Overstående utsagn sier noe om helsesøsterens erfaring med helsestasjonsprogrammet, men det kan også si noe om brukerens ønske om å medvirke. Dette kan knyttes til Andrews (2003) doktoravhandling som påpeker at mange brukere ønsker å komme til helsestasjonen for ekspertråd, de ønsker mindre veiledning og deltakelse i tjenesten. Man kan da spørre seg om

ikke det også er brukermedvirkning, og ikke medvirke? Pasient- og brukerrettighetsloven sier noe om brukerens rett til å medvirke, men påpeker at de ikke har en plikt. Utfordringen for helsesøstre blir da å kartlegge brukerens behov, hvor sterk medvirkning de ønsker og på hvilken måte.

### **5.2.2 «Vi er opptatt av tilbakemeldinger»**

Informantene er alle opptatt av tilbakemeldinger fra brukerne i en eller annen form. Men det er stor variasjon i hvilken måte og i hvor stor grad de oppsøker og legger til rette for tilbakemeldinger. En av informantene uttrykker følgende:

Vi oppfordrer brukerne til å gi tilbakemeldinger i gruppene, vi er opptatt av tilbakemeldinger og tilrettelegger så langt som mulig.

Her ser vi igjen at helsesøster ønsker tilbakemeldinger for å kunne gi brukeren best mulig tilbud, samtidig oppfordres det til at brukerne kan utvikle en kultur i grupper for å gi tilbakemeldinger. Derimot tas det lite hensyn til individuelle forskjeller i gruppene, og det er ikke nødvendigvis slik at alle føler seg komfortable med å gi tilbakemelding i gruppe. På den andre siden kan gruppene, dersom de er velfungerende, bidra til at tilbakemeldinger kommer tilbake til tjenestested ved at en eller flere utvalgte i gruppa fremstår som talsmann. Det er ingen selvfølge at det blir oppfordret til tilbakemeldinger i gruppene. En annen informant sier følgende:

Jeg opplever lite at de kommer med tilbakemeldinger, men vi åpner vel kanskje ikke godt nok opp for det.

Informanten tar i dette tilfellet selvkritikk for at det ikke blir lagt godt nok til rette for tilbakemeldinger. Men samtidig kan det sees i sammenheng med Andrews doktoravhandling, nemlig at brukerne er fornøyd med det tilbudet de får, at de ønsker å følge de retningslinjer helsesøstrene forholder seg til i sitt daglige arbeid. Likeså bekrefter også nasjonale brukerundersøkelser at brukerne i stor grad er fornøyd med tjenesten.

Alle informantene tar opp brukerundersøkelser som en del av brukermedvirkning. Brukerundersøkelser er en metode man kan innhente brukernes erfaringer med en tjeneste, og på den måten gi brukeren innflytelse til å påvirke et tjenestetilbud. Brukerundersøkelser gjennomføres systematisk i mer enn halvparten av de kartlagte kommunene. Det er de minste

helsestasjonene som ikke har noen form for systematisk undersøkelse. Informantene opplever brukerundersøkelser ulikt og gir svært forskjellige svar angående dette.

Det at vi har brukerundersøkelser gjør sikkert at alle som jobber her blir mer fokusert og oppmerksomme i den perioden. Brukerne er jo veldig interessert i det, synes det er spennende å være med på. Vi går nøye gjennom det, gjør endringer og justeringer i forhold til resultatene.

Det er vanskelig å få oppslutning fra brukerne rundt dette, det krever mye motivasjonsarbeid for å få brukerne til å svare. De sier det ikke er nødvendig, fordi alt er greit.

Som vi ser gir informantene motstridende svar om brukerundersøkelser, mens noen oppfatter det som positivt og et bidrag til kvalitet, mener andre det er vanskelig å få god nok oppslutning om undersøkelsene. Meld. St. 10 (2012-13) sier man må benytte brukernes erfaring med helsetjenesten for å yte best mulig hjelp, og brukervedvirkningens formål tilsier brukerundersøkelser må gjennomføres. Dette gjenspeiler seg også i lovverket gjennom forskrift om internkontroll. Likevel har ikke alle helsestasjonene satt brukerundersøkelser i system, noe som kan anses som svært kritikkverdig. En av informantene sier:

Vi har ikke ressurser til å gjennomføre brukerundersøkelser.

Det finnes mange eksempler på mangelfulle ressurser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Dommerud, 2013), og man kan få en viss forståelse for hvorfor en hardt presset hverdag skyver brukerundersøkelser lengre ned på prioriteringslista. Men hvis man snur på denne tankegangen kan brukerundersøkelser tross alt bidra til utvikling og kvalitetssikring av tjenesten.

De helsestasjonene som gjennomfører systematiske brukerundersøkelser bruker resultatene aktivt i forbedring av tjenestetilbudet. Det som kjennetegner disse forbedringene er gjerne kvaliteten på tilbudet, helsesøstrenes tilgjengelighet og hvordan brukerne blir møtt.

Så ser vi resultater fra de ulike helsestasjonene, og tenker at der kan vi kanskje forbedre oss litt. Vi går nøye gjennom det, og har gjort endringer og justeringer i forhold til resultatene.

Men videre ser det ut til at resultatene har liten innvirkningskraft på helsestasjonstjenestens systemer, som for eksempel de fastsatte konsultasjonene. Som nevnt tidligere har

informantene liten erfaring med at brukere ønsker et annet tilbud enn det som er foreslått fra nasjonalt hold. Informantene har tillit til nasjonale føringer og anbefalinger, og tenker at disse utarbeides til beste for brukerne. På den andre siden hevdes det at faglige retningslinjer har tradisjonelt støttet seg på medisinske kunnskapsoppsummeringer, og har i liten grad tatt hensyn til at brukere kan ha ulike preferanser (St.meld.nr. 10, 2012).

Helsesøstrene har ingen erfaring eller kjennskap til brukermedvirkning på politisk nivå gjeldende helsestasjonstjenesten. Ingen av informantene har brukerrepresentanter. En av informantene har vurdert dette, men fant det for komplisert å gjennomføre. Sammenlignet med andre brukergrupper stiller brukere av helsestasjonstjenester svakt i denne formen for brukerrepresentasjon. For eksempel har mennesker med funksjonsnedsettelse er blitt mer synlige i samfunnsbildet og er blitt aktører som i stadig større grad inviteres med i prosesser og som man lytter til. Perspektivendringen har også hatt betydning for mange når det gjelder egen selvfølelse og opplevelse av status. Brukermedvirkningen har synliggjort hindringer som funksjonshemmede møter i dagens samfunn (NOU 2001:22).

### **5.2.3 «Et tilbud som ikke møter brukeren har ingen hensikt»**

Flere helsestasjoner har tilbud til brukerne utover de nasjonale retningslinjene. Disse er basert på etterspørsel fra brukerne og/eller helsesøsterens vurdering av behov ved helsestasjonen. Alle helsestasjonene tilbyr grupper i en eller annen form, alle tilbyr barselgrupper og noen tilbyr grupper som er mer målrettet mot spesielle behov.

Dersom vi har et tilbud som ikke møter brukerne har det ingen hensikt.

Et hensiktsmessig helsetilbud må være en tjeneste brukerne har brukt for, noe de selv vurderer som hensiktsmessig. Informantens utsagn fremhever brukerens autonomi fremfor et paternalistisk tjenestetilbud, og dette er i tråd med brukermedvirkningens formål. Flere av informantene hadde eksempler på tilbud til brukerne.

Foreldre har etterspurt foreldreveiledningskurs, det har vi nå, og der har vi hatt venteliste.

Tilbudene vi har i kommunen har nok kommet som et resultat av brukernes behov, vi lytter nok mer i dag enn for noen år siden, vi spør ofte men ikke systematisk, er det noe vi kan gjøre annerledes, er dette noe som fungerer for dere?

Har hatt et spesielt tilbud til unge mødre, nå er det ikke så mange unge mødre og dermed faller tilbudet bort.

Det er viktig å påpeke at flere av disse tilbudene er høyst frivillig, det er ikke forventet at brukerne skal delta. Ved de tradisjonelle konsultasjonene har helsesøstre en forventning om deltakelse, som grunner i barnets rett til helseundersøkelser, selv om helsestasjonstjenesten i seg selv er et frivillig tilbud. At helsestasjoner tilbyr tjenester etter brukernes behov er ikke en selvfølge

Jeg opplever ikke at foreldre etterspør grupper og kurs. Vi er en liten kommune, og det blir gjerne blir få deltakere til å gjennomføre dette.

Det å kunne yte tjenester til brukerne etter behov handler i stor grad om ressurser, og ikke minst hvor stort behovet er. Som vi ser av utsagnet over er det en utfordring i de mindre kommunene å tilby tjenester etter behov, det ser da ut til at kommunen får en kultur som aksepterer dette, og dermed etterlyser ikke brukerne spesielle tilbud heller.

### **5.3 Hva påvirker av utøvelsen av brukermedvirkning i helsestasjonen?**

Helsepersonell plikter å ivareta muligheten for medvirkning, men medvirkningen må baseres på frivillighet fra den som mottar helsetjenesten (Andrews, 2003). Retten til å medvirke ved valg av metode er gyldig kun så lenge helsepersonell ikke mener en annen metode er bedre egnet eller faglig mer forsvarlig (Olsen, 2005).

#### **5.3.1 «Vi kan ikke vike for mye fra skjema»**

Informantene forteller at brukerne får tilbud om å påvirke eller styre innholdet i individuelle konsultasjoner, og som nevnt tidligere blir alle brukere spurt om hva de ønsker å ta opp i konsultasjoner. På den måten ser det ut til at brukermedvirkning på individnivå oppfylles i stor grad, men på den andre siden gjelder brukerens medvirkningsrett kun innenfor visse rammer. Dersom brukerens behov går ut over helsesøsterens faste oppgaver for konsultasjonen vil medvirkningen fremstå som betydelig mindre. Informantene sier følgende:

Det hender noen ganger at de havner bare på et tema, og da må man høre på dem en stund, men så må man faktisk si at vi må gjennomføre planer for konsultasjonen.

Vi prøver å lytte til hva de ønsker, men i enhver konsultasjon har vi jo veileder og sånne ting. Men vi lytter til hva de mener er viktig, mulig vi må sette opp ekstra konsultasjon.

Vi er flinke til å la foreldrene styre innholdet, selv om vi har en liste, er det viktigste hva foreldrene ønsker å fokusere på.. men vi kan ikke vike for mye fra skjema.

Vi må jo ikke gjennom alle punktene, det viktigste er brukerens behov, eventuelt kan man jo sette opp en ekstra konsultasjon.

Disse utsagnene forteller at helsesøstrene er sterkt bundet av nasjonale retningslinjer. De ønsker at brukernes behov skal komme i første rekke, deretter er det viktig for dem at barnet får en kvalitetssikret helseundersøkelse. Og dette kan noen ganger havne i konflikt med hverandre, det ser ut til at helsesøstrene løser dette ved å tilby ekstra konsultasjoner slik at det ene ikke går på bekostning av det andre. Spørsmålet er da hvordan dette ser ut i lys av brukermedvirkningen? Det ser ut til at brukermedvirkningen i disse situasjonene blir litt kneblet. Helsesøsters ideologi kan oppsummeres til «det beste for barnet», og de setter da verdien av barnets lovfestede rett til helseundersøkelser høyere enn foreldrenes behov. Det leder oss tilbake til pasient- og brukerrettighetsloven som sier det er foreldrene som skal ivareta barnets interesser ved medvirkning inntil barnet fyller 16 år. Det er viktig at både barnet og foreldrene blir ansett som brukeren i sånne situasjoner, de må fungere sammen som helhet for at barnet skal ha best mulige forutsetninger for et godt liv. Helsesøstrene ser ut til å etterstrebe «Ja takk, begge deler», og det virker som en god løsning som brukerne er fornøyd med, samtidig som det strider imot brukermedvirkningens hensikt. Dette bekreftes av Larsens (2007) studie som sier selv om brukermedvirkning betegnes som viktig, kan det synes som om brukernes innflytelse på helsestasjonstilbudet er relativt liten.

### **5.3.2 «Hvordan få folk til å ta de rette valgene»**

Helsesøstrene treffer de fleste familier, og derfor familier fra ulike samfunnsklasser med ulike tradisjoner, kulturer og ikke minst familier med ulike ressurser. Samfunnets utvikling gir større tilgang til kunnskap enn tidligere, og dette er en positiv utvikling. Men samtidig kan det virke mot sin hensikt, det krever en viss kompetanse for å kunne skille relevant informasjon fra irrelevant informasjon. Foreldre i dag har mye ulik informasjon å forholde seg til, i tillegg er familiestrukturer i endring og dermed er foreldrerollen utfordrende på flere områder. Med dette kan man forstå at brukergruppen av helsestasjonstjenesten har bestemte egenskaper, som

andre brukergrupper ikke har. Majoriteten av brukerne er friske foreldre med friske barn, de har ikke behov for spesielle tiltak og oppfølgingsplaner. Og dermed er deres behov og interesser av en annen rang enn for eksempel funksjonshemmede. Brukerne av helsestasjonstjenesten kan være usikre på foreldrerollen, hva som er best for barnet og andre hverdagslige problemer. Da søker de gjerne til de som er sikre, de som kan gi dem svar og som de har tillit til.

Vi ser mange usikre mødre, de trenger mye veiledning og støtte, eller bekreftelse på at de har tatt de riktige valgene. Vi skal ikke bestemme veien de skal gå, men veilede de videre i en prosess.

Hvis de strever med noe ekstra bruker vi tid på å motivere brukere, slik at vi tidlig kan formidle et behov for hjelp fra andre.

Informantene er her opptatt av å støtte brukerne, de ønsker å bidra til at brukerne er i stand til å gjøre gode valg på vegne av seg selv og barnet. Denne empowerment-prosessen er viktig i helsesøstrenes arbeid, og bekreftes i Wangs (2005) studie hvor hun sier helsesøstrene har tro på familiene, de ansvarliggjøres og blir samarbeidspartnere med helsesøstrene i oppfølging av barnet. Denne prosessen er vesentlig for utøvelse av brukermedvirkning siden den kan bidra til at foreldre blir mer rustet til å medvirke, men den bidrar ikke automatisk til en reel brukermedvirkning. Det virker derfor som at empowerment bidrar til økt brukermedvirkning i form av at brukeren blir i bedre stand til å medvirke. Ved enkelte tilfeller kan brukeren vise mindre evne til å gjøre gode valg på vegne av barnet. Det blir opp til helsesøster å vurdere brukerens evne til å ta i mot veiledning og reflektere over hva som er best for barnet.

Noen foreldre kan reflektere, mens andre ikke har den egenskapen, da er det veldig vanskelig, man bestemmer på familiens vegne.

I slike situasjoner er det lite brukermedvirkning, informantene sier i dette utsagnet at man noen ganger må ta kontroll og bestemme på familiens vegne. Det sier lite om prosessen i forkant og etterkant av at helsesøster tar valg på deres vegne, og hvordan foreldrene opplever dette. Hvordan helsesøster vurderer brukernes ressurser vil derfor påvirke brukerens muligheter for brukermedvirkning. Larsen (2007) hevder at brukerens rett til selvbestemmelse av og til kommer i konflikt med helsesøstrenes kontrollfunksjon. Og ved enkelte tilfeller er det nødvendig at helsesøster tar en mer kontrollerende funksjon, spesielt i de tilfeller hvor foreldrene ikke evner å reflektere over sine valg. Helsesøster anser vanligvis barnet og deres



foreldre som en bruker, men det fremkommer da at i de tilfeller helsesøster tviler på foreldrenes evne er det barnet som får høyeste prioritet. Helsesøster skal til enhver tid følge myndighetskrav og anbefalte faglige retningslinjer for helsefremmende og forebyggende arbeid i Norge (Landsgruppen av helsesøstre, 2011). Og nettopp dette kan bidra til at konflikten mellom myndighetskrav og brukermedvirkning forsterkes.

Brukermedvirkning er ikke at brukerne alltid skal få det de vil ha. Det blir opp til oss fagfolk og prioritere, og det må vi gjøre hardt hver eneste dag.

Helsesøstertjenesten utføres av helsesøstre, og disse har en sterk fagbakgrunn. Deres fagekspertise tilsier at de er spesialister i sitt felt, og ekspertisen er bygget opp av en sterk tilknytning nasjonale retningslinjer og forskning, med andre ord vitenskapelig dokumentasjon gjennom evidensbaserte metoder (Klovning og Lie, 2006).

Vi snakker mye om hvordan vi kan få folk til å ta de rette valgene. Hvordan vi bør kommunisere for at de skal ta de rette valgene utfra et folkehelseperspektiv.

Noen ganger bruker vi sterk overbevisning for å få foreldrene til å gjøre det vi ønsker. Prøver å selge inn min løsning og håper de tar imot. Jeg tenker jo at fagfolks bekymring blir tatt på alvor av brukerne.

Det er ingen tvil om at helsesøstrenes intensjoner er gode i møte med brukerne, og deres sterke tilknytning til myndighetskrav gir dem en forståelse for hva som er rett og galt for et barn i utvikling. Helsesøstrene ønsker at brukerne skal gjøre gode valg for sine barn og de er villig til å styrke foreldrene i prosessen mot de gode valgene, samtidig arbeider hun ut i fra en forutsetning om at helsesøster vet best. Er det da en hårfin grense mellom empowerment og manipulasjon, dersom empowerment-strategien brukes feil? Dersom man bruker sterk overbevisning for å få brukerne til å ta de rette valgene, beveger man seg bort fra brukermedvirkningsprinsippet og nærmer seg det Arnstein beskriver som manipulasjon. På den andre siden er det ikke manipulasjon så lenge helsesøster har en åpen agenda.

Maktforholdet mellom partene er i utgangspunktet skjevt, da de profesjonelle sitter med mye kunnskap på feltet. Helsesøsters makt kan vurderes som relativt mindre enn andre faggrupper som for eksempel sosialarbeidere og barnevernspedagoger som sitter i posisjoner som kan gi eller frata brukerne rettigheter. Helsesøstre har i større grad en støttefunksjon for foreldrene og deres makt består av kunnskap, men tjenesten er frivillig og brukerne har mulighet til å velge bort tilbudet.

Jeg har veldig mye makt. Vi burde ha mer opplæring på det, for når vi bruker denne makta og bruker den feil oppnår vi ingenting.

Informanten erkjenner sin maktposisjon, og sier noe om hvordan erfaring påvirker ens oppfattelse av en maktposisjon og ikke minst at man bør ha respekt for denne makten slik at den ikke misbrukes, da det kan virke i mot helsestasjonstjenestens hensikt.

### **5.3.3 «Vi kan ikke sitte alene»**

Det finnes lite systematikk i driften av helsestasjoner, til tross for at tjenesten har sterke nasjonale føringer. Hver enkelt kommune prioriterer driften av tjenesten, noe som medfører ulike tilbud til brukerne avhengig av bosted. De fleste helsestasjoner klarer ikke følge opp lovpålagte oppgaver, dette kommer også frem i helsetilsynets rapport (2012). Det er også store variasjoner mellom kommunene når det gjelder antall årsverk helsesøster pr innbygger. Kommunene står fritt til å velge organisatoriske løsninger for å ivareta sitt ansvar for å yte helse og sosialtjenester. Tradisjonelt organiserer kommunene tjenestene i ulike kommunale etater og virksomheter (NOU 2005:3).

Hva som prioriteres vekk når det mangler ressurser er opp til hvert enkelt tjenestested, det er med andre ord ingen systematikk fra nasjonalt hold om prioriteringer over hva som bør prioriteres. Dette strider imot kvalitetssikring av helsetjenester, som sier man skal sørge for like tjenester uavhengig hvor du bor.

Vi kan ikke sitte alene, man må tenke flerfaglig, jeg kunne ikke tenke meg noe annen måte å jobbe på.

Noen kommuner har valgt å organisere sin helsestasjonstjeneste gjennom familiesentre. Disse tilbyr i høyere grad flere ulike tjenester, som for eksempel foreldreveiledning, samlivskurs, egne grupper til unge mødre eller mødre med psykiske utfordringer. Det som kjennetegner familiesentrene er stor grad av tverrfaglighet, flere yrkesgrupper er samlet under et tak og tilbyr variert oppfølging etter behov. Informantene påpeker at økt tverrfaglig samarbeid bidrar til økt brukermedvirkning:

Vi har familiemøter, hvor familien setter agendaen i møte med kommunens samlede helsetjenester (barnevern, helsestasjon, barne- og ungdomspsykiatri, kultur, pedagogisk-psykologisk tjeneste, rus og psykiatri, fastlege), alt etter behov. Familien forklarer sin bekymring og vi diskuterer ulike metoder og tiltak som kan hjelpe familien.

Større kommuner ser ut til å være preget av tilgang til mer prosjektmidler, som igjen påvirker utøvelsen av brukermedvirkning. Det virker som det er enklere å iverksette prosjekter når man har flere medarbeidere og samarbeidspartnere. Kommuner som driver prosjekter, har mulighet til å iverksette ulike prosjekter som kan knyttes til brukernes behov.

I tillegg viser det seg at de største kommunene i større grad har merkantile ressurser, med dette oppnår man en mer tilgjengelig tjeneste. Flere informanter anser det som viktig for brukermedvirkning at man har en reell lavterskel tjeneste, hvor brukerne får kontakt ved behov. I henhold til Wangs (2005) studie vil det å være lett tilgjengelig bidra til trygge brukere av helsestasjonen. Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er et av formålene med folkehelseoven å utjevne sosiale helseforskjeller, med dette bør man se for seg at brukere av helsestasjonstjenesten skal kunne motta det samme tilbudet uavhengig av bosted, noe som ikke er tilfelle i dag.

## 6. Oppsummering og konklusjon

Helsesøstrene påpeker alle at brukermedvirkning er en stor verdi for tjenesten, og de gir uttrykk for at de ønsker mer medvirkning fra brukerne og mer fokus på begrepet. De opplever i liten grad at brukermedvirkning som begrep er kjent i helsestasjonstjenesten. Likevel er helsesøstrene kjent med ulike aspekter ved brukermedvirkning, men ingen har god kjennskap til hvor omfangsrikt brukermedvirkning faktisk er. Det skiller lite mellom empowerment og brukermedvirkning i det daglige arbeidet i helsestasjonstjenesten.

Helsestasjonene har ulik praktisering av brukermedvirkning. Familiesentre ser ut til å ha større grad av brukermedvirkning enn de tradisjonelt organiserte helsestasjonene.

Fellestrekkene for alle helsestasjonene er at helsesøstrene vektlegger brukernes ønsker i individuelle- og gruppekonsultasjoner, brukernes ønsker blir ivaretatt så fremst de ikke fører til at helsesøster ikke får utført sine planlagte arbeidsoppgaver. Helsesøstrene gir gjerne brukerne ekstra konsultasjoner ved behov og ønsker tilbakemeldinger fra brukerne. Flere av helsestasjonen har systematiske brukerundersøkelser, men dette er ikke gjennomgående for alle, til tross for at det påpekes i lovverket. Ingen av helsestasjonene har kjennskap til brukermedvirkning på et politisk nivå. Dersom vi ser på praktisering av brukermedvirkning i lys av Arnsteins stige tilbyr helsesøstre sine tjenester for det meste innenfor grader av legitimering. I spesielle tilfeller går man over til grader av borgermakt.

Ulike grader av borgermakt	8. Borgerkontroll	
	7. Delegert makt	
	6. Partnerskap	Koordinering av individuelle planer, samarbeids- og ansvarsgrupper for barn med spesielle behov
5. Representasjon		
Grader av legitimering	4. Konsultasjon	Individuelle- og gruppekonsultasjoner, samt helseopplysning
	3. Informasjon	
Ikke-deltakelse	2. Terapi	
	1. Manipulasjon	

Figur 2: Arnsteins stige i lys av helsesøstertjenesten

Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten påvirkes i aller høyeste grad av helsesøstrenes sterke tilknytning til myndighetskrav og nasjonale retningslinjer. Disse danner grunnlaget for den ekspertisen helsesøstrene utøver, men det kan se ut til at denne ekspertisen havner i

konflikt med brukernes rett til medvirkning. Helsesøstre skal handle i tråd med retningslinjer og de skal sørge for at brukerne medvirker, det er ikke alle tilfeller dette lar seg gjøre og da svekkes brukervedvirkningen i tjenesten.

Det er ingen tvil om at helsesøster har gode intensjoner i møte med brukerne. Men brukervedvirkning er fortsatt et diffust begrep, og det er uklart hvordan helsesøstre skal kombinere myndighetskrav med brukervedvirkning. Det er også behov for en kartlegging av brukernes ønsker og behov for brukervedvirkning i helsesøstertjenesten.

## 7. Litteraturliste

Andrews, T. (2003). *Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten*. Tidsskrift for velferdsforskning, vol.9, No.1.

Arnstein, S. (1969). *A ladder of citizen participation*. JAIP, Vol. 35, No. 4, July URL: <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html> (Lest 3.mai 2012)

Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bakke, T. (2009). *Brukermedvirkning på tre ulike nivå*. Helsebiblioteket. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Om+lovverket/32819.cms> (Lest 3.mai 2012)

Befring, A.K. (2004). *Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom*. Tidsskrift for den norske lægeforening. Nr.5- 4. 124:667-8 URL: <http://tidsskriftet.no/article/987029> (Lest 24.mars 2013)

Dahle, K.A. (2010). *Hvordan brukerne opplever samhandling og brukermedvirkning i helsetjenesten?* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=Dahle&sa.x=0&sa.y=0> (Lest 23.mai 2012)

Dommerud, Tine (7.februar 2013). *Helsesøster mangler tid til å hjelpe*. Aftenposten URL: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Helsesostre-mangler-tid-til-a-hjelpe-7114171.html> (Lest 10.april 2013)

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (Internkontrollforskrift i helsetjenesten) 20.desember 2002 nr.1731.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj.) 3.april 2003 nr.405.

Heian, F.(2006). *Samfunnsmedisinsk virksomhet*. I: Misvær, N og G. Oftedal (2006): Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Kommuneforlaget AS, Oslo, s. 27-37.

Helsedirektoratet (2005). *Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3.april 2003 nr. 405*. IS-1154.

Helsedirektoratet (2012). *Brukermedvirkning*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx> (Lest 25.03.13)

Helseth, S. (1999). *Hjelp i skrikende stund»- utvikling av en modell for helsesøstertilnærming til foreldre og barn når spedbarnet har kolikk*. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Doktoravhandling for institutt for sykepleievitenskap

Helsetilsynet (2012). *Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten*. URL: <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Styre-for-a-styrke-Rapport-fra-tilsyn-med-helsestasjonsvirksomheten/> (Lest 03.01.13)

Klovning, A. og K.K. Lie (2006). *Fagutvikling*. I: Misvær, N og G. Oftedal (2006): Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Kommuneforlaget AS, Oslo, s. 39-54.

Kommunal- og regionaldepartementet (2009). *Brukermedvirkning*. Regjeringen Stoltenberg II. <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktoykasse/brukermedvirkning/brukermedvirkning.html?id=582859> (Lest 3.mars 2013)

Kommunesektorens organisasjon (KS) (2012). *Bedrekommune*. [http://www.ks.no/PageFiles/33479/Resultater%20fra%20brukerunders%c3%b8kelser%202012%20med%20tekst%20\(3\).pdf?epslanguage=no](http://www.ks.no/PageFiles/33479/Resultater%20fra%20brukerunders%c3%b8kelser%202012%20med%20tekst%20(3).pdf?epslanguage=no) (Lest 10.april 2013)

Landsgruppen av helsesøstre NSF (2011). *Spesialistgodkjenning av helsesøstre*. Norsk sykepleierforbund. URL:  
<https://www.sykepleierforbundet.no/Content/696919/Helses%F8sters%20kompetanse.%20fulversjon.pdf> (Lest 3.januar 2012)

Larsen, T. (2007). *Fra ekspert til samarbeidspartner. En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen*. Institutt for sykepleievitenskap. Hovedoppgave.

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 24.juni 2011 nr.29

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 24.juni 2001 nr.30

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metode i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2.utgave

Melding til Stortinget (2012-13). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet nr.10.

Misvær, N og G. Oftedal (2006). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Molven, O. (2009): *Helse og jus*. Gyldendal Akademisk, Oslo

NOU (1998). *Det er bruk for alle*. Helse- og omsorgsdepartementet nr. 18.

NOU (2001). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Sosial- og helsedepartementet, nr. 22.

NOU (2004). *En ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Arbeidsdepartementet. Nr.13

NOU (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementets nr. 3.



Olsen, B.C.R. (2005). *Om å vite best...sammen*. I: Stamsø, M.(red.) *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 128-51.

Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2.utgave.

Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse*. IS-1315

Statens helsetilsyn (1998): *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IK-2618

Stortingsmelding (1996). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Arbeidsdepartementet, nr.34

Sykepleien (2009). *Veiledning for skriving av vitenskapelige artikler*. URL: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p\\_document\\_id=198933](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_document_id=198933) (Lest 3.mars 2013)

Syse, A. (2009). *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal akademisk AS. 3.utgave.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 3.utgave

Wang, I. (2005). *En alternativ helsestasjons metoder: en undersøkelse av hva helsestasjonen i et familiesenter gjør for å nå brukere som uteblir fra det ordinære tilbudet*. Universitetet i Oslo. Masteroppgave.

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning, kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

## 8. Artikkel:

# Gode intensjoner er ikke nok!

En kvalitativ studie av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten.

Av Mona Lauritsen

## Sammendrag

### Bakgrunn:

Brukermedvirkning er et politisk mål for virksomheten i kommunale helsestasjoner. Studier påpeker at brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten er et vagt begrep som behøver økt fokus og mer forskning.

### Hensikt:

Hensikten med studien er å bidra til mer fokus på brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten. Og tilføye helsesøstrene mer kunnskap om et omfangsrikt begrep, slik at de på sikt kan være mer bevisst brukermedvirkning i det daglige arbeidet og utvikling av tjenesten.

### Metode:

Studien er gjennomført ved en kvalitativ metode. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer med ledende helsesøstre ved sju helsestasjoner.

### Resultater:

Helsesøstrene har variert forståelse av brukermedvirkning. Brukermedvirkning praktiseres til dels på individnivå og systemnivå. Myndighetskrav og ulik organisering av helsestasjonene påvirker utøvelsen av brukermedvirkning.

### Konklusjon:

Helsesøstrene har gode intensjoner for brukermedvirkning, men totalt sett noe mangelfull kunnskap om begrepet. Helsestasjonstjenesten kunne med fordel utarbeidet en egen definisjon for brukermedvirkning, som kunne bidra til minske konflikten mellom myndighetskrav og brukerens rett til medvirkning.

**Nøkkelord:** Brukermedvirkning, helsestasjon, helsesøstre, kvalitativ studie

## **Innledning**

Brukermedvirkning og befolkningsdeltakelse er nøkkelprinsipper i folkehelsearbeidet(1) og beskrives gjerne som grunnlaget for utvikling i helsetjenester. Brukermedvirkning har vært et politisk mål for virksomheten i kommunale helsestasjoner i flere tiår og begrepet gjenspeiler seg i en rekke sentrale lovverk, forskrifter, nasjonale planer og veiledere for tjenesten(2-7). Likevel er prinsippet vagt formulert i veiledere for praksis(8). Det har vært gjort en del forskning på brukermedvirkning i helsetjenester, et raskt litteratursøk viser at områder som psykisk helse og funksjonshemmede fremheves innen dette feltet. Derimot har vi lite forskning på brukermedvirkning innenfor helsestasjonstjenesten. De studier som er gjort viser behov for en mer tydelig redegjørelse av begrepet brukermedvirkning og dens rolle i dagens helsesøstertjeneste.

Av nasjonal forskning på brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten finnes bekreftelser på at begrepet og praktiseringen av brukermedvirkning er noe uklar. En undersøkelse konkluderer med at 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(8). Dette bekreftes av en annen studie som sier at brukermedvirkning er svakt forankret i helsestasjonstjenesten. Brukerne deltar lite i utformingen av tjenestens tilbud og de har ingen formell stemme. Det som måtte være av demokratiske islett i virksomheten, overskygges av den profesjonelle kontrollen som fortsatt er sterkt til stede (9).

En tredje studie konkluderer med at helsestasjonens brukere har mulighet til å påvirke tilbudene og det satses på brukermedvirkning. Tjenesten har forankring innen mestring, empowerment og satsing på friskfaktorer. Mindre kontroll fra helsestasjonens side og ansvarliggjøring av brukerne skal gjøre partene likeverdige(10).

Disse studienes konklusjoner er gir ulike inntrykk av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten, og påpeker at dette er et område som behøver økt fokus og mer forskning. Hvis man på sikt ønsker en reel brukermedvirkning som en grunnleggende verdi i helsestasjonstjenesten, mener jeg det er behov for å kartlegge ledende helsesøstre forståelse av begrepet og hvordan brukermedvirkning praktiseres i helsestasjonstjenesten. Denne artikkelen tar utgangspunkt i en masteroppgave med følgende problemstilling:

- Hvordan forstår og praktiserer ledende helsesøstre brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten?

For å kunne gi utdypende svar på problemstillingen vil denne studien også se nærmere på hva som påvirker forståelsen og praktiseringen av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten.

### *Hva er brukermedvirkning?*

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) sier brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp, dette kan fremstå som noe vagt og sier lite om praktiseringen av brukermedvirkning. Videre defineres brukermedvirkning i stortingsmelding nr.34 (1996-97) som at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. Her ser vi at brukerens rett fremstår som noe sterkere ved at brukere også skal delta i utforming av tjenesten.

En kjent teori om brukermedvirkning er Arnsteins stige(11). Shelley Arnstein utviklet allerede i 1969 en åttetrinns typologi for befolkningsdeltakelse. I denne klassifiserte hun ulike former for deltakelse etter muligheten for å jevne ut maktforskjeller.

Ulike grader av borgermakt	8. Borgerkontroll
	7. Delegert makt
	6. Partnerskap
Grader av legitimering	5. Representasjon
	4. Konsultasjon
	3. Informasjon
Ikke-deltakelse	2. Terapi
	1. Manipulasjon

Figur 1: Arnsteins stige

Brukermedvirkning kan skje på tre nivåer, individ-, system- og politisk nivå(12). På individnivå er det brukeren som mottar tjenestetilbudet eller de som ivaretar dennes interesser som står i sentrum. På systemnivå vil brukerne inngå i et likeverdige samarbeid med tjenesteapparatet. Brukerne kan være representanter for brukerorganisasjoner eller

brukergrupper i planlegging og drift av tjenestetilbud. På politisk nivå trekkes brukerorganisasjonene inn i planleggingsprosessene før beslutningene fattes.

Empowerment er et begrep som er tett knyttet til brukermedvirkning. Empowerment er en strategi som tilbyr reel brukermedvirkning(13), ved å ta utgangspunkt i brukerens ressurser, styrke og eksisterende kraft, uansett hvor liten den måtte være. Det handler om å styrke brukeren som enkeltindivid slik at vedkommende gis økt makt og myndighet i eget liv(14).

### **Metode og utvalg**

Studien ble gjennomført med en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet til å få innsikt i andres erfaringer og opplevelse (15). Kriteriet for utvelgelse var helsesøstre med lederrolle. I tillegg ble det lagt vekt på at informantene var av begge kjønn, representerte helsestasjoner fra ulike geografisk områder og at helsestasjonens størrelse varierte. 7 informanter representerte 1 mann og 6 kvinner fra 7 ulike helsestasjoner. Helsestasjonene var av ulik organisering, fra tradisjonelle helsestasjoner til familiesenter. Informantene ble kontaktet personlig og informert om prosjektet, alle som ble kontaktet samtykket til å delta i prosjektet. Intervjuene ble gjennomført etter en intervjuguide. I forkant av intervjuet fikk informanten ikke innsyn i intervjuguiden, de fikk kort informasjon om tema og bakgrunn for oppgaven. Jeg ønsket ikke at informantene skulle tenke mye over brukermedvirkning i forkant, men heller svare spontant.

### **Analyse og resultater**

Datamaterialet ble fortløpende transkribert og kategorisert. Den følgende analysen er inndelt i tre tema: Helsesøsters forståelse av brukermedvirkning, hvordan praktiseres brukermedvirkning og hva påvirker utøvelsen av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten forståelse og praktisering.

#### *Helsesøstrenes forståelse av brukermedvirkning*

Helsesøstrene gir uttrykk for at de er usikre på hvordan de vil beskrive brukermedvirkning. Ingen av dem bruker brukermedvirkning som ord aktivt i hverdagen, og forholder seg dermed lite til begrepet. Men helsesøstrene har mange tanker om hva brukermedvirkning innebærer. En helsesøster sier: «Jeg tenker det handler om å lytte til brukeren, hva de tenker om tjenesten vår». En annen helsesøster har sammenlignbare tanker: «For meg handler det om å undres sammen med brukeren om hva problemet er, sånn at jeg får en rett forståelse av problemet og

kan finne tiltak ut i fra det.» Helsesøstrene har tanker om at brukervedvirkning dreier om å sette søkelyset på brukeren, de er opptatt av å se individet som sitter foran dem. Og det er gode intensjoner som kan danne et godt grunnlag for brukervedvirkning.

Det var stor variasjon i svarene som ble gitt, noen helsesøstre sier de ikke er vant til å tenke på brukervedvirkning og svarer med spørsmålsformulering som: «Har vi en tjeneste som tilbyr brukervedvirkning? Spørreskjema? Samtykkeskjema? Brukerundersøkelser?» Til tross for usikkerhetene som ble uttrykt gav informantene inntrykk av at de har en viss forståelse for hva brukervedvirkning handler om. Helsesøstrene tar opp flere vesentlige aspekter ved brukervedvirkning som brukerundersøkelser, tilbakemeldinger og respekt for brukeren.

### *Praktisering av brukervedvirkning*

Det er en relativt sterk brukervedvirkning på individnivå i helsestasjonstjenesten med tanke på innholdet i konsultasjoner. Helsesøstrene prioriterer brukerens behov i både individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner. «I alle våre konsultasjoner er det øverste punktet hva foreldrene ønsker å ta opp... Det viktigste er brukerens behov.» Dette utsagnet er en gjenganger, bort i mot alle helsesøstrene etterspør brukerens behov i de ulike konsultasjonene. Selv om brukerne får tilbud om å styre innholdet i konsultasjonen, har dem tilsynelatende liten innflytelse på selve helsestasjonsprogrammet. At brukerne skulle kunne medvirke på utformingen av oppfølging virker litt fremmede for helsesøstrene. En helsesøster sier: «Jeg har aldri hørt om at noen ønsker å endre det tradisjonelle helsestasjonsprogrammet, jeg tenker folk på en måte er takknemlig for at vi er her, at det er en betryggelse at vi følger opp ungene».

Helsesøstrene er opptatt av tilbakemeldinger fra brukerne. Men det er stor variasjon i hvilken måte og i hvor stor grad de oppsøker og legger til rette for tilbakemeldinger. En av helsesøstrene uttrykker følgende: «Vi oppfordrer brukerne til å gi tilbakemeldinger i gruppene, vi er opptatt av tilbakemeldinger og tilrettelegger så langt som mulig». Her ser vi igjen at helsesøster ønsker tilbakemeldinger for å kunne gi brukeren best mulig tilbud, samtidig oppfordres det til at brukerne kan utvikle ha en kultur i grupper for å gi tilbakemeldinger. Det er ingen selvfølge at det blir oppfordret til tilbakemeldinger i gruppene. En annen helsesøster sier følgende: «Jeg opplever lite at de kommer med tilbakemeldinger, men vi åpner vel kanskje ikke godt nok opp for det».

Alle helsesøstrene nevner brukerundersøkelser som en del av brukermedvirkning. Brukerundersøkelser gjennomføres systematisk i mer enn halvparten av de kartlagte kommunene. Det er de minste helsestasjonene som ikke har noen form for systematisk undersøkelse. Helsesøstrenes erfaring med brukerundersøkelser er svært ulik, noen synes det er gjennomgående positivt da det styrker motivasjonen til medarbeidere og bidrar til kvalitet. Andre mener det er vanskelig å få oppslutning fra brukerne, brukerne ønsker ikke delta fordi de synes alt fungerer greit. Enkelte helsestasjoner har ikke ressurser til å gjennomføre brukerundersøkelser. De helsestasjonene som gjennomfører systematiske brukerundersøkelser bruker resultatene aktivt i forbedring av tjenestetilbudet.

Flere helsestasjoner har tilbud til brukerne utover de nasjonale retningslinjene, flere av disse er basert på etterspørsel fra brukerne og/eller helsesøsterens vurdering av behov ved helsestasjonen. En av helsesøstrene sier: «Dersom vi har et tilbud som ikke møter brukerne har det ingen hensikt».

#### *Påvirkningsfaktorer*

Helsesøstrene forteller at brukerne får tilbud om å påvirke eller styre innholdet i individuelle konsultasjoner, samtidig sier de noe om at dette er kun innenfor visse rammer. Helsesøstrene forteller følgende: «Det hender noen ganger at de havner bare på et tema, og da må man høre på dem en stund, men så må man faktisk si at vi må gjennomføre planer for konsultasjonen». Utsagn som dette forteller at helsesøstrene er sterkt bundet av nasjonale retningslinjer. De ønsker at brukernes behov skal komme i første rekke, men det viktig for dem at barnet får en kvalitetssikret helseundersøkelse. Altså kan helsesøstrenes sterke tilknytning til retningslinjer og veiledere bidra til en mindre grad av brukermedvirkning.

Videre forteller helsesøstrene om brukernes behov for støtte i konsultasjoner: «Vi ser mange usikre mødre, de trenger mye veiledning og støtte, eller bekreftelse på at de har tatt de riktige valgene. Vi skal ikke bestemme veien de skal gå, men veilede dem videre i en prosess».

Denne prosessen kan også beskrives som empowerment, som kan bidra til økt brukermedvirkning i form av at brukeren blir i bedre stand til å medvirke. Ved enkelte tilfeller kan brukeren vise mindre evne til å gjøre gode valg på vegne av barnet. Det blir opp til helsesøster å vurdere brukerens evne til å ta i mot veiledning og reflektere over hva som er best for barnet. En helsesøster sier: «Noen foreldre kan reflektere, mens andre ikke har den egenskapen, da er det veldig vanskelig, man bestemmer på familiens vegne». Dermed vil også

helsesøsters vurdering av foreldrenes ressurser påvirke brukervedvirkning.

Helsestasjonstjenesten utføres av helsesøstre, og disse har en sterk fagbakgrunn med utspring i evidensbasert forskning. «Vi snakker mye om hvordan vi kan få folk til å ta de rette valgene. Hvordan vi bør kommunisere for at de skal ta de rette valgene utfra et folkehelseperspektiv». Innholdet i dette utsagnet kommer fra flere helsesøstre, de er opptatt av at brukerne skal ta de «rette» valgene, noen bruker også ordlyden «sterk overbevisning» for at brukerne skal ta de rette valgene. Helsesøstrene ønsker at brukerne skal gjøre gode valg for sine barn og de er villig til å styrke foreldrene i prosessen mot de gode valgene.

Det finnes lite systematikk i driften av helsestasjoner, til tross for at tjenesten har sterke nasjonale føringer. Hver enkelt kommune prioriterer hvordan de drifter tjenesten, noe som medfører ulike tilbud til brukerne avhengig av bosted. Organiseringen av helsestasjonstjenesten påvirker brukervedvirkning. Noen kommuner har valgt å organisere sin helsestasjonstjeneste ved familiesentre. Det ser ut til at økt tverrfaglig samarbeid bidrar til økt brukervedvirkning fordi brukerne får flere ulike tilbud under samme tak.

### **Drøfting**

Helsesøstrenes forståelse av brukervedvirkning omhandler i stor grad å se hvert enkelt individ, og dette er i tråd med hensikten om at brukervedvirkning handler om respekt for et menneskes integritet og at et menneske skal ha rett til å bestemme over sitt eget liv og handlinger som påvirker ens liv. Helsesøstrene sier at brukervedvirkning har en stor verdi, da tjenesten skal være til beste for brukerne og ikke motsatt. Helsesøstrene har lite kjennskap til teorier om grader og nivåer av brukervedvirkning. Men de trekker frem flere aspekter ved brukervedvirkning, som totalt sett gir en god forståelse av begrepet, men ingen trekker frem i sin helhet hvor omfangsrik brukervedvirkning er. Med det mener jeg hvordan brukervedvirkning bør påvirke tjenesten på alle nivåer, både i møte med brukeren, på systemnivå og på utvikling av tjenesten som helhet. Dette funnet støtter Larsens (16) konklusjon om at det er behov for en klargjøring av begrunnelsen og premissene for brukervedvirkning i tjenesten. Til tross for at flere av helsesøstrene har en viss kunnskap om brukervedvirkning, er det totalt sett en mangelfull forståelse av brukervedvirkning i helsestasjonstjenesten

Helsestasjonstjenesten driver helseundersøkelser av barna på fastsatte tidspunkt i barnets utvikling, disse tidspunktene er anbefalinger fra nasjonale retningslinjer. Tidligere ble disse



undersøkelsene kalt helsekontroller, men defineres pr i dag som konsultasjoner. Dette er et grep som, sett i lys av Arnsteins stige, skal bringe tjenesten vekk fra kontrollfunksjon til en mer brukervennlig tjeneste. Sett i lys av Arnsteins stige utøver helsestasjonen sin tjeneste i stor grad ved informasjon og konsultasjon, men også ved representasjon og partnerskap. Helsesøstre har tillitt til nasjonale føringer og anbefalinger, og tenker at disse utarbeides til beste for brukerne. På den andre siden hevdes det at faglige retningslinjer har tradisjonelt støttet seg på medisinske kunnskapsoppsummeringer, og har i liten grad tatt hensyn til at brukere kan ha ulike preferanser (17).

Brukerundersøkelser er en metode hvor man kan innhente brukernes erfaringer med en tjeneste, og på den måten gi brukeren innflytelse til å påvirke et tjenestetilbud. Som vi ser gir informantene motstridende svar om brukerundersøkelser, mens noen oppfatter det som positivt og et bidrag til kvalitet, mener andre det er vanskelig å få god nok oppslutning om undersøkelsene. Helse- og omsorgsdepartementet (18) sier man må benytte brukernes erfaring med helsetjenesten for å yte best mulig hjelp, og brukermedvirkningens formål tilsier brukerundersøkelser må gjennomføres. Dette gjenspeiler seg også i lovverket gjennom forskrift om internkontroll. At brukerundersøkelser ikke gjennomføres systematisk i alle helsestasjoner er kritikkverdig. Andrews doktoravhandling (9) påpeker at mange brukere ønsker å komme til helsestasjonen for ekspertråd, de ønsker mindre veiledning og deltakelse i tjenesten. Man kan da spørre seg om ikke det også er brukermedvirkning, og ikke medvirke? Pasient- og brukerrettighetsloven sier noe om brukerens rett til å medvirke, men påpeker at de ikke har en plikt. Utfordringen for helsesøstre blir da å kartlegge brukerens behov, hvor sterk medvirkning de ønsker og på hvilken måte.

Helsestasjonstjenesten er en nasjonal helsetjeneste som forholder seg til et lovverk og nasjonale retningslinjer. Til tross for dette viser denne studien at praktiseringen av brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten kan variere fra helsestasjon til helsestasjon. Hvilke tilbud som gis til brukerne avhenger av hvilken kommune de er bosatt i, noe som strider i mot pasientrettighetsloven som skal sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester.

Det ser ut til at brukermedvirkning på individnivå oppfylles i stor grad, men på den andre siden gjelder brukerens medvirkningsrett kun innenfor visse rammer. Dersom brukerens behov går ut over helsesøsterens faste oppgaver for konsultasjonen vil medvirkningen fremstå som betydelig mindre. Helsepersonell plikter å ivareta muligheten for medvirkning og dette

kan noen ganger havne i konflikt med hverandre. Retten til å medvirke ved valg av metode er gyldig kun så lenge helsepersonell ikke mener en annen metode er bedre egnet eller faglig mer forsvarlig (11). Det ser ut til at helsesøstrene løser dette ved å tilby ekstra konsultasjoner slik at det ene ikke går på bekostning av det andre. Spørsmålet er da hvordan dette ser ut i lys av brukermedvirkningen? Det ser ut til at brukermedvirkningen i disse situasjonene blir litt kneblet. Helsesøstrene ser ut til å etterstrebe «Ja takk, begge deler», og det virker som en god løsning som brukerne er fornøyd med, samtidig som det strider imot brukermedvirkningens hensikt. Dette bekreftes av Larsens (16) studie som sier selv om brukermedvirkning betegnes som viktig, kan det synes som om brukernes innflytelse på helsestasjonstilbudet er relativt liten.

Hvordan helsesøster vurderer brukernes ressurser vil påvirke brukerens muligheter for brukermedvirkning. Larsen (16) hevder at brukerens rett til selvbestemmelse av og til kommer i konflikt med helsesøstrenes kontrollfunksjon. Og ved enkelte tilfeller er det nødvendig at helsesøster tar en mer kontrollerende funksjon, spesielt i de tilfeller hvor foreldrene ikke evner å reflektere over sine valg. Helsesøster anser vanligvis barnet og deres foreldre som brukere som en familie, men det fremkommer da at i de tilfeller helsesøster tviler på foreldrenes evne er det barnet som får høyeste prioritet. Helsesøster skal til enhver tid følge myndighetskrav og anbefalte faglige retningslinjer for helsefremmende og forebyggende arbeid i Norge (19). Og nettopp dette kan bidra til at konflikten mellom myndighetskrav og brukermedvirkning forsterkes.

Helsesøstrene er opptatt av å støtte brukerne, de ønsker å bidra til at brukerne er i stand til å gjøre gode valg på vegne av seg selv og barnet. Denne empowerment-prosessen er viktig i helsesøstrenes arbeid, og bekreftes i Wangs (10) studie hvor hun sier helsesøstrene har tro på familiene, de ansvarliggjøres og blir samarbeidspartnere med helsesøstrene i oppfølging av barnet. Denne prosessen er vesentlig for utøvelse av brukermedvirkning siden den kan bidra til at foreldre blir mer rustet til å medvirke, men den bidrar ikke automatisk til en reel brukermedvirkning.

Det er ingen tvil om at helsesøstrenes intensjoner er gode i møte med brukerne, og deres sterke tilknytning til myndighetskrav gir dem en forståelse for hva som er rett og galt for et barn i utvikling. Helsesøster ønsker at brukerne skal gjøre gode valg for sine barn og hun er villig til å styrke foreldrene i prosessen mot de gode valgene, samtidig arbeider hun ut i fra en

forutsetning om at helsesøster vet best. Er det da en hårfin grense mellom empowerment og manipulasjon, dersom empowerment-strategien brukes feil? Dersom man bruker sterk overbevisning for å få brukerne til å ta de rette valgene, beveger man seg bort fra brukermedvirkningsprinsippet og nærmer seg det Arnstein beskriver som manipulasjon. På den andre siden er det ikke manipulasjon så lenge helsesøster har en åpen agenda.

De fleste helsestasjoner klarer ikke følge opp lovpålagte oppgaver, dette kommer også frem i helsetilsynets rapport (2012). Hva som prioriteres vekk når det mangler ressurser er opp til hvert enkelt tjenestested, det er med andre ord ingen systematikk fra nasjonalt hold over hva som bør prioriteres. Dette strider imot kravet om kvalitetssikring.

### **Konklusjon**

Helsesøstre har gode intensjoner når det kommer til brukermedvirkning i tjenesten, ser brukerne som individer og møter dem med en grunnleggende respekt. Derimot har helsesøstrene en mangelfull kunnskap om brukermedvirkningens omfang.

Helsestasjonstjenesten har brukermedvirkning på individnivå innenfor visse rammer, og på systemnivå utfører enkelte brukerundersøkelser. Helsesøstrene har høy grad av empowerment i sine konsultasjoner, men ikke nødvendigvis i sammenheng med brukermedvirkning.

Helsestasjonstjenesten behøver i aller høyeste grad å utvikle en definisjon for brukermedvirkning som er tilpasset tjenesten og brukernes interesser. I tillegg er det ingen konsekvent føring for hvordan kommuner organiseres helsestasjonstjenesten, noe som gir ulike tilbud brukerne.

### **Begrensinger ved studien**

Studien gir oss et innblikk i hvordan informantene forstår og praktiserer brukermedvirkning. Informantene representerer ulike helsestasjoner fra ulike deler av landet, og når det er så store variasjoner i disse helsestasjonene er det vanskelig å si at resultatene er gjeldende for alle.

## Litteraturliste

1. **Norges offentlige utredninger.** Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, 2005.
2. **Lovdata.** Lov om folkehelsearbeid. 24.juni 2011 (folkehelseloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html> (Lest 24.mars 2013)
3. **Lovdata.** Lov om pasient- og brukerrettigheter. 7.februar 1999. (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (Lest 24.mars 2013)
4. **Lovdata.** Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. 20.desember 2002 Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20021220-1731.html> (Lest 24.mars 2013)
5. **Stortingsmelding.** Samhandlingsreformen. Rett behandling -på rett sted-til rett tid. St.meld. nr.34. Helse- og omsorgsdepartementet. 2009.
6. **Lovdata.** Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 3.april 2003.nr. 450. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20030403-0450.html> (Lest 24.mars 2013)
7. **Helsedirektoratet.** Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154. 2005.
8. **Larsen T.** Fra ekspert til samarbeidspartner? En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap. 2007.
9. **Andrews T.** Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonstjenesten. Tidsskrift for velferdsforskning, vol.9, No.1. 2003.

10. **Wang I.** En alternativ helsestasjons metoder - en undersøkelse av hva helsestasjonen i et familiesenter gjør for å nå brukere som uteblir fra det ordinære tilbudet. Oslo: Universitetet i Oslo. 2005.
11. **Olsen B.C.R.** Om å vite best, sammen: brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. Oslo: Gyldendal akademisk. 2012. s.144-76.
12. **Bakke T.** Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Helsebiblioteket. 2009. Tilgjengelig fra:<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Om+lovverket/32819.cms> (Lest 3.mai 2012)
13. **Norges offentlige utredninger.** Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1998.
14. **Askheim O.P. og B. Starrin.** Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
15. **Malterud, K.** Kvalitative metode i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2003. 2.utgave
16. **Larsen, T.** Fra ekspert til samarbeidspartner. En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen. Institutt for sykepleievitenskap. Hovedoppgave.2007.
17. **Klovning, A. og K.K. Lie.** Fagutvikling. I: Misvær, N og G. Oftedal (2006): Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2006 s. 39-54.
18. **Melding til Stortinget.** God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-13 nr.10.
19. **Landsgruppen av helsesøstre NSF.** Spesialistgodkjenning av helsesøstre. Norsk sykepleierforbund. 2011. Tilgjengelig fra:  
<https://www.sykepleierforbundet.no/Content/696919/Helses%F8sters%20kompetanse,%20fulversjon.pdf> (Lest 3.januar 2012)

## 9. Vedlegg

### 9.1 Vedlegg 1: Invitasjon og samtykkeskjema

#### Invitasjon til å delta i et forskningsprosjekt om brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten.

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergrad i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet høgskole. Hensikten med prosjektet er å få innsikt i hvordan brukermedvirkning praktiseres i helsestasjonstjenesten, hvilke utfordringer som er knyttet til brukermedvirkning og hvilke dilemmaer de ansatte opplever i den praktiske samhandlingen med brukerne.

For å finne ut mer om dette ønsker jeg å intervju ledende helsesøstre. Hvert intervju vil ta omtrent 1- 1,5 time. Tid og sted for intervjuet avtales i hvert enkelt tilfelle ved en senere anledning. Alle opplysninger du gir, vil bli behandlet konfidensielt. I masteroppgaven vil alle resultatene fra prosjektet bli anonymisert og presentert generelt.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det at du deltar i prosjektet vil ikke ha konsekvenser for deg eller ditt arbeidsforhold. Dersom du samtykker i å bli intervjuet, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen nederst på arket.

Min veileder ved Diakonhjemmet høgskole er professor Olav Helge Angell. Ønsker du flere opplysninger om intervjuet og/eller studien kan du ta kontakt med meg eller min veileder.

Takk for at du tok deg tid til å lese dette!

Med vennlig hilsen

Mona Lauritsen  
Postboks 299  
8401 Sortland  
Tlf. 92 42 48 50  
E-post: [monatlauritsen@hotmail.com](mailto:monatlauritsen@hotmail.com)

Olav-Helge Angell  
[angell@diakonhjemmet.no](mailto:angell@diakonhjemmet.no)

.....

#### Samtykkeerklæring:

Jeg samtykker med dette å bli intervjuet i forskningsprosjektet «Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten». Min deltagelse er frivillig, og jeg er kjent med at jeg kan trekke mitt samtykke tilbake når som helst.

Sted.....Dato.....Signatur.....

Telefonnummer.....

## **9.2 Vedlegg 2: Intervjuguide**

### **Informasjon til deltakeren:**

Kort orientering om bakgrunnen for prosjektet, muligheten til å trekke seg når som helst og hvordan intervjuet er lagt opp, bruk av lydbånd osv.

### **Personopplysninger:**

Kjønn, utdanning, antall år med erfaring, organisasjonens størrelse?

### **Presentasjon av problemstilling:**

*«Hvordan forstår og praktiserer ledende helsesøstre brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten?»*

Forskningsspørsmål:

- Hvordan forstår ledende helsesøstre brukermedvirkning?
- Hvordan praktiserer helsestasjonstjenesten brukermedvirkning?
- Hva påvirker brukermedvirkning i tjenesten?

### **Spørsmål til informant:**

Hva forstår du med brukermedvirkning?

Hva assosierer du med brukermedvirkning?

Hva handler brukermedvirkning om?

Hvordan utøves brukermedvirkning i helsestasjonen?

Tilrettelegger ledelsen for brukermedvirkning?

Har du eksempler på brukermedvirkning i det daglige arbeidet?

I hvor stor grad tror du brukermedvirkning legges til grunn for utvikling av tjenesten?

I hvor stor grad brukermedvirkning er sentralt for utvikling av tjenesten, sammenlignet med f.eks nasjonale retningslinjer?

### **I møte med brukerne:**

Er brukermedvirkning et tema i møte med brukere?

Har du inntrykk av at kollegaer har dette som tema?

Er brukermedvirkning enkelt eller vanskelig i helsestasjonen?

Hva gjør det enkelt eller vanskelig?

Er det områder det er lettere å la brukeren medvirke på enn andre?

Brukerne dine har forskjellige livsstil og ressurser, i hvilken grad har det innvirkning på brukermedvirkningen? Hvordan virker dette inn?

### **Maktbalanse:**

Hvordan opplever du maktbalansen generelt i møte med dine brukere?

Hva tenker du om mulighetene for brukermedvirkning i disse situasjonene?

Mange kommer av og til i situasjoner der de føler på maktesløshet i møte med brukere. Kan du komme på en slik situasjon der du følte at brukeren hadde for mye makt?

### **Brukermedvirkning som verdi:**

Er det noen gang du har opplevd at brukermedvirkning kommer i konflikt med andre viktige hensyn eller verdier?

Kan du nevne eksempler på dette?

### **Avslutningsvis:**

Hva skal til for at en lykkes med brukermedvirkning? (Hos deg, bruker, situasjon, ledelse)

### **Eksempler som kan bidra til refleksjon om brukermedvirkning:**

*Brukermedvirkning på systemnivå:* På grunn av ressursmangel anser dere det som nødvendig og slå sammen to lovpålagte konsultasjoner. Hvordan går dere frem?

*Brukermedvirkning på individnivå:* Et barn på 3 måneder viser ikke aldersadekvat motorisk utvikling, du ønsker at barnets følges opp med ekstra konsultasjoner eventuelt henvisning til fysioterapeut. Mor har ingen bekymring for barnet, da storebror utviklet seg på samme måte. Hun ønsker ingen ekstra oppfølging. Hvordan håndterer du situasjonen?

Du har en 1-års konsultasjon med en mor som er bekymret for storesøsters atferd, hun ønsker råd og veiledning på grensesetting av 4-åringer. Hva gjør du?

*Brukermedvirkning på politisk nivå:* Foreldre etterlyser flere gruppekonsultasjoner, f.eks førstehjelpskurs for småbarnsforeldre eller foreldreveiledningskurs?