

# *Brukermedvirkning som samhandling*

*En studie av hva som fremmer eller hemmer  
brukermedvirkning i rehabiliteringsarbeid.*



**Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag  
Spesialfag: Pedagogikk/fagdidaktikk**

**Kari Margrete Hjelle**

**6. juli 2001**

**Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet  
Senter for etter- og videreutdanning  
Universitetet i Bergen**

# Forord

Som ergoterapeut har jeg alltid vært opptatt av brukerens aktive medvirkning i sin rehabiliteringsprosess. Denne interessen kan spores tilbake til min studietid, da jeg leste Finn Carlings bok ”Skapt i vårt bilde”. Hans beskrivelse av hvordan helsevesenet former mennesker slik det synes er best, gjorde et sterkt inntrykk på meg. Som nyutdannet gikk jeg imidlertid i samme fellen, og visste utmerket godt hva en mor hadde behov for i forhold til å stille sitt barn med funksjonshemming. Fallgruvene har også i ettertid vært mange og store.

Med denne forskningen har jeg fått muligheter til å fordype meg i brukermedvirkningens konsekvenser for bruker og fagperson. Den har gitt meg nye perspektiv på hva det vil si å praktisere brukermedvirkning i den daglige kliniske virksomheten.

I arbeidet med denne oppgaven er det noen personer som fortjener en spesiell takk. Først og fremst vil jeg takke informantene mine; brukere og ergoterapeuter som gav meg muligheter til å få et innblikk i deres samarbeid. Det setter jeg stor pris på.

Min veileder, Otto Laurits Fuglestad, har med sin lune væremåte alltid bidratt til å skape en god atmosfære i veiledningstimene, der konkret og konstruktiv tilbakemelding har blitt gitt i en god dialog med meg. Etter hver time var jeg full av pågangsmot og inspirasjon for videre arbeid med oppgaven. Tusen takk for god samhandling.

Oppmuntring og støtte har jeg fått fra mange personer i prosessen med oppgaven. Jeg vil spesielt takke mine gode venninner, Margot Vikør og Anne Glosli. Med Margot har jeg hatt mange fine turer i skog og fjell, som har gitt meg nye tanker og inspirasjon til skrivingen. Anne og jeg har hatt mange gode og verdifulle faglige diskusjoner. Hennes konstruktive tilbakemeldinger har hatt stor betydning for min innsikt i brukerens møte med fagpersoner.

Takk til min kollokviegruppe, Karen Louise Pedersen, Karen Rakel Kjærgård, Liv Grethe Kinn, Inta Tove Gundersen Taranrød og sist, men ikke minst Diana Karin Munkner, som i særlig grad har vært en god medspiller i selve skriveprosessen av oppgaven.

Takk til kollegaer som har bidratt til at denne studien kunne realiseres, og en særlig stor takk til Grete Alve for mange gode råd og oppmuntring.

Damene ved biblioteket ved Høgskolen avdeling Møllendalsveien, fortjener en spesiell takk for velvillighet og vennlighet når jeg har spurt og søkt etter litteratur. Uten deres hjelp hadde jeg ikke klart å bygge bro mellom empiri og teoretiske perspektiver.

Takk også til min familie som har oppmuntret meg gjennom arbeidet, og ikke minst fått de datatekniske knapper til å virke.

Forsidebildet er malt av Jakob Weidemann, og hentet fra boken "Kunsten å leve", av Jan Vincents Johannessen og Jakob Weidemann fra 1994.

Bergen, juni 2001

Kari Margrete Hjelle

# Sammendrag

Brukermedvirkningsideologien bygger på humanistiske verdier, der brukeren selv må være aktivt deltakende i sin rehabiliteringsprosess. Medvirkning betyr at bruker og fagpersoner samarbeider om tiltak som er nødvendige for at brukeren skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. De er i en relasjon, og brukermedvirkning må derfor studeres i et relasjonelt perspektiv. Denne studien beskriver noen av brukermedvirkningsideologiens konsekvenser for tjenestemottaker og tjenesteyter.

For å studere hva som fremmer eller hemmer brukermedvirkning i ergoterapeutisk arbeid, har jeg benyttet feltarbeid som metode. Feltarbeidet har blitt utført på et sykehus ved avdeling for ryggmargskade. Det gav meg mulighet til å studere *prosessen* mellom ergoterapeut og bruker. Prosessen utvikler seg i ”rommet” mellom de to partene. Den har et forløp som går igjennom ulike faser, som hver og en krever ulike handlinger. Deltakerne i prosessen har muligheter til å påvirke fasene ved sin aktive eller passive deltakelse. Profesjonsutøveren har et særlig ansvar for prosessens kvalitet og resultat.

Ergoterapeut og bruker er sammen i en læringssituasjon, for at bruker skal lære seg å mestre hverdagsaktiviteter på en ny måte. Læringssituasjonen krever at begge parter er delaktige, og engasjerer seg i hverandres kunnskaper, meninger og synspunkter. Dersom den ene parten gjøres til tilskuer, er betingelsene for læring og utvikling dårlige.

Med utgangspunkt i empirien har jeg ved hjelp av teoretiske perspektiv fra sosiologi og kommunikasjonsteori, beskrevet og drøftet noen konsekvenser brukermedvirkning får for brukeren og fagperson. Da brukermedvirkning i seg selv er et relasjonelt begrep, har jeg særlig vektlagt hvilket forhold partene har til hverandre, hva kommunikasjonen skal gå ut på, hvorfor og hvordan partene kommuniserer med hverandre.

Avslutningsvis gjør jeg noen refleksjoner over hva mine funn betyr for tjenestemottaker og tjenesteyter. Det reflekteres særlig over hva *samhandling* og kommunikasjon forutsetter.

# **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>DEL I</b>	<b>1</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
Presentasjon av tema og problemstilling	1
Avgrensning	4
Begrepsavklaring	5
Oppgavens oppbygging	5
<b>DEL II</b>	<b>7</b>
<b>TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING</b>	<b>7</b>
<b>DEL III</b>	<b>11</b>
<b>TEORETISK TILNÆRMING</b>	<b>11</b>
<b>Rehabilitering</b>	<b>11</b>
<b>Brukermedvirkning</b>	<b>13</b>
<b>Ergoterapeutisk perspektiv på brukermedvirkning</b>	<b>15</b>
<b>Sosiale relasjoner</b>	<b>16</b>
<b>Aktelse og atferd</b>	<b>18</b>
<b>Aktelsesforhold, tillitsforhold, motivasjonsforhold og følelsesforhold</b>	<b>21</b>
<b>Språklig samspill mellom mennesker</b>	<b>23</b>
<b>DEL IV</b>	<b>26</b>
<b>FORSKNINGSMETODE</b>	<b>26</b>
<b>Kvalitativt orientert forskning</b>	<b>26</b>
<b>En hermeneutisk tilnærming</b>	<b>26</b>
<b>Feltarbeid</b>	<b>28</b>
Valg av informanter	28
Gjennomføring av feltarbeidet	29
Kontekst	30
Datainnsamling og registrering	32
Veksling mellom ulike roller	35
<b>Forforståelse</b>	<b>36</b>
<b>Etiske vurderinger</b>	<b>37</b>

<b>Analyseprosessen</b>	<b>38</b>
<b>Refleksjon over metoden</b>	<b>42</b>
<b>DEL V</b>	<b>48</b>
<b>ANALYSE OG DRØFTING AV DET EMPIRISKE MATERIALET</b>	<b>48</b>
Faktorer som kan fremme eller hemme brukermedvirkning i relasjonen mellom ergoterapeut og bruker.	48
<b>Utvikling av fortrolighet</b>	<b>51</b>
Fleip og humor	51
Innholdsløs meningsfull prat – redundant kommunikasjon	54
Innholdsrik meningsfull prat – entrofisk kommunikasjon	55
<b>Å gjøre valg og ta ansvar</b>	<b>60</b>
<b>Å anerkjenne hverandres kunnskap</b>	<b>71</b>
<b>Språket som inkluderer eller ekskluderer</b>	<b>78</b>
<b>Brukermedvirkningens fallgruber</b>	<b>83</b>
<b>Å delta i beslutningsprosessen</b>	<b>92</b>
<b>Forhandlinger</b>	<b>100</b>
Rådgivning	104
<b>DEL VI</b>	<b>110</b>
<b>AVSLUTTENDE REFLEKSJONER</b>	<b>110</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>119</b>
<b>Vedlegg</b>	

**DET ER DEN DRAUMEN**

*Det er den draumen me ber på  
at noko vedunderleg skal skje,  
at det må skje -  
at tidi skal opna seg  
at hjarta skal opna seg  
at dører skal opna seg  
at berget skal opna seg  
at kjeldor skal springa -  
at draumen skal opna seg,  
at me ei morgonstund skal glida inn  
på ein våg me ikkje har visst um.*

(Olav H. Hauge)

*Presentasjon av tema og problemstilling*

Tema i denne oppgaven er brukermedvirkning i ergoterapeutisk arbeid. Medvirkning betyr at det er to parter, ergoterapeut og bruker, som samhandler for at brukeren skal lære seg nye måter å mestre hverdagsaktiviteter på etter en ryggmargsskade. Samhandlingen er preget av at partene påvirker hverandre gjensidig og er avhengig av hverandre i denne læresituasjonen. Sammen utvikler de et samhandlingsmønster som gjelder for deres relasjon. I denne studien finner samhandlingen sted på et sykehus, der brukerne er innlagt til rehabilitering, fra 3 til 12 måneder, avhengig av skadens omfang.

Rehabilitering av voksne mennesker med funksjonsproblemer er i følge Stortingsmelding nr 21 (1998-99:10) ”*tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet*”. Meldingen vektlegger at rehabilitering er prosesser der flere aktører samarbeider, for eksempel ulike yrkesgrupper innenfor helsevesenet og faggrupper utenfor helsevesenet som teknisk etat i kommunen, arkitekter osv. Videre sier meldingen at brukeren sin egen innsats er viktig. Brukeren skal *medvirke* aktivt, og ikke motta hjelpen på en passiv måte.

*”Brukarmedverknad inneber at den enkelte sjølv har eit medansvar. Eit viktig utgangspunkt for rehabilitering er at ein kan oppnå gevinstar når menneske blir oppmoda til å vere aktive*

og sjølve ta ansvar. Tenesteapparatet si primære rolle vil i stor grad vere å leggje tilhøva til rette og gi støtte og råd – å yte hjelp til sjøllhjelp” (St meld nr 21 1998-99:6). Intensjonen i meldingen er at forholdet i hjelperelasjonen bør endres. Den hjelpetrengende er ikke ensidig mottaker av helsetjenester. Brukeren forventes å innta en rolle som aktiv deltaker i sin rehabiliteringsprosess. Tilsvarende skal hjelperne ikke være dem som bestemmer hva som passer best for brukeren. Det skal brukeren gjøre selv, og fagpersoner skal være rådgivere i forhold til de ulike valg som brukeren står ovenfor. Hjelperne må gi slipp på noe av sin makt. Brukerperspektivet fører til nye utfordringer og muligheter for fagpersoner og brukere.

Gunnar Wahl (1998:66) sier "Rehabiliteringsprosessen handler om relasjoner, om forhold mellom mennesker. Relasjonene i rehabilitering, gjelder ikke helbredelse, men mestring, bevaring og eventuell bedring av funksjonsnivå. Det er langt på vei en ny type relasjon som skal bygges opp" .

Relasjon er forhold mellom mennesker. Denne studien har forholdet mellom ergoterapeut og bruker i fokus. Å bli skadet i ryggmargen, slik som brukerne i denne studien har blitt, betyr at de går inn i en relasjon til profesjonelle hjelpere. De profesjonelle hjelperne har ulike yrkesbakgrunn med ulike verdier, holdninger og kunnskaper. Ergoterapeut og bruker er i en relasjon fordi brukeren skal lære seg å mestre hverdagsaktiviteter på en ny måte. De er i en undervisningssituasjon der utgangspunktet er at brukeren søker hjelp hos ergoterapeuten. Og ergoterapeuten er i en posisjon der hun har faglig kompetanse på det området som brukeren søker råd om. Institusjonelle rammer, personlige interesser, holdninger, kunnskaper og erfaringer er faktorer som er med og påvirker samhandlingen. Forholdet mellom dem kan fremme eller hemme brukermedvirkning, avhengig av hvordan aktørene kommuniserer, møter, eller forholder seg til hverandre.

Fuglestad skriver i sin bok om Samspel og motspel (1993:48) at "Essensen i relasjonell tenkning er at partane sine handlingar i *forhold til kvarandre* vert dregne inn i forståinga av samhandling". Videre sier han ".....den sosiale interaksjonen er (med)bestemmende for de interagerendes vesen og væremåte, deres selv eller jeg". De skaper strukturene for undervisningen sammen.



John Gunnar Mæland sier i sin bok om ”Helhetlig hjerterehabilitering (1995:V) at ”rehabilitering dreier seg derfor like mye om pedagogikk som medisin, like mye om psykologi som fysiologi, og like mye om samarbeid som spesialkompetanse”.

Med min bakgrunn som yrkesaktiv ergoterapeut, har jeg vært opptatt av brukermedvirkningens konsekvenser for helsearbeideren. I situasjoner der jeg eksempelvis av faglige årsaker ikke kunne skrive under på søknader om tekniske hjelpemidler til brukeren, syntes jeg dette var en vanskelig etisk situasjon. Brukeren har selv rett til å bestemme hva han ønsker, det skal være hans premisser som er styrende for ulike tiltak, men hvor tungt skulle mine faglige begrunnelser veie? Skal vi konkurrere om hvem sine kunnskaper som veier tyngst? Dette er noen spørsmål som jeg har vært og er opptatt av.

Dette er noe av bakgrunnen for problemstillingen min som er:

**Rehabilitering og brukermedvirkning i ergoterapeutisk arbeid. En studie av faktorer som fremmer eller hemmer brukermedvirkning i relasjonen mellom ergoterapeut og bruker.**

### **Studiens hensikt**

Offisielle mål og visjoner er vanskelige å omsette til praktisk og konkret handling, sier flere aktører innenfor rehabiliteringsarbeidet. Hensikten med denne studien er å beskrive og tydeliggjøre noen faktorer som kan fremme eller hemme brukermedvirkning, og slik bidra til at den praktiske handlingen kan bli bedre. Studien fokuserer på brukermedvirkning som en samhandlingsprosess mellom ergoterapeut og bruker. Det er en deskriptiv analyse av prosessen og det relasjonelle samarbeidet. Å se på rehabilitering som en relasjon mellom to personer, synliggjør både ergoterapeuten og brukeren sitt ansvar for samspillet i rehabiliteringsprosessen til brukeren. Hvilket samhandlingsmønster i den språklige samhandlingen utvikler de, som har betydning for om brukermedvirkning fremmes eller hemmes? Hvordan forholder de seg til hverandre? Hvordan utvikler prosessen seg? Hvordan deler de kunnskapene sine med hverandre?

Det relasjonelle perspektivet setter fokus på samhandling mellom aktørene, *på med-virkning*. Brukermedvirkning kan også sees på som en individuell rettighet som brukeren har.

Rettigheten er nedfelt i ulike offentlige lover. Jeg er opptatt av å studere *hvordan denne rettigheten kommer til uttrykk i samarbeidet mellom ergoterapeut og bruker, og hvilke konsekvenser den får for samarbeidet mellom dem*. Det er skrevet mye om brukermedvirkning som en rettighet brukerne har, men i følge Bredland (1998:9) er det skrevet lite om hvilke konsekvenser brukermedvirkning får for mottakeren av tjenester. Likeledes er det få beskrivelser av hvilke konsekvenser en aktiv bruker får for helsepersonalets daglige arbeid.

Noen brukere opplever i dag at ”spillereglene” for samarbeidet med fagpersoner ikke er klargjort, målet er ikke tydelig og fastlagt, og de blir ofte behandlet på en autoritær måte. Tiltak kan bli satt i gang uten at brukerens behov og målsetning er utredet godt nok. Det kan være uklare ansvarsforhold, og for liten medvirkning fra brukerne selv (St meld nr 21 1998-99). En kan som fagperson ikke unnlate å veilede brukeren i sitt arbeid for å nå sin målsetning i rehabiliteringen, heller ikke ta over styringen av lagarbeidet. En må finne balansen mellom unnlåtelsessynd og formynderi, sier Kari Martinsen (1990:87).

Det er først på 1980-tallet at ordet brukermedvirkning har fått en sentral plass innenfor helsevesenet og i offentlige dokumenter. Hensikten er å imøtekomme den massive kritikken som i mange år har vært rettet mot helsesystemets møte med pasientene. Finn Carling (1975) skrev om dette i sin bok *”Skapt i vårt bilde”* for 25 år siden. Han var opptatt av samfunnets syn på funksjonshemmede som mennesker som kunne formes slik helsevesenet syntes var best. Også i sine tidlige bøker på 1950-60 tallet var han opptatt av dette (Carling 1958). Politikerne håper lovfesting av brukermedvirkning fører til bedre samhandling i hjelperelasjonen. Dette kommer til uttrykk i Lov om pasientrettigheter (Ot prp nr 12 1998-99:64) og i Stortingsmelding nr 21 (1998-99:5-6).

### *Avgrensning*

Når brukerne sier de opplever for liten grad av reell brukermedvirkning i møte med helsevesenet, er dette en generell betraktning. For å avgrense studiens omfang ønsker jeg å studere min egen yrkesgruppe sin måte å ivareta denne delen av rehabilitering på.

Stortingsmelding nr 21(1998-99) har blant annet fokus på brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid som viktige faktorer i rehabiliteringsarbeidet. Brukermedvirkning er et begrep som

blir brukt både på system- og individnivå. Denne studien belyser brukermedvirkning på samhandlingsnivå. Det er dette nivået som er avgjørende for brukermedvirkning.

### *Begrepsavklaring*

Pasient og bruker er to ulike begrep på samme person. "Pasient" er latinsk og betyr en syk person, og det å være under behandling av for eksempel lege. En underlegger seg andres mektige vilje, eller utholder sin lidelse. Slik er begrepet nær beslektet med "patience" som er fransk og betyr tålmodighet. Anvendelse av brukerbegrepet betyr at personen blir gitt en mer aktiv rolle enn i pasientrollen. Brukerens ressurser og kunnskap skal inngå som en viktig basis når en planlegger og gjennomfører tjenesten (Watne 1998:17). Både pasient og brukerbegrepet blir brukt i denne oppgaven, fordi det kan synliggjøre om det er faglig etisk forsvarlig å være nærmere det ene eller det andre begrepet i samhandlingen mellom den hjelpetrengende og hjelperen.

Ergoterapeuter kan være av begge kjønn, men flertallet er kvinner. De omtales derfor med hunkjønn i denne oppgaven.

### *Oppgavens oppbygging*

**I del II** presenterer jeg tidligere relevant forskning. Jeg presenterer forskning som er gjort når det gjelder brukermedvirkning innen ergoterapi og andre nærliggende helsefaglige områder.

**I del III** redegjør jeg for den teoretiske tilnærmingen, hvor jeg har vektlagt teori fra sosiologi og kommunikasjonsteori. Teorien er valgt på bakgrunn av at jeg er opptatt av å få frem noen sider ved prosessen og relasjonen mellom ergoterapeut og bruker som er viktige for å fremme eller hemme brukermedvirkning. Forståelsen av forholdet og samhandlingsmønsteret mellom aktører som er i en relasjon er sentralt.

**Del IV** er en beskrivelse av forskningsmetoden som jeg har brukt i denne studien.

Innledningsvis presenterer jeg den kvalitative metoden og det vitenskapsteoretiske perspektivet mitt, som er den hermeneutiske tilnærmingen. Ved hjelp av den analyserer og tolker jeg mine funn i datamaterialet. Videre har jeg en grundig gjennomgang av feltarbeidet mitt, og hvilke valg og hensyn jeg måtte ta der. Her presenteres også hvordan jeg har samlet

inn dataene, ved bruk av feltnotater, uformelle samtaler og intervju. I denne delen har jeg også gitt en beskrivelse av hvordan jeg har analysert materialet.

**Del V** inneholder analyse og drøfting av det empiriske materialet. Materialet er strukturert i 7 hovedtemaer, der to av dem har undertemaer. Utsagnene som presenteres her, er utdrag fra mine observasjoner, gjengitt så ordrett som mulig, og informantenes ord i intervjuene er gjengitt direkte fra lydbåndopptaker. Drøfting av empirien kommer etter hvert tema. I drøftingen anvender jeg teori presentert i del III, eller teori som presenteres kun i drøftingsdelen.

**Del VI** er avsluttende refleksjoner over hvilke konsekvenser brukermedvirkning får for møte mellom ergoterapeut og bruker i en klinisk hverdag. Her trekker jeg konklusjoner i forhold til problemstillingen, og viser noen områder som jeg mener det er muligheter for videre utvikling og forskning.

## Del II

### **TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING**

Ergoterapi er et praktisk yrke, der det i Norge er gjort svært liten forskning generelt i faget. Jeg har ikke funnet forskning som går direkte på min problemstilling.

Jeg har søkt systematisk på databasene Cinahl, EBM (Evidence based medicine), Medline og AMED (Allied and Complementary medicine). Jeg har brukt søkeordene "Rehabilitation", "Occupational therapy", "Client – relations" og "Patient participation". Jeg har ikke brukt "Spinal cord" (ryggmargskade) som søkeord i særlig grad, fordi det ville begrense søket. Brukermedvirkning som ideologi vil langt på vei være sammenfallende for mange brukere med ulike diagnoser. Tidsperioden ble avgrenset til 1990-2000. I de ulike basene er det engelsk språklige artikler.

På de ulike databasene, finner jeg 4 artikler som omhandler ergoterapi og klientsentrert praksis. I Canada har ergoterapeuter vært opptatt av klientsentrert tilnæringsmåte, og det er en ideologi som bygger på samme humanistiske prinsipper som brukermedvirkningsideologien. I tidsskriftet "Canadian Journal of Occupational Therapy", finner jeg 3 studier som jeg synes er relevant å omtale nærmere.

I "Canadian Journal of Occupational Therapy", 2001 vol.68 no2, er 3 studier omtalt med fokus på hvorfor det er vanskelig for ergoterapeuter å anvende klient-sentrert praksis. Studiene finner at utfordringene kan deles inn i tre kategorier som system-, bruker- og terapeutnivå. På systemnivå vektlegges det at klientsentrert praksis krever at hele organisasjonen må være engasjert i og forpliktet til å anvende denne ideologien. En felles forståelse er forutsetningen for at ikke faggrupper skal motarbeide hverandre. Organisasjonen må ha en jevnlig debatt om ideologien, og diskutere hvor eller hva som er eventuelle hindringer eller dilemmaer (Wilkins et al 2001:78).

På terapeutnivå synes det å være et behov for økt kunnskap og forståelse av hva det betyr å arbeide etter en klient - sentrert filosofi. Mange av terapeutene i studiene har et godt grep på prinsippene, men trenger støtte for å sette de ut i handling. De ønsker kunnskap om hvordan de utvikler et godt forhold til klientene, hvilken informasjon de skal gi til klientene om

hvordan de arbeider, og hvilken rolle klienten har i forholdet mellom dem. De har behov for videreutdanning i forhandlingsteknikker og konsultasjon (Wilkins et al 2001:78).

På klientnivå vektlegges det at klientene er ulike med hensyn til å kunne formulere og artikulere sine behov og å kunne gjøre valg. Det er terapeutens ansvar å vurdere hvor mye klienten er i stand til å delta i å ta beslutninger. En kan likevel ikke si at klient-sentrert filosofi bare passer for noen klienter. En må finne metoder som gjør den anvendelig for alle klienter. Studien sier videre at ergoterapeutene må tenke over hvordan de vil presentere sin rolle og klientens rolle på et tidlig stadium av samarbeidet mellom dem. I tillegg må terapeuten forsikre seg om at klienten har fått nok informasjon til å ta valg i ulike spørsmål. Det er på den måten klientene kan få kontroll over ulike sider ved eget liv (Wilkins et al 2001:78).

Studiene konkluderer med at å omsette de klient-sentrerte prinsippene til det praktiske liv er en utfordring, selv om ideologien stemmer med grunnlagstenkningen til ergoterapeuter. Ergoterapeutene må konstant reflektere over om deres praksis er i overensstemmelse med klient-sentrerte holdninger og verdier (Wilkins et al 2001:78). En utfordring er å tørre og la brukeren sette sine egne mål.

Studiene fra Canada setter fokus på sider ved brukermedvirkningsideologien som jeg også er opptatt av. Deres perspektiv har imidlertid fokus på system-, og individnivå. Det relasjonelle perspektivet er mindre vektlagt.

På databasene har jeg søkt på nærliggende helsefagområder i Norge, som sykepleie, fysioterapi og sosialfag. Der kan jeg finne forskning som går på møte og samtale med pasienter, eller pasienters opplevelse av møte med helsevesenet. Sykepleier Ingunn Stang har i sin hovedfagsoppgave ved Universitet i Oslo, skrevet om Bemyndigelse og makt. Hun har her vært opptatt av hvordan en som fagperson kan bruke sin makt for å motvirke maktesløshet hos pasienter eller brukere. I bemyndigelsestankningen (engelsk empowerment) er autonomi og medbestemmelse sentralt, og bemyndigelse blir derfor en motsats til umyndiggjøring av de hjelpetrequende. Deler av oppgaven er senere utgitt i boks form "Makt og bemyndigelse- om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor" (Stang 1998).

Sykepleier Solfrid Watne har skrevet en hovedfagsoppgave om brukermedvirkning og hvilke konsekvenser det kan få innenfor praktisk helsearbeid. Hun har gjennomført en feltstudie på

en psykiatrisk langtidspost, for unge mennesker med schizofrene atferdsmønstre. Watne problematiserer hvordan brukermedvirkning som ny ideologi kan komme i konflikt med eksisterende behandlingsperspektiv og behandlingssystemer. Solfrid Watne har særlig vært opptatt av maktforholdet som ligger i behandlingsrelasjonen. Fagpersoners makt som blir brukt på en konstruktiv måte, kan gi muligheter for personen som mottar hjelp. Maktovergrep krenker derimot menneskeverdet. Hennes hovedspørsmål er hvordan en kan "overstyre" pasienter og bruke tvang, med mindre krenkelse og med ivaretagelse av respekt (Watne 1998:8). Oppgaven er et av grunnlagene i boken "Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv" (1998).

Sunniva Ørstavik ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, ved Universitetet i Oslo, har gjort en kvalitativ studie i 1995 av et forsøksprosjekt for unge uføre med "diffuse" muskel-og skjelettlidelser (LINA-prosjektet). Prosjektets hovedmålsetning har vært å aktivisere deltakernes ressurser til økt aktivitet og livskvalitet. Målet skulle nås gjennom brukermedvirkning. Ørstaviks studie er en hovedfagsoppgave i sosiologi med tittelen "Hjelp - et dilemma. Om pasienters medvirkning i behandling". Undersøkelsen retter søkelyset på brukermedvirkning som ideologi, og på ulike forventninger som rettes mot hjelpere og hjelpetrengende i en behandlingssituasjon der en skal prøve å realisere idealene som brukermedvirkning forfekter. De ulike forventningene som fagfolk og pasienter skal forholde seg til i den nye behandlingssituasjonen, skaper en samhandling preget av ambivalens og tvetydighet. Et hovedproblem for de syke er å forholde seg til forventningene om å være aktivt deltakende, og på samme tid opprettholde en status som et legitimt medisinsk problem. For ekspertene er det problematisk å finne sin rolle mellom den tradisjonelle behandlingens verdier og den nye brukermedvirkningens idealer. Det er vanskelig å være ekspert under en ideologisk overbygning som kjemper mot ekspertens kjennetegn.

Sunniva Ørstavik skrev i 1995 en Rapport fra den eksterne evalueringen av LINA - prosjektet. Evalueringen baserer seg i hovedsak på en kvalitativ undersøkelse av prosjektet, og noen resultat fra en kvantitativ spørreundersøkelse. Deltakerne mener brukermedvirkning ofte er mer slitsomt og vanskelig enn tradisjonell behandling. Spesielt problematisk er det å ta aktivt ansvar fremfor å legge ansvaret i hendene på "behandlerne". Pasientenes perspektiv spissformuleres som "Fri oss fra paternalisme, men frels oss fra ansvar", som er blitt til tittelen på rapporten.

Fagfolkene gir uttrykk for at brukermedvirkning er en krevende og utfordrende arbeidsmetode. De har vanskelig for å kombinere brukerperspektivet, og på samme tid blant annet bidra til å redusere utgiftene til trygden. Pasientenes deltakelse står ofte i veien for å nå resultater, hevder fagfolkene.

Fysioterapeut Mildrid Haugland har i sin hovedoppgave i 1993, en analyse av kommunikasjonen mellom fysioterapeut og pasient i en behandlingsserie. Hun undersøkte hvilke roller og relasjoner som blir skapt i interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient. Rollene som aktørene skaper for hverandre i behandlingen, har med makt og kunnskap hos fysioterapeut og pasient å gjøre. Hun skriver at målet for all sosial samhandling er den ekte samtalen eller dialogen (Haugland 1993:85). Det avgjørende er hvordan fysioterapeuten bruker sin kunnskap og makt, slik at begge parter blir reelle deltakere i relasjonen.

Fysioterapeut Eline Thornquist har i 1998 tatt doktorgrad på førstegangsmøter mellom fysioterapeuter og pasienter. Hun har studert hvordan betingelsene for samarbeid mellom de to partene vokser frem underveis i møtet. I studien fremkommer det at ved ord og faglig orientering, begrenser fagpersonen pasientens deltakelse. Det medfører at fysioterapeuten er den aktive parten og pasienten den passive (Thornquist 1998).



## TEORETISK TILNÆRMING

*Kom ikkje med heile sanninga,  
kom ikkje med havet for min tørste,  
kom ikkje med himmelen når eg bed um ljøs,  
men kom med eit glimt, ei dogg, eit fjom,  
slik fuglane ber med seg vassdropar frå lauget  
og vinden eit korn av salt.*

(Olav H. Hauge)

### Rehabilitering

I følge Stortingsmelding nr 21 (1998-99:10) er ikke rehabilitering lenger bare medisinsk, ikke behandling, ikke pleie og omsorg, ikke generell og allmenn, men en tidsavgrenset, planlagt, tverrfaglig, individ- og handlingsorientert *prosess* med klare mål og virkemidler.

Rehabilitering skal bistå til at bruker oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse. Det krever samarbeid mellom mange personer og instanser.

Rehabiliteringsmeldingen begrunner behovet for et felles rehabiliteringsbegrep med at ulike faggrupper og ulike sektorer har hatt sin egen forståelse av og tilnærming til rehabiliteringsbegrepet. Manglende felles forståelse har skapt problemer for den operative virksomheten; for kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene; for utvikling av felles mål for og i samarbeid med den enkelte bruker, for planlegging og organisering av virksomheten og for oppfølging på lokalt nivå av signal gitt fra sentralt hold (St meld nr 21, 1998-99:5).

Bredland, Linge og Vik sier i sin bok "Det handler om verdighet" (1996:25), at ordet rehabiliterer kommer av det franske ordet *re*, og det latinske ordet *habilis* som betyr dyktig. "Rehabilitering kan dermed ha to betydninger:

1 Gi æresoppreisning, gi tilbake tidligere verdighet.

2 Sette i funksjonsdyktig stand igjen" (Bredland, Linge og Vik 1996:25).

Forfatterens forståelse av hva rehabilitering er, har menneskets iboende verdighet som utgangspunkt og forutsetning. Menneskets subjektive verdighet handler om hva personen selv mener er viktig for ham (viktighetsområder), hvilke personlige verdier, interesser og sosiale roller han vektlegger og prioriterer i sitt liv. Dette må være utgangspunktet for hvilke aktiviteter brukeren rehabiliteres tilbake til. Brukerens oppfatning av sine viktighetsområder,

er det han kan bygge selvbildet på, ”troen på at han er noe”. Brukeren må få oppleve at han/hun betyr noe og har kontroll og innvirkning på eget liv. Selvbildet kan styrkes gjennom et sosialt samspill med andre mennesker, og det er derfor viktig å vektlegge de sosiale rollene til brukeren, i tillegg til fysisk og psykisk opptrening i rehabiliteringen (Bredland, Linge og Vik 1996:30).

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) definerer rehabilitering slik: ”Rehabilitering er systematisk samspill på brukernes premisser for å bedre og bevare menneskets funksjonsnivå” (Hjort 2000:8).

Definert på denne måten, sier Peter Hjort (2000:8), innbefatter rehabiliteringsbegrepet seks perspektiv som må gjennomsyre rehabiliteringen om den skal nå sine mål:

- Individperspektiv

Rehabilitering må ta utgangspunkt i individuelle behov, lyster og interesser

- Helhetsperspektiv

Rehabilitering må ta i betraktning hele mennesket og dets totale livssituasjon

- Livsløpsperspektiv

Rehabilitering må tilby tiltak som, etter behov, kan være så vel tidsavgrenset som livslange og tilpasset ulike faser

- Prosessperspektiv

Rehabilitering må være prosesser der ulike tiltak sees i sammenheng og der brukere så vel som fagfolk blir deltakere i prosessen

- Relasjonsperspektiv

Rehabilitering må være læring basert på samspillet brukere imellom og mellom brukere og fagfolk

- Innflytelsesperspektivet

Rehabilitering må bygge på medbestemmelse og medvirkning på brukernes premisser.

Denne begrepsforståelse viser kompleksiteten i rehabiliteringsarbeidet. Samtidig legger de ulike perspektivene grunnlaget for operasjonalisering av begrepet, noe som igjen kan være med på å utvikle etterprøvbare normer for kvalitet i rehabiliteringen. Ved å operasjonalisere begrepet kan en bevisstgjøre seg og identifisere hvem sine premisser som til enhver tid er

toneangivende i rehabiliteringsprosessen. ”Det er en klar styrke sammenliknet med det mer ufarlige begrepet ”å gjenvinne verdighet” som enkelte ivrer for å gjøre til det sentrale i rehabilitering”, sier Peter Hjort (2000:8).

Stortingsmeldingen sier at rehabilitering må ta utgangspunkt i menneskets rett til å bestemme selv over sitt liv og formulere egne mål. Rehabiliteringsvirksomheten må motvirke passive pasientroller, og fremme personlig ansvar og mestring. Om brukervedvirkning sier den følgende: *”I tillegg til krav om ein open prosess og god kommunikasjon, føreset eit brukarperspektiv at ein legg til rette for aktiv deltaking og medverknad ”* (St meld nr 21, 1998-99:6).

## **Brukermedvirkning**

- Brukermedvirkning som ideologi

Brukermedvirkning blir av Sekretariatet for modernisering og effektivisering i Sosialdepartementet, definert som en ideologi. ”Ideologi er et sett av verdier som legger grunnlaget for en bestemt måte å oppfatte virkeligheten på” (SME 1992, ref i Vatne 1998:27). Som ideologi bygger brukervedvirkning på et humanistisk menneskesyn, som tar utgangspunkt i menneskets krav på respekt for sin selvbestemmelsesrett. Pasienter må bli tatt på alvor og oppleve at deres synspunkter har betydning.

- Brukermedvirkning som juridisk rettighet

I lov om pasientrettigheter (Ot prp nr 12 1998-99), er brukervedvirkning en juridisk rettighet som brukeren har. Brukerens rett til medvirkning springer først og fremst ut av en respekt for den enkelte pasients eller brukers liv og integritet. Det er nedfelt i Forente Nasjoners menneskerettighetserklæring av 1948. Odelstingsproporsjonen (Ot prp nr 12 1998-99, § 5.1.1:64) understreker betydningen av at helsepersonell er spesialister på medisin, og pasienten eller brukeren er spesialist på seg selv. Pasientene har fått mer kunnskap om sin egen helsetilstand og om helsetjenestene, og har dermed i senere tid fått en mer deltakende og aktiv rolle. Det har ført til en demokratiseringsprosess, der samarbeid, medbestemmelse og medansvar har avløst den tradisjonelle behandlingkulturen, paternalisme, der pasientens egen oppfatning om sin helse og livssituasjon har vært tillagt liten vekt. Det er samarbeidet mellom helsevesenet og pasienten som er viktig for å oppnå gode resultater for pasienten.

”Helsehjelpen skal gis på en slik måte at pasienten i størst mulig grad medvirker og utnytter egne ressurser” (Ot prp nr 12 1998-99, § 5.1.1:64).

- Brukermedvirkningens konsekvenser

Brukeren har en rett til *medvirkning*, men det er ikke en individuell prosess. Det er en prosess der to parter medvirker. Brukere kan ikke *med-virke* alene, det må skje i samhandling med en annen part. Samhandlingen må ha en virkning eller få noen konsekvenser (Rønning/Solheim 1998). Brukermedvirkning er mer enn innflytelse og medbestemmelse. Det innebærer også ansvar, som en av de forpliktelsene brukeren må ta med. Han har ansvar for å delta og være aktiv i sin rehabiliteringsprosess. I en borgerstatus der en har rettigheter, har en også plikter ovenfor det offentlige. I brukerideologien har en gjerne lagt mest vekt på rettighetene, og pliktene har kommet i skyggen. Men generelt innenfor helsevesenet ser en i dag en større fokusering på både rettigheter og plikter (Ørstavik 1996:15-17) .

Aktiv deltagelse fra brukeren kan bidra til at hans status som en selvstendig borger med egne meninger ikke blir fratatt ham. Medvirkning er en nødvendig forutsetning for å skape prosesser som er på brukernes premisser. Dette kan sees på som et normargument, et demokratisk og medmenneskelig argument. Ved å lytte til de som kjenner problemet på kroppen, kan behandlingen også bli mer effektiv (Ørstavik 1996:9).

Relasjonen mellom behandler og pasient vil nødvendigvis påvirkes av graden av brukermedvirkning. En kan tenke seg en skala fra sterk brukermedvirkning (brukerstyring) til svak brukermedvirkning. Hvor på skalaen en befinner seg er avhengig av hvordan partene fordeler oppgaver, kompetanse og autoritet mellom hjelper og hjelpetrequende. Det er et spørsmål om hvem av partene som har og bør ha mest kontroll i ulike situasjoner (Ørstavik 1995:30).

Fisher og Brodsky (Rønning/Solheim 1998:10) formulerte brukermedvirkning som promethevsprinsippet: Kunnskap, makt og ansvarlighet må av alle dem som er involvert i å yte tjenester, deles med dem som mottar tjenestene. Promethevsbildet er hentet fra gresk mytologi. Promethevs var en titan og halvgud, og stjal ildens hemmelighet fra gudene og gav den til mennesket, noe som gav dem mulighet til kunnskap, makt og ansvarlighet. Ulike stortingsmeldinger og andre offentlige meldinger som setter ”Brukerne i sentrum”, På

brukerens premisser” og ”Ansvar og mestring” i fokus, kan sees som et uttrykk for at en ønsker promethevsprinsippet i norsk velferdspolitik.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon presiserer tre ulike grader av medvirkning:

- 1) *Brukerperspektiv* – å ta brukerens ståsted- se saken fra deres side. Brukerens innflytelse er av indirekte karakter.
- 2) *Brukerdialog* – en mellomtilstand som får ulike ytringsformer – fra forpliktende høring av oppfatninger til utvikling av samtalen som samhandlings- og beslutningsform. I dialogen er brukerens innflytelse direkte, men begrenset, fordi dialogens opprettholdelse forutsetter at man avstår fra tvang for å få sin vilje gjennom.
- 3) *Brukerstyring* – brukerne har beslutningskontroll i forhold til et tiltak eller en virksomhet. Her er innflytelsen direkte. Men med styring og makt følger også brukeransvar (Hjort 2000:13).

Utfordringen ligger i å søke den formen for medvirkning som i hvert enkelt tilfelle og til enhver tid fremmer det som er målsetningen for rehabiliteringen. Er målet økt selvstendighet, større sosial deltakelse, bedre mestring og fungering, bør en generelt sett søke de medvirkningsformer som gir brukeren den største innflytelse (Hjort 2000:13).

### **Ergoterapeutisk perspektiv på brukermedvirkning**

Dannelse av ergoterapi som fag skjedde på slutten av 1800-tallet. Det var en gruppe fagpersoner som leger, psykiatere, sykepleiere, lærere, arkitekter og sosialarbeidere i USA, som vendte tilbake til de cirka hundre år gamle humanistiske ideene. De var opptatt av *aktivitet* som et kurativt redskap, og av mennesket som *aktivt medvirkende i å fremme sin egen helse* og sitt velvære gjennom å involvere seg i aktivitet. De kalte seg ”occupational therapist” og dannet forbund i 1917 (Hagedorn1997:5, Isachsen 1999:19). Disse var forløperne til ergoterapi.

Tjørnov definerer ergoterapi som ”behandling til aktivitet gjennom aktivitet” (1987:9). For at ergoterapeuten skal kunne hjelpe, må hun ta utgangspunkt i de aktivitetene brukeren selv ønsker å mestre. Aktivitetsbegrepet i ergoterapisammenheng forutsetter at handlingen skal være meningsfull og målrettet for den enkelte bruker. Tjørnov skriver (1987:10) at

*”Ergoterapeutisk arbejde kan kun foregå med de involverende menneskers aktive medvirken”.*

Ergoterapivirkningens grunnleggende syn er at ethvert menneske bør ha rett til å greie seg selv og bruke sine egne ressurser på tross av eventuell sykdom eller fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsvansker. Meningsfull aktivitet og handling anses som grunnleggende behov i ethvert menneskes tilværelse. I det daglige liv i hjem, arbeid, skole og fritid utvikler mennesket seg selv, sin situasjon og sine omgivelser. Blir muligheten for utføring av vanlige daglige aktiviteter hemmet, bør ergoterapeuten vurdere personens forutsetninger, hva aktiviteten krever av personen og hvordan miljøet som aktiviteten skal utføres i påvirker personens forutsetninger. Hvilke aktiviteter som skal analyseres og tilrettelegges, må brukeren selv være med å definere eller velge ut. Det er han som må prioritere hvilke aktiviteter han ønsker å gjøre i sitt liv. Derfor må ergoterapeuten også oppfordre pasienten eller brukeren til å delta aktivt i utformingen og gjennomføringen av sin behandlingsprosess. I oppfordringen ligger det at ergoterapeuten må gi brukeren muligheter for og makt til deltakelse (Kielhofner 1997:187-206, Hagedorn 1999:5).

De norske ergoterapeutiske yrkesetiske retningslinjer, vedtatt i 1989, sier ergoterapeuten har plikt til å ivareta klientens rett til selvbestemmelse og medbestemmelse. Det innebærer at brukerens syn på situasjonen, ønsker og muligheter skal være styrende for utformingen av behandlingstilbudet (Ness 1999:57).

”Ergoterapeuters tilnærming til helsearbeid er samhandlende, prosess- og løsningsorientert. Gjennom dialog og samarbeid bygger ergoterapeuter opp under menneskers motivasjon og initiativ til et aktivt, selvstendig liv utfra egne verdier og mål” (Ness 1999:29).

## **Sosiale relasjoner**

I samhandlingssituasjoner der aktørene påvirker og er avhengig av hverandre, utvikles relasjoner til de(n) andre partene. Sammen skaper de det kommunikative rommet, de utvikler mønstre og strukturer som de kommuniserer i. Samhandlingens kvalitet kan være avhengig av hvordan vi snakker med hverandre, hvilket språk vi bruker, både verbalt og ikkeverbalt, og hva som skjer i prosessen mellom aktørene. I prosessen kommer verdier, normer, kunnskap og meninger til uttrykk. Disse kan også skapes, endres eller vedlikeholdes i fellesskapet. For å

forstå hvordan dominerende strukturer i relasjonen blir skapt, må en forstå prosessen mellom aktørene. Dette er et perspektiv som viser at våre handlinger er påvirket av at vi lever i sosiale og kulturelle rom (Fuglestad 1997:147-148).

Den amerikanske filosofen Georg Herbert Mead prøvde, for over 60 år siden, å få oss til å slutte å se på individet som noe enhetlig, som et jeg som eksisterer uavhengig av andre. Jeg - et (selvet, individet) er formet gjennom et samspill med andre, hvis atferd har hatt eller har stor betydning eller sosiale konsekvenser for enkeltmennesker. Vi løsriver jeg-et fra de gjensidig avhengighetsforhold jeg-et inngår i og de samhandlingsforløp som er med på å skape jeg-et. Enhver person er forbundet med en eller flere andre personer, og ethvert jeg er fundamentalt en sosial person (Wadel 1995:12-13).

I et sosiologisk perspektiv på hva vi er som "jeg", som "selv", som "individ", sier antropologen Ernest Becker at vi bare får svar på spørsmålet om hvem jeg er ved å gjennomgå våre relasjoner til andre mennesker, hva vi gjør til dem, for dem og hvilken respons vi får fra dem. Grunnprinsipper for denne relasjonelle, prosessanalytiske tenkemåten kan illustreres ved spørsmålene: Hva har hendt sammen med hvem? Hva hender (nå) sammen med hvem? Hva vil hende sammen med hvem? Livsløpsdata og alle de relasjoner et menneske kan inngå i, er viktig for forståelsen av menneskers atferd (Wadel 1995:14-15).

Hans Skjervheim (1996:72-75) sier at i relasjonen mellom den andre, meg og saksforholdet, *engasjerer* en seg i en felles sak. En deler saksforholdet med hverandre, en har et felles problem som søkes løst. Da blir en engasjert i den andre sin sak, og bryr seg om den andre personen. Dersom en ikke lytter til saksforholdet, men bare til lydene, gjør en den andre personen til et fysisk objekt. Når en har objektivert den andre, er det ikke lett å ta ham og det han sier alvorlig. Ved objektivering går en til angrep på den andre sin frihet, og skaffer seg selv herredømme over ham. Dette strider mot folk flest sine ønsker, de vil selv kontrollere seg selv og sitt liv. Fra et deltakersynspunkt er ikke alt forhåndsbestemt, da skal en være med å avgjøre handlingene sin gang.

Dersom relasjonen er preget av et subjekt - objekt forhold, der subjektet har makt over objektet, er relasjonen preget av et menneskesyn som er teknisk og mekanistisk. Når en person eller en terapeut forholder seg til en annen person eller til en bruker, som et objekt vil den andre personen bli tingliggjort. Når en bruker blir sett på som et objekt, blir det viktig å

påvirke og overtale brukeren til å få eller overta den profesjonelles meninger og syn på en sak. Brukeren blir en tilskuer til sin egen rehabilitering, og det hemmer brukerens medvirkning. Som tilskuer kan en ikke ta egne valg i beslutningsprosesser (Skjervheim 1996:87).

For å kunne ta valg i beslutningsprosesser, søker pasienten eller brukeren råd hos den profesjonelle hjelperen. Pasientens og behandlerens rolle er komplementære i betydningen av at pasienten søker noe hos behandleren som behandleren forventes å ha. Asymmetrien har en funksjon i relasjonen. Sosiolog Per Måseide sier (Ørstavik 1995:6, vedlegg 4:10) det er utopi å tro at en kan fjerne kompetansegapet mellom hjelper og hjelpetrengende og på samme tid kreve en form for faglighet eller profesjonalisme. Diskrepansen mellom partene er en viktig forutsetning for en relasjon der behandling er målet for samhandlingen. Hvis behandlingen skal finne sted må behandleren være mektigere enn de som skal behandles med hensyn til kunnskap, kompetanse og makt. I brukermedvirkningsideologien kan en ikke viske ut maktforskjellen, men fordele den på annen måte. Makten må ikke forstå som kontroll over brukeren, men som en mulighet til å bevare det sosiale systemet som behandlingen representerer. Makten i behandlerrelasjonen er *"possibly abusive, often benign, and always necessary"* (Ørstavik 1995:6, vedlegg 4:10). For å unngå at makten blir brukt på en måte som fornærmer den andre part, må atferden være preget av aktelse for hverandre.

### **Aktelse og atferd**

Den amerikanske samfunnsforskeren, Erving Goffman (1922-1983), har vært opptatt av beskrivelser av en persons atferds betydning for andre mennesker, og hvordan den påvirker andre. Goffmans hovedfokus er på sosial interaksjon, "social interaction", om hvordan folk oppfører seg i forhold til hverandre når de møtes ansikt-til-ansikt. Sosial interaksjon defineres som all den interaksjon som finner sted ved hver bestemt anledning når en gruppe personer befinner seg samlet en tid. Betegnelsen et møte kunne like gjerne vært benyttet (Goffman 1959:15).

Goffman har gjennom ulike begreper og synsvinkler vist hvordan vi i sosial omgang med andre, ønsker å gi et best mulig bilde av oss selv, et bilde vi må presentere og forsvare i utallige situasjoner (Risvik 1992:7). Han har vist oss at selvpresentasjon og inntrykksmanipulering ikke er overflatefenomener, men et grunnleggende trekk ved samfunnet. Gjennom rituell kommunikasjon i hverdagslig samhandling, holder vi fast en



sosial orden og en sosial identitet. En sosial orden krever at partene definerer situasjonen en er i, en *situasjonsdefinisjon*. Dette er et av de viktigste begrepene til Goffman.

### *Situasjonsdefinisjon*

Når en samhandler med andre mennesker, har en behov for å vite hva slags situasjon en befinner seg i. Partene må ha noenlunde lik oppfatning om hva slags situasjon det er. For å unngå å sette den andre personen i forlegenhet, må en definere situasjonen. Når en har felles forståelse eller definisjon av situasjonen, kaller Goffman det for "frame", eller tolkningsramme (Goffman 1959:20-21, Thornquist 1998:31). Situasjonsdefinisjoner gir oss tolkningsmuligheter for hva som skjer, og retningslinjer for hva som er høflig og uhøflig, akseptabelt og uakseptabelt, morsomt eller frekt, osv. i den enkelte situasjon. Hva som oppfattes som hva, er avhengig av situasjonen og aktørene. Møter i kliniske sammenhenger er mer forhåndsbestemte enn andre sosiale møter, for eksempel kan en fagutøver trøste en pasient eller bruker, mens det omvendte er uhørt. Pasienten legger ikke en trøstende arm rundt skuldrene til fagutøveren, mens det er legitimt at fagutøveren gjør det med pasienten. Disse uskrevne reglene er kjent for de fleste innenfor og utenfor helsevesenet. Det er likevel behov for å forhandle seg frem til hvilke regler, eller hva som skal gjelde for situasjonen her og nå (Goffman 1959:27).

### *Regler, normer*

Erving Goffman har vært opptatt av regler som styrer ansikt-til-ansikt interaksjon. Han bruker ulike type spill som metafor på samhandlingen mellom mennesker, for eksempel fotballspill og sjakkspill. I spill finnes det visse type regler som en må følge dersom det skal bli en samhandling mellom to eller flere parter. Goffman mener at det finnes tilsvarende regler for samhandling mellom mennesker. Han bruker trafikkregler som symbol på regler som opprettholder offentlig orden. Fotgjengere på fortau i travle gater, skaper trafikkbaner ved å gå på en smidig måte for å unngå sammenstøt med andre personer. Dette gjør en ved å lese den andres kroppsspråk. En tar sine forhåndsregler. Goffman sier om reglene at "... *In this they are rather like traffic rules, which are concerned with how you go, not with where you are going*" (Burns 1992:36). Selv om mellommenneskelig kommunikasjon er mer kompleks enn fotgjengerens kommunikasjon, kan det være et bilde på hvordan en bruker regler og normer for oppførsel som viser respekt for den andre part.

Ved å følge normene, som partene er blitt enige om, tar en vare på relasjonen, en tar hverandre på alvor, og viser hverandre respekt og tillit. Men selv der normer og regler er kjent, skal det sosial dyktighet for å finne ut når eller om det er passende å ta dem i bruk. I regler er det ifølge Goffman noe forutsigbart, som gjør at sosial orden ("social order") oppstår og blir holdt ved like. Behovet for sosial orden, gjør at interaksjonsformer blir ritualiserte. Forhåndsinformasjonen gjør at en vet hvordan en skal handle for å oppnå ønsket respons fra den andre part. Regler skaper forpliktelse for hvordan en skal oppføre seg, og hva som er forventet av andres oppførsel mot deg (Goffman 1956:473-474).

### *Seremonielle handlinger*

Seremonielle handlinger inneholder normer, eller konvensjonell prat, som er allment forståelig, for eksempel kan det være å spørre naboen om han skal på ferie når vi møter han i det han pakker bilen full av koffertar og vesker. Denne praten bruker vi for å få kontakt og prate hyggelig med en kjent eller ukjent person. Praten er viktig for å bearbeide relasjonen en har enten til en nabo, arbeidskollegaer, venner eller i forholdet mellom pasient og fagperson. Vi presenterer oss som respektable mennesker med forankring i samfunnet, og får andre til å anerkjenne oss som det. Seremonier brukes for å bli klar over hvilken form som skal gjelde, eller for å definere situasjonen og identiteten til deltakerne (Album 1994:89-90).

Goffman skiller mellom substansen i det folk sier og den seremonielle siden ved utsagnene. Dette er analytiske kategorier som kan sammenliknes med innhold og form, diskurs og fremtreden (Album 1994:92). Kategoriene kan ikke alltid skilles så tydelig i virkeligheten. Vitenskapelig debatt er for eksempel særlig preget av substansinnhold, saksinnhold, og lite av seremonielle handlinger. Ritualer kommer nær de rene seremonier, ritualene uttrykker respekt. De gir mening og orden og gir sosiale relasjoner noe som er forutsigbart (Album 1994:100).

Goffman er opptatt av meningen handlingen bærer i seg for dem som observerer den (Album 1994:92). Dersom naboen ikke hilser på sin nabo, kan naboen tolke det negativt, selv om det ikke var motivet til den handlende part. Seremonielle handlinger inneholder to basiskomponenter, som er aktelseshandlinger og atferd. Goffman definerer aktelseshandlinger som: "*..that component of activity which functions as a symbolic means by which appreciation is regularly conveyed to a recipient of this recipient, or of something of which this recipient is taken as a symbol, extension, or agent*" (Goffman 1956:477).

Aktelsesarbeid er gjensidig seremonielt arbeid. Disse handlingene kan vare korte minutter, og betraktes ofte som innholdsløse. Men Goffman sier *"The gestures that we sometimes call empty are perhaps in fact the fullest thing of all"* (Goffman 1956:496). Når en nabo spør sin nabo om han skal på ferie, selv om han vet at det er det han skal, kan det synes som meningsløst. Men dette kan forstås som en hilsen, en høflig kommentar som viser at han er oppmerksom på naboen.

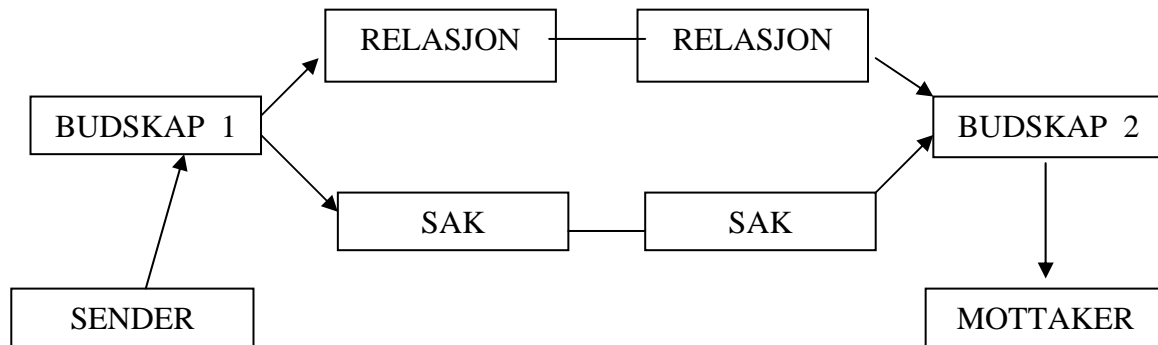
Ved taktfulle sosiabile væremåter viser folk respekt for hverandre. Det er viktig å forstå selvet som delvis en seremoniell ting. *"The self is in part a ceremoniell thing, a sacred object which must be treated with proper ritual care and in turn must be presented in a proper light to others"* (Goffman 1956:496). En må behandle den andre med passende rituell omsorg og til gjengjeld presenterer en seg selv i passende lys overfor den andre.

### **Aktelsesforhold, tillitsforhold, motivasjonsforhold og følelsesforhold**

Ergoterapeuten og bruker er i en lærings situasjon, der ulike forhold kan fremme eller hemme brukermedvirkning. Cato Wadel (1999:5-11) sier aktelsesforhold, tillitsforhold, motivasjonsforhold og følelsesforhold kan innvirke på læringsforholdet. Dette er mellommenneskelige forhold som må ivaretas for å få en god kommunikasjon i lærings situasjonen. Lærings situasjonen er en prosess der en skal dele noe med hverandre, gjøre noe felles. Det kommunikative fellesprosjektet forutsetter et mangfoldig samspill av forhold mellom deltakerne. Forstyrrelser i noen av forholdene, vil som oftest føre til at kommunikasjonsprosessen lider.

Det finnes flere teoretiske forståelser av hvordan et budskap sendes fra en sender til en mottaker. Her vil jeg vise til hvordan Cato Wadel bruker både prosessperspektivet, det semiotiske perspektivet og det relasjonelle perspektivet på kommunikasjon. Dette for å få frem mangfoldet i kommunikasjonsprosessen. I prosessperspektivet vektlegges det at et budskap overføres fra en sender til en mottaker. Her blir senderen sin mening i budskapet det sentrale. Det semiotiske perspektivet er opptatt av hvordan budskapet oppfattes og tolkes av mottakeren, og hvilken mening han tillegger det. Mottakeren vil så sende sin tolkning eller mening tilbake til senderen, og slik skaper og utveksler en meninger og synspunkter. Kommunikasjonen blir en dynamisk prosess, og ikke en statisk lineær struktur (Wadel 1999:20, Fuglestad 1993:187).

Både budskap innen prosessperspektiv og det semiotiske perspektiv har en dimensjon som går på saksinnhold og en dimensjon som går på forholdet mellom de kommuniserende partene, altså en relasjonell dimensjon. Wadel fremstiller dette ved denne figuren:



(Wadel 1999:20)

Relasjonelle budskap er budskap som sier noe om relasjonen som aktørene har til hverandre. De formidles ofte ikkeverbalt.

Kommunikative ferdigheter er nødvendige for å fremstille så vel saksbudskap som relasjonelle budskap. Når en evner å ivareta relasjonen; etablere den, bearbeide den og utvikle den, kaller Cato Wadel dette for relasjonelle ferdigheter. ”*Relasjonelle ferdigheter kan defineres som det to, eller flere, personer besitter sammen i form av sender-ferdigheter og mottaker-ferdigheter*” (Wadel 1999:43). Kommunikasjon er sending + mottak, ikke sending eller mottak, slik det gjerne fremstilles i ulike kommunikasjonsteorier. Det er ferdigheter som ikke kan tilskrives individet alene, men ferdigheter en utvikler sammen. Det gjør kommunikasjon til en særegen relasjonell prosess. Individuelle ferdigheter blir i et slikt perspektiv kommunikative delferdigheter.

I en samtale mellom to personer, består verbale uttrykk for en tredjedel og ikkeverbale uttrykk for to tredjedeler av den meningen som kommer til uttrykk. Det ikkeverbale språket, kroppsspråket, bærer altså mye informasjon med seg (Wadel 1999:27).

Nonverbal kommunikasjon er ofte et viktigere uttrykksmiddel enn ord, sier Goffman (1956:489). ”...that element of the individual`s ceremonial behavior typically conveyed through deportment, dress, and bearing, which serves to express to those in his immediate presence that he is a person of certain desirable or undesirable qualities” .

Tillit uttrykkes ofte gjennom ikkeverbale tegn. En eller annen form for tillitsforhold vil være en forutsetning for samhandling. Det finnes ikke en opplagt og sikker måte å skape tillit på. Tillit blir en antagelse, men en antagelse en ikke kan leve foruten. I et forhold mellom mennesker kan en ikke være sikker på at det ikke vil skje et tillitsbrudd, men da vi ikke kan leve uten tillit, må en gjøre en slik investering. Tillit til hverandre, gjør at en blir *gjensidig avhengig* av hverandre. Det gjør at kommunikasjonen blir preget av åpenhet og mer personlig. En etableringsfase av nye sosiale relasjoner kan være preget av å skape gjensidig tillit (Wadel 1999:64).

I en undervisningssituasjon der brukeren skal lære seg på mestre aktiviteter på nye måter, må motivasjon skapes. Motivasjon blir innen psykologi i første rekke tenkt på noe som er individuelt, og ikke som noe relasjonelt. En vanlig definisjon innen psykologien, sier Wadel er (1995:38): *"Motivasjon er alle de krefter som er i stand til å mobilisere energi, og som bestemmer denne energis retning og intensitet. Energien mobiliseres både gjennom faktorer som ligger i oss og utenfor oss. Hvilke av disse faktorene som er de mest opprinnelige, strides det om"*. En relasjonell forståelse av motivasjon, vil si at motivasjon blir skapt mellom mennesker. Vi motiverer og lar oss motivere. Motivasjonen vokser frem i samspillet med andre mennesker (Wadel 1999:65).

Relasjonell tenkning omkring motivasjon er ikke vanlig, ei heller er den tenkningen om følelser vanlig. Følelsene våre vil være avhengig av hvilke følelser vi forestiller oss at samhandlingspartneren har ovenfor oss (Wadel 1999:69). Dette er en mellommenneskelig forankring av følelser, som Wadel kaller følelsesforhold. I kommunikasjonsprosessen er vi ikke bare opptatt av egne følelser, men også av følelsesforhold. Opplevelsen av den andres følelser blir styrende for egne følelser.

Aktelsesforhold, tillitsforhold, følelsesforhold og motivasjonsforhold er viktige forutsetninger for samspill. Språklig samspill mellom mennesker er en annen faktor som kan fremme brukermedvirkning.

### **Språklig samspill mellom mennesker**

Et menneske er definert ved dets forhold til andre, og derfor bruker ikke mennesket språket først og fremst for å uttrykke seg selv, men for å kommunisere og være i dialog med andre

mennesker. Dette er grunnlaget i den russiske litteratur og språkteoretiker Mikhail Bakhtin (1895-1975) sin dialogisme. Han sier: *”Livet er dialogisk i sin natur. Å leve betyr å engasjere seg i dialog, å stille spørsmål, lytte, svare, være enig osv.”* (Dysthe 1995:61).

Bakhtin er opptatt av at selvet bare eksisterer gjennom et forhold til den andre. Viktigheten av ”den andre” er det fundamentale prinsippet i hans menneskesyn. Vi kan aldri se oss selv som et hele uten gjennom den andre, og vi kan bare nå bevissthet om oss selv gjennom kommunikasjonsprosessen. Mennesket har ikke noe indre territorium som det eier selv; det er fullstendig og alltid på grensen, og idet mennesket ser inn i seg selv, ser det inn i øynene på den andre eller gjennom øynene til den andre... *Jeg kan ikke greie med uten den andre; jeg kan ikke bli meg selv uten den andre...* (Bakhtin 1984:311-312/oversatt av Dysthe 1995:62).

I samspillet mellom den som snakker og den som mottar oppstår det meninger i dialogen. Det er ikke individet, men vi som skaper mening. Språket binder individ sammen i grupper og på samme tid gjør det mulig for et individ å eksistere som seg selv. Det er responsen, tilbakemeldingen fra mottakeren, som er det aktiverende prinsippet. Forståelse og respons er knyttet til hverandre, og er gjensidig avhengig av hverandre. Forståelsen er avhengig av at mottakeren aktivt kommer budskapet i møte med en eller annen respons, enten den er artikulert eller uartikulert. Ny forståelse som er forskjellig fra det en hadde på forhånd, kan oppstå. Dersom deltakeren ikke får gitt svar tilbake, blir det ingen dialog (Dyste 1995:64).

Noe av det essensielle ved dialogisiteten i språk og tanke er at nye meningsnyanser kan gry i dialogen mellom den som ytrer ordet og den som hører eller leser det. Språket innfelt i dialog gir ikke bare mulighet for et fasitsvar, men er heller et forhandlingsmiddel. Og andre mennesker, og helst noen som tenker annerledes enn oss, er våre beste hjelpere til ny forståing. Meningsproduksjon er en sosial og ikke en individuell prosess.

*Syrken i Bakhtins språkteori er at den er både kognitiv og sosial. Han ser ikke bort fra det individuelle aspektet ved ytringen, men legger mest vekt på de sosiale og interaktive aspektene* (Dysthe 1995:70).

Bakhtin angriper dem som ser på språk som ”en ensidig handling” og forståelse som et resultat av passiv lytting ”...Faktum er at når lytteren oppfatter og forstår mening, tar han samtidig en aktiv, responderende holdning til det som blir sagt. Han er enten enig eller uenig

(fullstendig eller delvis), han utvider det, bruker det, forbereder seg på å gjøre nytte av det, selv om graden av denne aktiviteten varierer ” (Bakhtin 1986:68/Dysthe 1995:69).

Jeg har nå presentert noen teoretiske tilnærminger som jeg bruker i drøfting av empirimaterialet. Før jeg viser hvordan empirien blir drøftet i lys av valgte teoretiske perspektiv, vil jeg gjøre rede for hvordan jeg samlet inn dataene.

## **FORSKNINGSMETODE**

*Den som leiter den finn,  
men ikkje det han leiter etter.*

(Arne Garborg 1899, Wadel 1991)

### **Kvalitativt orientert forskning**

Målet med denne studien er å få mer kunnskap om samhandlingsprosessen mellom ergoterapeut og bruker, for å få innsikt i hvilke faktorer i relasjonen som kan fremme eller hemme brukervedvirkning. Samhandlingsprosessen varer over tid, og vil derfor innebære en utvikling når det gjelder forholdet mellom de to partene. Denne utviklingen kan for eksempel gjelde hvordan og hva en kommuniserer om, hvilken holdning og atferd en har til hverandre, og hvordan atferden endres av gjensidig påvirkning. Til å studere denne samhandlingsprosessen og dens utvikling er kvalitativ metode best egnet, fordi den fokuserer på innholdet i en relasjon, og hvilken betydning den kan ha for personene i relasjonen (Wadel 1991:9). Brukervedvirkning er en prosess som foregår i samhandling mellom ergoterapeut og bruker, og det gjør at den best kan forstås ved observasjon og samtaler med de impliserte parter. Jeg har forsøkt å forstå forholdet mellom partene ut fra en tolkning av samtaler, handlinger, og konteksten rundt behandlingstidene.

### **En hermeneutisk tilnærming**

Hermeneutikk er læren om fortolkning. En forsker som arbeider ut fra en slik tilnærming ønsker å fortolke en mening i menneskers handlinger eller sinn, forstå en historisk begivenhet, et samfunn eller kultur, eller verbalspråklige tekster. Det som styrer en persons valg av atferd eller handling fremfor en annen, er den mening den enkelte person tilskriver en situasjon, og de intensjonene og verdiene han eller hun prøver å realisere. Disse må feltforskeren prøve å tolke ved å spørre seg hva atferden er et uttrykk for (Fuglestad 1997:155).

Mennesker har alltid vært nødt til å fortolke utsagn, både muntlige og skriftlige. Det er ikke mulig å observere direkte et meningsinnhold og utveksling av meninger i sosiale relasjoner. De må tolkes ut fra ikkeverbalt og verbalt uttrykk og den konteksten samhandlingen finner sted i (Kjørup 1996:265-266).

En sentral grunntanke i hermeneutikken, er at den som fortolker en tekst eller handling, gjør det ut fra sine forutsetninger. Hans-Georg Gadamer kaller forutsetningene for forforståelse



(Kjørup 1996:277). Forforståelsen er nødvendig for å forstå en handling, ord eller tekst, fordi den hjelper oss til å rette oppmerksomheten mot noe. Forforståelsen kan ha karakter av fordommer, men ikke nødvendigvis i negativ betydning. Fordommene har sammenheng med vår tilhørighet til familie, samfunn og kultur, og kan inneholde språk, trosoppfatninger og personlige erfaringer. Vi kan ikke rense oss selv for fordommer. Før vi går inn i et nytt emne, eller møter en ny person, vil vi alltid ha med oss vår forforståelse, våre fordommer og vår fortid.

En horisont er den enkeltes grense, eller ramme, for forståelse av en sak, og hvordan ulike faktorer i den forholder seg til hverandre. Horisontene er ikke lukkede, men åpne og flyttbare. Vi må prøve og vandre inn i tekstens, eller informantens, horisont og vandre av sted sammen med den, sier Gadamer. Det kan vi gjøre ved å anvende empati eller innlevelse, og slik sette oss inn i en annen persons meninger, opplevelser og erfaringer. Gadamer ønsker en horisontsammensmeltning mellom forsker og en annen persons meninger, opplevelser og erfaringer. For å forstå en annen person, eller få innsikt i hans synspunkter, må forskerens forståelse ha utgangspunkt i hans tidligere forståelse (Kjørup 1996:277-278). Min forforståelse relatert til denne studien, er beskrevet på side 36.

Forståelse av en tekst er en prosess, der vi forstår deler ut fra helheten, og helheten ut fra deler. Vi begynner å forstå en del, går dypere og dypere inn i teksten og får en større og større forståelse både for delene og helheten. I hermeneutikken kalles dette for den hermeneutiske sirkel. Den inneholder en stadig bevegelse mellom del og helhet. Helheter kan i prinsippet ikke avsluttes. En replikk inngår i en dialog, en dialog i en større meningsutveksling, som kan sees som en mer omfattende dialog. Denne må igjen settes inn i en større helhet, eller kontekst, som for eksempel historie, kultur og tradisjoner. Hans-Georg Gadamer mener at i tillegg til del og helhet, er forforståelse og forståelse viktige faktorer i sirkelen. En foregående forståelse finnes alltid med i en ny forståelse (Alvesson og Sköldberg 1994:115-117).

For å forstå hva en person, eller informant, forteller til oss, må en ofte ta med informantens sosiale og kulturelle kontekst, som kan være forskjellig fra vår egen kontekst. Dersom en ikke er oppmerksom på det, kan en få problemer med tolkningen av utsagnene (Måseide ref. Fossåskaret, Fuglestad, Aase 1997:96). For å forstå den sosiale og kulturelle konteksten, bør en som forsker oppholde seg der de sosiale aktivitetene en skal studere finner sted. Det betegner sosiologer og antropologer som feltarbeid, i motsetning til laboratorieforskning

som har en konstruert kontekst (Wadel 1991:9-13). Hvilke faktorer som kan fremme eller hemme brukermedvirkning, er blant annet avhengig av sosial og kulturell kontekst. Har for eksempel, sykehuset som institusjon en kultur for brukermedvirkning? Har aktørene denne kulturen med seg som sin forforståelse, eller det noe som kan endres underveis i samhandlingsprosessen?

## **Feltarbeid**

### ***Valg av informanter***

I mitt feltarbeid har observasjon vært det viktigste verktøyet i datainnsamlingen, mens intervju og uformelle samtaler er gode supplement. Observasjon og uformelle samtaler er skrevet ned som feltnotat, mens intervjuene er tatt opp på lydbånd. Datainnsamlingsmetodene er nærmere beskrevet på side 32 til side 34.

Feltstudien har funnet sted på et sykehus i Norge, ved en avdeling for personer med ryggmargskade. Brukerne kan være innlagt fra 3 til 12 måneder, avhengig av hvor ryggmargen er skadet. Nivået på ryggmargen som er skadet avgjør hvilken muskulatur som får nerveforsyningen ødelagt, og gjør aktive motoriske bevegelser vanskelige. Dess høyere opp mot nakke- og hoderegionen skaden sitter, dess mer er nerveforsyningen til ulike og flere muskulaturgrupper ødelagt (tetraplegi). Når skaden sitter nærmere bekkenregionen, er nerveforsyningens omfang mindre skadet (paraplegi). En ryggmargskade medfører ikke mentale svikt, som vansker med forståelse, bearbeiding av informasjon, hukommelse eller språkvansker. Psykiske faktorer kan imidlertid vise seg ved for eksempel fortvilelse, frustrasjon, benekting, depresjon og aggresjon ovenfor sine nye livssituasjon.

Da brukerne er innlagt på avdelingen i flere måneder, gav det meg en mulighet til å observere en samarbeidsprosess mellom ergoterapeut og bruker over tid. Det var et av mine kriterier for valg av informanter.

Et annet kriterium for valg av ergoterapeuter og brukere, var at jeg ønsket å få informanter som er opptatt av rehabiliteringsideologi der brukermedvirkning er sentralt.

Et tredje kriterium var at jeg ikke ville kjenne ergoterapeutene som jeg skulle observere. Det kunne gjøre at jeg mistet fokus på forskerrollen, og allierte meg med dem i ergoterapeutrollen.

Kjennskapet kunne også føre til at de ville handle slik de tror jeg ville ønske det ut fra min problemstilling. Brukerne kunne også oppleve at mitt forhåndskjennskap til ergoterapeutene, gjorde at jeg var på terapeutenes side. Denne innflytelsen kan forskeren ha på aktørene enten en kjenner dem på forhånd eller ikke. Men kjennskap kan forsterke denne effekten. Som forsker ønsket jeg å holde en viss distanse til informantene og være så upartisk som mulig. Med hensyn til dette ble søknad om feltarbeid sendt til et sykehus i en annen landsdel enn der jeg selv bor.

Søknad om å få komme til det valgte sykehuset ble sendt til sjefsergoterapeut. Sammen med avdelingsoverlegen og avdelingssykepleier avgjorde hun at jeg kunne få tillatelse til å utføre feltarbeid ved deres avdeling. Det var sjefsergoterapeut som forespurte de valgte ergoterapeutene om å delta i mitt forskningsprosjekt. Ergoterapeutene forespurte 5 brukere, som sa seg villig til å være informanter.

På sykehuset arbeider det flere ergoterapeuter, men det er 3 ergoterapeuter som er tilknyttet avdeling for personer med ryggmargskade. De er forholdsvis nyutdannet med 2-3 års yrkeserfaring. Alle disse har vært informanter. Det var 2 ergoterapeutstillinger som ikke var besatt. Noen av mine informanter arbeidet langt over 100 %, og det var velvilje som gjorde at de sa ja til å ta imot meg som forsker. Jeg måtte være ydmyk for informantenes tid, kunnskap og erfaring, og det arbeidet som ble utført.

### ***Gjennomføring av feltarbeidet***

Feltarbeidet ble gjennomført ved siden av egen undervisning ved høgskolen. Således var jeg først 14 dager på sykehuset, så 5 dager på høgskolen, og 14 dager på sykehuset. Det strakte seg over totalt 20 arbeidsdager.

#### **Presentasjon**

Jeg startet feltarbeidet med å bli møtt av avdelingsergoterapeut. Hun presenterte meg for de andre ergoterapeutene som skulle være informanter. Senere på dagen gav jeg dem muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet mitt. Det ble omvisning på de aktuelle avdelingene og presentasjon av meg som forsker. Her opplevde jeg også å bli godt mottatt. De var informert om min ankomst og rolle, og de syntes temaet for min forskning var interessant.

Ergoterapeutene introduserte meg for brukerne som skulle være informanter. De var positive og interessert i min forskning, og ville gjerne bidra til at temaet ble belyst. De påfølgende dagene gav jeg dem muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet mitt. Informantene gav skriftlig samtykke på deltagelsen (vedlegg 1 og 2). På ergoterapeutenes avdelingsmøte ble jeg introdusert for alle sykehusets ergoterapeuter, og jeg fortalte kort om min studie. Jeg hadde med meg kopi av prosjektplanen som interesserte kunne få anledning til å lese.

Ergoterapeutens arbeid på ryggmargskadeavdelingen er knyttet til kartlegging av brukerens ressurser og begrensninger, vurdering og igangsetting av ulike tiltak i forhold til aktiviteter i hjem, arbeid og/eller fritid. Tiltak kan være å gi råd om nye teknikker for å mestre en aktivitet i hverdagen med eller uten tekniske hjelpemidler. Aktiviteter i hjem kan for eksempel være personlig hygiene som vask og stell av kroppen, spise selv og husarbeid. Personen som utfører aktiviteter gjør dette i samspill med fysiske og sosiale omgivelser. Ergoterapeuten er derfor opptatt av å vurdere *både person, aktivitet og omgivelser*, som i et trefaktorsystem. Tiltak kan settes i verk ovenfor en av de tre faktorene, to av dem eller alle tre (Kielhofner1997:187-201).

Ergoterapeuten vurderte hvilke situasjoner jeg kunne og ikke kunne observere. I de fleste situasjoner kunne jeg være tilstede. Av etiske hensyn til brukeren, var jeg ikke tilstede når ergoterapeuten og bruker trente på intim personlig hygiene. Jeg leste ikke brukernes journaler, da jeg ikke hadde behov for de opplysningene som stod der.

### ***Kontekst***

I hermeneutikken er konteksten viktig. Konteksten rundt samhandlingen mellom bruker og ergoterapeut, er i utgangspunktet en tragisk og alvorlig situasjon for brukeren. Han er i en livskrise, der livet kan fortone seg som et "mareritt". Å løpe i skogen den ene dagen, mens en neste dag ikke kan bevege kroppens viktigste muskler, er en situasjon de færreste av oss orker å tenke på. På grunn av en ulykke blir en natten over avhengig av andres hjelp til spising, personlig hygiene, påkledning og andre viktige aktiviteter i hverdagen. Når "Selvfølgene" blir borte, kreves det hardt arbeid både fysisk og psykisk for om mulig finne nye måter å utføre dem på, selvstendig med eller uten tekniske hjelpemidler, eller med andre personers hjelp. Det er dette arbeidet brukeren og ergoterapeuten samarbeider om.

Da jeg begynte feltarbeidet hadde flere av brukerne vært innlagt på sykehuset i cirka 3 måneder. De hadde psykiske reaksjoner som regnes for å være innen ”normalreaksjoner”. Noen av dem skulle sannsynligvis være på sykehuset i 6 måneder til, noen skulle utskrives om kort tid. Brukerne er nærmere omtalt på side 49 og 50.

Mine data er samlet inn når ergoterapeutene samarbeider med brukerne enten på brukerens enerom, eller på ergoterapiavdelingen. Når de møttes på brukerens rom, lå han i sengen eller satt i rullestol. Dersom brukeren lå i sengen, stod ergoterapeuten ved siden av den og trente passive eller aktive finger- og håndbevegelser med brukeren. I denne situasjonen er terapeut og bruker fysisk sett nær hverandre. Kommunikasjonen mellom dem kan bli preget av denne nærheten. Den kan innby til en fortrolig samtale, eller en ønsker å holde noe avstand og snakker om tilsynelatende meningsløse ting som for eksempel vær og vind. På rommet kunne det også være utprøving av tekniske hjelpemidler, som rullestol eller personløfter. Brukeren må ha hjelp av ergoterapeuten eller annet helsepersonell til forflytning til eller fra disse hjelpemidlene. Det medfører også fysisk nærhet, som kan påvirke kommunikasjonen, slik som nevnt ovenfor.

Samarbeidet mellom ergoterapeut og bruker kunne også finne sted på ergoterapiavdelingen. Dette er en forholdsvis stor avdeling der mange terapeuter og brukere møtes til ulike virksomheter. Avdelingen er delt inn i små enheter og avlukker med halve eller hele skillevegger. En kan dermed arbeide uforstyrret noen steder, mens andre steder ble en lettere forstyrret av andre mennesker og deres gjøremål. På ergoterapiavdelingen kunne blant annet brukeren prøve ut og lære seg å bruke tekniske hjelpemidler med veiledning fra ergoterapeuten. Tekniske hjelpemidler kunne for eksempel være rullestol, datamaskin, håndklemmer for å feste ulike redskaper som blyant, eller en pinne til å betjene datatastaturet, bestikk og andre liknende gjenstander,. På denne avdelingen kunne også brukeren i samarbeid med terapeuten, trene på fin- og grovmotorikk, balanse og koordinasjon ved å anvende ulike spill og håndarbeidsaktiviteter.

Mine intervju med brukerne, fant sted på deres rom. Intervju av brukerkonsulenter og ergoterapeuter gjorde jeg på deres kontor. Brukerkonsulentene er omtalt på side 50.

Som forsker er jeg også en del av konteksten. Jeg påvirker informantene med min tilstedeværelse. Dette er nærmere beskrevet på side 43 og 44.

## *Datainnsamling og registrering*

I feltarbeidet har jeg brukt ulike metoder for datainnsamling. Metodene er observasjon, uformelle samtaler, og halvstrukturerede intervju. Registreringsformene har vært feltnotat med utfyllende beskrivelser, lydbåndopptak og transkribering av lydbåndopptak.

Jeg var en passiv observatør, og deltok ikke i aktivitetene som ble utført. Observasjonene var åpne, hvor alle berørte parter ble informert om min forskeroppgave. Partene som var involvert i samhandlingsprosessen, var som oftest ergoterapeut og bruker, men også andre fagpersoner kunne være tilstede, for eksempel sykepleier eller fysioterapeut.

Da jeg observerte stilte jeg ikke med noen spørsmål, eller kom med noen kommentarer underveis. Dette fordi jeg ikke ønsket å forstyrre dem, samt at jeg vurderte at spørsmål underveis ville gjøre meg mer synlig som forsker. Under planlegging av mitt feltarbeid, forestilte jeg meg at jeg kunne stille brukeren eller ergoterapeuten eventuelle spørsmål umiddelbart etter observasjonen. Dette ble vanskelig i praksis, da bruker og ergoterapeut hadde mange avtaler. Jeg samlet derfor opp spørsmålene mine, enten til en uformell samtale eller til intervjuene.

Jeg var tilstede som observatør på et par teammøter der noen av brukerinformantenes behandlingsplan ble evaluert og ny målsetning for de neste ukene ble satt opp. På et teammøte møtte en av mine brukerinformanter fagpersoner fra sin hjemkommune. De begynte å planlegge utskrivning til brukerens eget hjemsted. Jeg var også observatør på et hjemmebesøk, der brukeren og hans familie, ergoterapeut og fysioterapeut fra sykehuset og en ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten var tilstede. Hensikten med hjemmebesøket var å vurdere hvilke tiltak som måtte settes i verk for at brukeren skulle kunne bo der, inntil han eventuelt kunne kjøpe en mer velegnet leilighet for hans bevegelsesvansker.

Jeg hadde jevnlig kontakt med informantene i den perioden jeg var i feltet. Det gav naturlige rom for flere uformelle samtaler, der jeg fikk muligheter til å snakke om, eller stille spørsmål i forhold til min problemstilling. Innholdet fra disse samtalene ble skrevet ned umiddelbart etterpå. Å skrive mens vi snakket sammen, fant jeg forstyrrende. Når jeg derimot observerte andre sine handlinger og deres dialog, noterte jeg dette ned i form av stikkord.

Observasjonene har jeg skrevet ned etter en mal av Spradley (1980), som sier at feltnotater bør inneholde beskrivelser av det fysiske rom, hvem som er involvert (aktører), handlinger som utføres (aktiviteter), fysiske gjenstander (objekt), enkelthandlinger som personer gjør, sammenhengende aktiviteter som personer utfører (hendelser), sekvenser av hendelser over tid, hva noen forsøker å oppnå og hva som føles og kommer til uttrykk. Spradley sier videre at beskrivelsene må bygge på språklig konsistens, ordrett gjengivelse og konkret språk. En må ikke omskrive det folk har sagt til en annen språkdrakt, men gjengi ord og begreper slik de ble sagt. I løpet av observasjoner, eller uformelle samtaler som jeg hadde med informantene underveis, skrev jeg stikkord i en feltdagbok. Først prøvde jeg å skrive detaljerte notater. Det gikk jeg bort fra, da det hindret meg i å følge helt med i handlingen eller samtalen. Etter hver observasjon ble stikkordene skrevet om til fyldigere beskrivelser på ergoterapiavdelingens datamaskin umiddelbart etterpå dersom det var mulig (Kullberg 1996:106). Dette for å ha ordene som aktørene hadde sagt og hendelsene så klare som mulig. Dersom det ikke var mulig ble stikkordene omskrevet og gitt utfyllende beskrivelser på mitt "hjemmekontor" før døgnet var slutt. Dette gjorde feltarbeidet svært arbeids- og tidkrevende. Det var imidlertid helt nødvendig å omskrive en dags notater før jeg begynte på neste dag. Ellers kunne jeg stå i fare for å blande sammen ulike observasjoner fra en dag til en annen, og bli usikker på min hukommelse. I notatene har hver observasjon blitt merket med dato og navn. Når stikkord ble omskrevet til fyldigere beskrivelser, ble jeg overrasket over hvor mange ord og detaljer jeg husket fra observasjonene. Jeg opplevde dagens skriveprosess som gull verdt. Den gjorde at jeg fikk sette flere ord på hva jeg hadde observert, og gjennom skrivingen kom det tanker, ideer og spørsmål som jeg syntes var verdifullt å ta med meg videre i forskningsprosessen.

Beskrivelsene ble skrevet i en kolonne, og tankene og refleksjonene i tilknytning til dem, ble skrevet ned i en egen kolonne. Jeg måtte lære meg å skille mellom det jeg faktisk så og observerte og mine tanker om det. Tankene mine hører til tolkningsprosessen. Slik startet analyseprosessen tidlig i innsamlingsfasen, selv om selve hovedanalysen kommer på et senere stadium. Refleksjonene har jeg ytterligere bearbeidet i analyseprosessen etter avsluttet feltarbeid. I denne første skrivefasen så jeg imidlertid på skriving av feltnotater til fyldige beskrivelser som det viktigste. Refleksjonene kom som en gevinst, og ble ikke gjennomarbeidet der og da. Når en omgjør observasjoner til tekst, vil en alltid miste noe. Teksten kan aldri bli så nøyaktig og mangfoldig som selve samhandlingen. Den medfører en reduksjon av det som virkelig fant sted. Men det finnes, i følge Finn Sivert Nielsen (1996:124-125) ikke noen annen og mer redelig måte å gjøre dette på.

Under oppholdet fikk jeg noen tanker om ulike temaer, som jeg ikke kunne observere direkte, fordi mitt opphold var av begrenset varighet. For eksempel ble jeg opptatt av brukermedvirkningens utvikling. For å få mer kunnskap om dette, måtte jeg spørre informantene om deres mening og opplevelse av det. Slik blir intervju et godt supplement til observasjon.

Mot slutten av mitt feltarbeid avtalte jeg intervju med 3 av de 5 brukere som jeg hadde observert i samhandlingsprosessen med ergoterapeutene. En bruker var utskrevet, og en skulle utskrives. Jeg ønsket også å ha dybdeintervju med de 3 ergoterapeutene som jeg hadde observert i samhandling med brukerne, men grunnet en hektisk hverdag og deres fravær på grunn av kursvirksomhet lot dette seg ikke gjøre. Jeg intervjuet istedenfor 2 brukere som var ansatt i halv stilling som brukerkonsulenter, og 2 ergoterapeuter ved en annen avdeling der brukermedvirkning er et sentralt prinsipp. Dette var en god løsning for å få belyst spørsmål som jeg hadde i forhold til temaet. Slik kunne jeg også få av - eller bekreftet noen av mine refleksjoner fra observasjonene, og få ytterligere belyst problemstillingen min. Intervjuene ble lagt til slutten av min feltperiode, fordi jeg selv trengte tid til å bli kjent med informantene og sykehusets miljø, rutiner og system. Den første tiden var det mange inntrykk som måtte bearbeides. Min forskerrolle var også ny, og jeg trengte tid for å komme inn i den. Derfor var det en god løsning å konsentrere seg om observasjoner og uformelle samtaler de første 14 dagene. Etter hvert som jeg ble mer fortrolig med disse metodene, kunne jeg i tillegg begynne med intervju.

Intervjuene var semistrukturerte og hadde dialogsform. Informantene snakket mest, og jeg stilte utfyllende spørsmål for å sikre at sentrale temaer ble belyst. Temaene var utformet på forhånd i en intervjuguide (se vedlegg 4). De fleste gangene ble den fulgt, men det kunne og være intervjusituasjoner der informantene fortalte så mye interessant at jeg fant det lite hensiktsmessig å bryte av for å få stille mine spørsmål. Det de fortalte var relevant for min studie. Hvert intervju varte cirka 60 minutter og ble tatt opp på bånd. Alle intervjuene, bortsett fra ett, gav meg utfyllende beskrivelser av de temaene som jeg ønsket belyst. Når samtalene var kommet i gang, var intervjuobjektene ivrige med å fortelle om sine synspunkter på ulike spørsmål. En bruker gav imidlertid uttrykk for at han syntes det var vanskelig å utdype svarene, og ville helst svare ja og nei på mine spørsmål. Dette var det intervjuet som jeg nevnte ovenfor som ikke gav meg så utfyllende beskrivelser som jeg ønsket.



## *Veksling mellom ulike roller*

Cato Wadel (1991:34) beskriver ulike roller som en kan innta i et feltarbeid. En kan for eksempel være forsker, bekjent, kollega eller lærling. Lærlingerollen gir den letteste adgangen til feltet, fordi den er kjent og akseptert i mange kulturer. Forskerrollen kan hindre at en får tilgang til ulike situasjoner. I utgangspunktet hadde sykehuset sagt ja til meg som forsker, og slik hadde jeg fått tilgang til de situasjoner som jeg ønsket. Jeg understreket imidlertid flere ganger at jeg var der for å lære, og ikke for å studere enkeltpersoner og om deres handlinger er rette eller feile. Det opplevde jeg gjorde forskerrollen mindre truende. Jeg opplevde imidlertid at jeg pendlet mellom flere roller, som forskerrollen, lærlingerollen og ergoterapeutrollen.

Da jeg ikke har arbeidet som ergoterapeut med denne brukergruppen, kunne jeg i flere sammenhenger stille uvitende spørsmål, slik en lærling kan gjøre. Jeg sa til informantene at jeg gjerne ville lære av dem hvordan de fant mulige løsninger på ulike hverdagsaktiviteter etter en traumatisk skade. Behovet og interessen min for å lære om dette, gjorde det lettere for meg å stille spørsmål, som ikke var av evaluerende eller kontrollerende karakter. Det var viktig for meg å understreke lærlingerollen, da informantene lett kunne se på meg som ”En fra Ergoterapeututdanningen som kan noe om rehabilitering og brukermedvirkning og skal se hvordan det fungerer hos oss”. Da kan det være at de ønsker å fortelle, eller handle, slik de tror jeg ønsker det.

Ergoterapeutrollen hadde jeg i utgangspunktet med meg, men jeg var bevisst på å tone den ned. Den ble imidlertid ekstra forsterket når noen ergoterapeuter spurte meg om jeg hadde noen synspunkter på en sak. Jeg valgte bevisst og ikke gå for mye inn i denne rollen. For meg var det viktig å holde rollene atskilt. Men nedtoning av ergoterapeutrollen gjorde at jeg ikke tilhørte et kollegium. Ofte hadde ergoterapeutene arbeidslunsj, der de drøftet ulike saker. Disse deltok jeg ikke i, da det gjerne var interne organisatoriske saker som stod på dagsorden. Men av og til spiste de lunsj i kantinen. I begynnelsen var det ikke en selvfølge at jeg ble invitert med dit. Å gå alene til kantinen med masse ukjente folk, var ikke alltid like enkelt. Dersom jeg så noen ergoterapeuter, gikk jeg til deres bord, men det var ingen spesielt god opplevelse i begynnelsen av feltarbeidet. Jeg følte meg utenfor deres samtaletemaer. Jeg kjente ikke deres kultur og kommunikasjonsform, og jeg var ikke bevisst på hvilken rolle jeg hadde der og da. Jeg følte meg som et forstyrrende ”element”. Etter hvert som jeg ble kjent

med ergoterapeutene, og spesielt de som var mine informanter, opplevde jeg lunsjen som et mer hyggelig møtested.

Det er en følelsesmessig påkjenning å være feltarbeider. En føler seg gjerne ”til bry”, og vil gjøre noe til gjengjeld. I løpet av en observasjon kunne jeg noen ganger gjøre oppgaver, som ikke var direkte relatert til min forskerrolle. Jeg hentet for eksempel deler til rullestolen som lå utenfor ergoterapeutens rekkevidde, eller noe utstyr som hun skulle bruke i finmotorisk trening. Det gav meg en følelse av å være til hjelp, jeg kunne gi noe tilbake, og ikke bare få masse informasjon.

Som både forsker og lærling måtte jeg få kontakt og tillit til mine informanter, og de måtte få tillit til meg, for å få tilgang til data. Da jeg snakket med informantene i en pause, eller på vei til en avtale, kunne jeg ikke bare stille faglige spørsmål, men også snakke løst om vær og vind, sport eller andre ikkefaglige emner. Da vi snakket om faglige saker, var jeg bevisst på hvordan jeg stilte spørsmålene. Spørsmål som begynner med hvorfor gjør du slik eller slik, kan føre til at de opplever at forskeren kontrollerer om de gjør rett eller galt. Verken som forsker eller lærling hadde jeg noen rett eller forutsetninger for å bedømme det. Derfor var jeg bevisst på å unngå denne type spørsmål. Jeg prøvde heller å spørre om de kunne fortelle mer om de ulike situasjonene. Det opplevde jeg gjorde min tilstedeværelse mindre truende. Jeg var ydmyk for deres kunnskap, og ønsket å lære av dem og få ny kunnskap. Da måtte jeg våge å sette forforståelsen min i parentes.

### **Forforståelse**

Eksisterende kunnskap har betydning for hvordan vi forstår ny kunnskap, slik Gadamer fremstiller det i den hermeneutiske sirkel. Min kunnskap om rehabilitering hadde påvirket mitt valg av tema og metode. Da jeg startet med feltarbeidet hadde jeg med meg en viten og en forforståelse. Men dersom en er for opptatt av det en allerede vet, kan det sette klare grenser for hvor mye nytt en får tak i. En kreativ spenning mellom ”vitene og ikke vitene” er nødvendig for ny kunnskap (Fuglestad 1997:160). Jeg vil her gi eksempler på min forforståelse om rehabilitering og brukermedvirkning i ergoterapeutisk arbeid.

Bakgrunnen min for å skrive om dette temaet, er at jeg selv er ergoterapeut, og har arbeidet med ulike brukergrupper der rehabilitering og brukermedvirkning har vært sentralt. Brukerne

har stort sett vært i sitt hjemmemiljø når jeg har vært i kontakt med dem. Således har brukeren vært på sin ”hjemmebane”, mens jeg har vært på ”bortebane”. I dette feltet gav brukermedvirkningsbegrepet meg mange spørsmål og noen svar. Jeg har ikke yrkeserfaring med brukerens rehabilitering på sykehus.

Rehabilitering og brukermedvirkning som tema, har jeg undervist i ved Høgskolen. Både med studenter og kollegaer hadde jeg hatt mange interessante diskusjoner om begrepets innhold. For eksempel hadde vi diskutert hva brukermedvirkning medfører når det gjelder fordeling av makt og ansvar? Hvilken rolle får vi som yrkesgruppe hvis brukeren skal bestemme? Hva betyr det at han er spesialist på eget liv, mens helsepersonell er spesialist på ”medisin”? Og mange flere spørsmål hadde vi som tilsier at jeg hadde en forforståelse om emnet. Videre var den påvirket av lesing i bøker og offentlige dokumenter, hvor jeg blant annet hadde lest at tiltak kan bli satt i gang uten at brukerens behov og målsetning er utredet godt nok, det er uklare ansvarsforhold mellom helsepersonell og bruker, og for liten medvirkning fra brukerne selv.

Ved refleksjon etter de første observasjonene går det opp for meg at jeg står og leter etter faktorene som har påvirket min forforståelse. Jeg leter etter det jeg vil se, og ser ikke det jeg ser. For eksempel kunne det være mye humor mellom ergoterapeuten og bruker i behandlingstimene, og lite snakk om brukerens behov og målsetninger for egen rehabilitering. På det tidspunktet syntes jeg at jeg fikk lite å skrive i min feltbok, og jeg ble noe frustrert. Frustrasjonen var så sterk at jeg etter tre dager i feltet, tenkte at jeg hadde valgt feilt sted for datainnsamling. Men ved nærmere ettertanke ble jeg bevisst at det var forforståelsen min som hindret meg i å se at disse observasjonene kunne ha en verdi. Jeg begynte og skrive ned det jeg hørte og så, uavhengig av mine tanker om temaet eller problemstillingen. Humoren ble derfor nedskrevet. Ved analysering av materialet har jeg sett en betydning av det som jeg ikke så der og da.

### **Etiske vurderinger**

Da feltarbeidet ville innebære innsyn i personopplysninger, var prosjektet mitt på forhånd godkjent av Datatilsynet og Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk, helseregion III (vedlegg 1).

Ergoterapeutene er både kvinner og menn. Av hensyn til anonymitet omtales de i denne studien for hun. Brukerne er også av begge kjønn. De omtales som han når jeg skriver generelt om dem. I analysen omtales brukerne med andre navn enn sitt eget, og ergoterapeutene omtales med sin yrkestittel.

Min observasjon var åpen av etiske grunner. Jeg ville ”spille med åpne kort”, slik at informantene var innforstått med min rolle. De visste at det som ble sagt, kunne brukes som data i min forskning. Det motsatte av åpen observasjon er skjult observasjon. Da kjenner ikke informantene til min rolle, og de kan i ettertid føle seg lurte. Jeg kunne hatt en rolle som ergoterapeutstudent, som er en lærling som er nysgjerrig. Det passer best for meg å ha rollen som erklært forsker, fordi kroppsspråket mitt taler ofte sitt ”sanne språk”. Så sannsynligheten for at noen skulle avsløre meg ville være ganske stor. Skjult observasjon brukes bare når feltet umulig kan studeres åpent (Album 1996:227).

I intervjusituasjonen ville jeg ikke stille spørsmål om relasjonen mellom ergoterapeut og bruker, som i ettertid kunne skade deres videre samarbeid. Mine normative synspunkter på samarbeidet måtte ikke styre spørsmålene. Når brukeren kunne gi uttrykk for at han var misfornøyd med den rollestolen som ergoterapeuten hadde valgt ut for ham, var det uetisk av meg å vurdere den situasjonen. Jeg lyttet til det han ville si om saken, men jeg gav ikke noen svar som kunne tolkes slik at jeg tok noens parti. Jeg hadde ikke muligheter eller rett til å vurdere situasjonen ut fra alle de faktorene som bidrar til en beslutning om valg av stoltype.

## **Analyseprosessen**

I tolkningen av datamaterialet vurderes data i forhold til problemstilling, og i forhold til teorier.

De ulike fasene i forskningsprosessen har glidd over i hverandre, eller gått parallelt. Det har ikke vært en fase for innsamling av data, for så å starte på analysefasen. Deler av analysefasen startet allerede i innsamlingsfasen. Kvalitativt orientert forskning innebærer en ”runddans” mellom teori, metoder og data mens en er i feltarbeidet, skriver Cato Wadel (1991:129). Dette stemmer godt med mitt feltarbeid. Refleksjoner over observasjoner som jeg gjorde, fikk meg tidlig inn i dataanalysen, der ulike begrep som språk, læring og mestring dukket opp. Jeg leste også litteratur som var tilgjengelig på sykehuset om rehabilitering og brukervedvirkning.

Allerede ved skrivingen av feltnotatene, tolket jeg. Å beskrive en hendelse vil si at jeg legger en mening i den. Ved å stille utfyllende spørsmål som enten av - eller bekreftet min tolkning av informantenes utsagn i observasjonssituasjoner, tolket jeg i intervjusituasjonene. Men det største tolkningsarbeidet har jeg gjort etter at jeg avsluttet oppholdet på sykehuset.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og senere transkribert. For å motvirke avvik mellom intervju og transkripsjon gjorde jeg begge deler selv. Transkriberingen ble gjort etter at jeg var ferdig med feltarbeidet, men før jeg startet med struktureringen av datamaterialet. Gjennom transkriberingsarbeidet fikk jeg også tanker og ideer i tilknytning til informantenes meninger om ulike spørsmål. Disse refleksjonene skrev jeg ned i egen kolonne ved siden av intervjuutskriftene på datamaskinen. De var også med på å påvirke min tolkning.

De fyldige feltnotatene har hjulpet meg til å gjenskape bildene av situasjonene, når jeg senere har tolket materialet. I lang tid etter feltoppholdet, kan jeg ennå se situasjonene foran meg.

Feltnotatene og de transkriberte intervjuene måtte i ettertid settes opp i en struktur, slik at de ble lettere tilgjengelig for tolkning. Feltnotatene og intervjumaterialet ble strukturert under samme system og på samme tid.

Jeg startet struktureringen av datamaterialet med å lese alle feltnotatene og intervjuene grundig for å få et inntrykk av hva dette kunne handle om. Jeg skrev ned stikkord i marginen, og begynte å lete etter hovedbegreper.

Under feltoppholdet hadde jeg dannet meg noen begreper, og disse ble med i første runde av analysen. Begreper som fortrolighet, språk, dialog, læring og mestring ble brukt til å strukturere datamateriale. Ulike utsagn ble plassert under ulike begreper. Begrep og kategorier gav jeg ulike bokstaver og tall. For eksempel fikk begrepet fortrolighet bokstaven A. Fortrolighet inneholder flere kategorier som humor, uformell prat, tillit, respekt osv. Kategoriene fikk tall, som A1, A2, A3 osv. Begrepene og kategoriene fikk ulike fargekoder på datamaskinen. Det gav meg en oversikt, et mønster, over hva materialet kunne handle om.

I mitt videre analysearbeid stilte jeg meg spørsmål om hvilken betydning har for eksempel humoren? Humoren kan ha ulike funksjoner i bearbeiding av krisesituasjon, men jeg måtte ha fokus på de funksjonene den har for samarbeidet mellom ergoterapeuten og brukeren. Det

førte til nye underkategorier som kontakt, letter samarbeidet, tørre å si sin mening, hjelper begge parter til å takle en vanskelig situasjon osv. Ved å stille spørsmål til datamaterialet, kunne jeg se at noen begrep handlet om å utvikle og bearbeide relasjonen. Mens andre begreper som dialog, læring og mestring så jeg på som pedagogiske begreper, det vil si at jeg stilte meg nye spørsmål om for eksempel hva mestring kan være, slik det fremkommer i materialet? Slik kom kategorier som; finne ressurser, interesser og spørre etter brukerens behov.

Cato Wadel (1991:160) sier at mens feltarbeidet er en stadig ”runddans” mellom teori, metode og data, er analysen en stadig ”runddans” mellom teori, begrepsbruk og data. Etter hvert som jeg arbeidet og ”danset rundt” med materialet, ble jeg opptatt av om jeg klarte å få fram nyansene og variasjonene i datamaterialet. Jeg stilte meg ofte spørsmål om det var informantenes stemme eller min egen tolkning av deres utsagn, som var det mest fremtredende. Jeg ble oppmerksom på at begrepene som jeg fikk tidlig i feltarbeidet, hadde styrt meg mye. Det gjorde at jeg gikk mange nye runder i empirimaterialet, gransket nøyere og nøyere hva informantene snakket og samhandlet om. Her kommer jeg inn i en ny fase av analyseprosessen. Jeg bestemte meg for å legge bort de pedagogiske begrepene som hadde hengt seg fast siden de første observasjonene. Begrepene var ikke uaktuelle, men noe generelle og fjerne fra empirien.

Jeg stilte meg nye spørsmål om hva slags begreper uttrykker noe som fremmer eller hemmer brukermedvirkning når brukeren skal lære seg eller mestre en aktivitet? Ved hjelp av disse spørsmålene kunne jeg gå dypere inn i empirien. Det hjalp meg til å se at for eksempel det generelle begrepet læring, blant annet handlet om samspill eller motspill (Fuglestad 1993). Så dukket nye spørsmål opp, som hva er det i samhandlingsmønsteret deres som avgjør om det blir samspill eller motspill? Her fikk jeg nye kategorier som å delta, få ansvar osv. Ved å være bevisst på å stille spørsmål til min tolkning av materialet, fremkom det stadig nye begreper og kategorier.

Min problemstilling har fokus på faktorer som fremmer eller hemmer brukermedvirkning i relasjonen mellom ergoterapeut og bruker. I begrepsparet å fremme eller hemme brukermedvirkning kan det synes som det er et spenningsforhold mellom dem. Når jeg skulle finne begreper var jeg også opptatt av om begrepene kunne synliggjøre dette spenningsforholdet. For eksempel kan begrepene samspill eller motspill vise et

spenningsforhold. Men etter hvert som jeg reflekterte videre over begrepsbruk, så jeg at det er ikke nødvendigvis et spenningsforhold mellom det å fremme eller hemme brukermedvirkning. Å vise respekt eller ikke respekt for hverandre er snarere en tilstedeværelse eller en uteblivelse av en viktig faktor i en relasjon enn et spenningsforhold. Begrepene ble derfor igjen endret, og kom slik nærmere og nærmere empirimaterialets ”stemmer”. Til slutt sitter jeg igjen med syv begreper, eller temaer, som fremkommer i materialet;

- Utvikling av fortrolighet
- Å gjøre valg og ta ansvar
- Å anerkjenne hverandres kunnskap
- Språket som inkluderer eller ekskluderer
- Brukermedvirkningens fallgruber
- Å delta i beslutningsprosessen
- Forhandlinger

Begrepene og kategoriene må også sees i sammenheng med hverandre, for å få en forståelse av helheten av materialet. De må ha en logisk rekkefølge i utviklingen av forholdet og samhandlingsprosessen mellom ergoterapeut og bruker over tid. Det er for eksempel vanskeligere å forhandle med hverandre dersom en ikke har prøvd å skape fortrolighet. Det er naturlig og logisk at begrepet fortrolighet kommer tidlig i presentasjonen av de syv begrepene.

Etter min tolkning av datamaterialet, støttet jeg meg til teori om de ulike begrepene, som kan underbygge eller bekrefte min tolkning. Jeg har brukt teori til å forstå og underbygge empirien med. Gjennom hele feltarbeidet jobbet jeg med både teori og empiri. Det gjorde at jeg i analyseprosessen hele tiden måtte være bevisst at jeg ikke ”trådte teorien nedover empirien”. Til tider kunne jeg bli oppmerksom på at jeg lette i empirien etter noe som stemte med teorien i stedet for å gjøre det omvendt.

I hele analyseprosessen har jeg vandret inn og ut av datamaterialet. Til slutt leste jeg gjennom hele materialet på nytt, for å se om det var noe som var glemt. Det er flere situasjoner som ikke er beskrevet, fordi jeg måtte gjøre et utvalg.

## Refleksjon over metoden

Jeg har ikke vært særlig i tvil om at det måtte bli feltarbeid som metode for denne studien. En samhandlingsprosess kan vanskelig studeres på noen annen måte. Observasjon har gitt meg en forståelse av det relasjonelle aspektet i brukermedvirkning, som jeg ikke ville fått ved å stille spørsmål i et spørreskjema eller ved intervju alene. Jeg har vært opptatt av hva de gjør overfor hverandre, ikke bare deres opplevelse av hva de tenkte om hva de gjorde.

Jeg vurderer feltarbeidet stort sett som vellykket. Det er ikke noe prinsipielt i måten jeg har gått frem på, som jeg i ettertid ville gjort annerledes. Det vil ikke dermed si at feltarbeidet er uten svakheter. Jeg ville gjerne ha intervjuet informantene umiddelbart etter noen samhandlingssituasjoner. For da er ulike opplevelser fra dette møte nær og opptar en gjerne på en annen måte enn når en får avstand til dem. Det lot seg ikke gjøre av praktiske grunner. Men om jeg hadde vært i stand til å stille ”gode ” spørsmål, like i etterkant, er ikke sikkert, for det var mange inntrykk som jeg trengte tid for å fordøye.

Jeg har ikke valgt ut informantene selv. Jeg måtte forholde meg til ergoterapeutene som arbeider på avdelingen for personer med ryggmargskade. Ergoterapeutene har valgt ut og forespurt brukerne, da jeg ønsket at de ikke skulle komme i lojalitetskonflikt til meg og ikke tørre å si sin reelle mening om deltakelse. Ved selv å velge ut informanter, kan en velge noen som en tror kan gi fyldige beskrivelser av den problemstillingen en har fokus på. De fleste informantene fikk jeg god kontakt med, og de gav imidlertid reflekterte og utfyllende beskrivelser på mine spørsmål.

Ergoterapeuten og bruker hadde gjennomsnittlig timeavtaler på en halv til en times varighet hver dag. Å følge 3 ergoterapeuter og 5 brukere, kunne av og til føre til at situasjoner som jeg ønsket å observere kom på samme tidspunkt. Da måtte jeg gjøre et valg, og kan dermed ha gått glipp av viktig informasjon. Det var imidlertid et dilemma jeg måtte leve med.

Samarbeidet mellom ergoterapeut og bruker er en prosess som varer den tiden bruker er innlagt på sykehuset. For å følge deler av denne prosessen best mulig, måtte jeg begrense antall informanter som jeg kunne observere. Studier i små utvalg, i form av dybdestudier, kan imidlertid si noe generelt og representativt (Wadel 1991:23). Dybdestudier gjør det mulig å få innsikt i grunntrekk som problemstillingen reiser, og få tak i nyansene og variasjonene



innenfor dette temaet. Å være tilstede i et lite miljø når handlingene finner sted, gav meg en nærhet til den problemstillingen som jeg ønsket å studere. Eller sagt på en annen måte, jeg var tilstede i det hverdagslivet min problemstilling utspiller seg i. Et hverdagsliv som kunne variere fra dag til dag, og gjorde at jeg åpnet øynene for mangfoldet i en sak. En dag var det mye humor i samarbeidet mellom ergoterapeut og bruker, en annen dag var de litt irritert på hverandre, den tredje dagen kunne de ha en alvorlig samtale om hjelpemidlers symbolfunksjon.

For at informantene skal gi valide data til forskeren, er det viktig med et tillitsforhold. Forskeren må være villig til å møte den andre, og være opptatt av deres situasjon. Jeg var interessert i arbeidet som bruker og ergoterapeut gjorde sammen, og gav flere ganger uttrykk for at jeg gjerne ville lære av dem. Et tillitsforhold mellom dem og meg, krevde at jeg viste respekt både for dem som personer og det arbeidet de utførte.

Forskerens innflytelse på samarbeidet mellom ergoterapeut og aktør, kan knyttes til det forskeren sier, hvordan han handler og hva det kan assosieres med. Gjennom klessdrakt gir vi oss selv, eller tar på oss ulike roller. På sykehuset gikk fagpersoner med høyere yrkesstatus i sivilt antrekk, som uttrykk for et statussymbol. Ergoterapeutene gikk med hvite frakker, noe som symboliserer "folket på gulvet". Jeg ble oppfordret av ergoterapeutene til å gå med hvit frakk. Fordi jeg identifiserte meg med dem som yrkesgruppe var det naturlig å gjøre det. Det var også noe problematisk, for jeg var ikke i feltet som ergoterapeut, men som forsker. Men dersom jeg gikk kledd i sivilt antrekk, kunne jeg bli identifisert med yrkesgrupper høyere opp på rangstigen. Dette gav meg noen spørsmål som "Hvem er jeg egentlig som forsker?" Løsningen ble den hvite frakken. Den kan ha medført at brukerne identifiserte meg som en som var på lag med ergoterapeutene, og dermed kan det ha påvirket hvor mye informasjon de ville gi meg. Som forsker ønsket jeg ikke å bli definert som ergoterapeut, som tilhører en helsetjenestekultur, i motsetning til brukerne som tilhørte en annen fagkultur utenom helsetjenesten. Brukerne kan også ha oppfattet meg som en av ergoterapeutene, da de et par ganger spurte meg om mitt syn på en sak, for eksempel om jeg kjente til ulike dusjstoler og hva som eventuelt var mulig når det gjelder tilpasninger av sittekomfort i dem. Da svarte jeg på spørsmålet uten å gå for langt inn i saken. Min faglige kompetanse ble imidlertid ikke så etterspurt at jeg følte det som noen ulempe for forskningen.

Hvordan en oppfattes, kommer ikke bare an på hva en sier og gjør, men også hvor en oppholder seg. Jeg oppholdt meg mest på ergoterapeutenes avdeling, der jeg hadde tilgang til kontorpult, datamaskin og litteratur. Noen ganger var jeg på brukernes avdeling, og hadde uformelle samtaler med dem der. Men mitt faste tilholdssted var på ergoterapiavdelingen. Det kan ha medført at brukerne så på meg som en som tilhørte ergoterapeutenes ”parti”.

Forskerens innflytelse på informantene kan også illustreres ved disse replikkene:

Bruker: *”Hva skriver du i boken din i dag, Kari? Hun skriver alt vi sier, nå må vi bare snakke alvorlig.”*

Ergoterapeut: *”Hvordan går det, finner du noe interessant?”*

Replikkene viser at informantene er opptatt av hva jeg skriver, hva jeg ser etter og hva det er som har betydning for meg. Etter som informantene og jeg ble kjent med hverandre og de ble vant til at jeg var tilstede, ble det færre av de ovenfornevnte replikker. Da kom den motsatte replikken fra både bruker og ergoterapeut: *”Jeg merker ikke lenger at du er tilstede”*. Det tolket jeg som en tillitserklæring. Vi hadde fått til en avslappet måte å være sammen på. Jeg tror også dette gjenspeiler et godt forhold mellom brukerne og ergoterapeutene.

Å forske på egen yrkesgruppe kan være problematisk dersom en blir opptatt av å evaluere og kontrollere det som skjer mellom aktørene istedenfor å gi presise beskrivelser av det.

Kunnskap om eget fagområde, kan imidlertid gjøre at en blir blind for ulike sider i samhandlingen, fordi en tror at det er slik det skal være, eller stiller ikke spørsmål ved selvsagte ting.

Den ikkeverbale kommunikasjonen, som kroppsspråket, har ikke fått like stor vektlegging som den verbale kommunikasjonen i denne studien. Kroppsspråket kan støtte opp om forståelsen av den verbale kommunikasjonen. Jeg leste imidlertid kroppsspråket som en del av kommunikasjonen når jeg kunne høre en irritasjon i tonefallet, når informantene smilte, og hadde en ertende eller alvorlig tone. Jeg har brukt denne informasjonen i kroppsspråket som et belegg for min tolkning. For eksempel har jeg tolket latter som belegg for at fleip er en anerkjent samhandlingsform. Hadde den ikke vært det ville latteren sannsynligvis uteblitt hos den ene parten.

Å forske på små grupper over forholdsvis kort tid, som 20 dager, kan påvirke validiteten av materialet på grunn av forskerens innflytelse på aktørene. Aktørene vil gjerne føle seg usikre i begynnelsen av forskningsperioden. De vet ikke hva jeg som person står for, er jeg kritisk, vurderende eller dømmende på noen måte, har jeg tatt den ene eller den andres parti? Det var derfor viktig for meg å redegjøre for mitt ståsted overfor dem. Et ståsted som jeg ønsket skulle være av lite kontrollerende eller evaluerende karakter, og at jeg opptatt av begge parter i relasjonen.

Å bevisstgjøre overfor seg selv som forsker hva som er ens egne verdier og reaksjonsmønster, styrker reliabiliteten. Jeg møter feltet med mine verdier, mine erfaringer, mine tolkningsmåter og reaksjonsmønster. Jeg har kunnskap om yrkesgruppens fagområde, og sjansen for at noen av mine faglige verdier var felles med ergoterapeutenes skulle være relativt stor. Men noen ganger kunne jeg kjenne at mine verdier ”presset på”. Når en bruker skulle flette en krakk på aktiviteket, og ikke hadde lyst til det, eller så behovet for den krakken, var det like før jeg utbrøt: ”Gi ham aktiviteter å velge mellom, og ikke bare en krakk”. Verdier kan ikke holdes borte, men en må være dem bevisst hvordan de kan påvirke alle ledd i forskningsprosessen (Mørkeseth 1995:32). I feltdagboken min skrev jeg ned tanker og følelser jeg hadde hatt etter en dags observasjon. Her er noe av det som jeg skrev:

*”Hvorfor utfører ergoterapeuten passive øvelser med brukeren? Vårt faglige grunnsyn er at øvelser skal skje via aktivitet”.*

*”Hvorfor gir ikke ergoterapeuten brukeren ulike valgmuligheter når de skal lage noe på aktiviteket? Vårt grunnsyn er at aktiviteten skal være meningsfull for aktøren. Dersom de ikke har valgmuligheter, hvorfor forklarer hun ikke det til ham?”*

Mange av historiene til brukerne gjorde et sterkt inntrykk på meg, og jeg måtte bearbeide dem. Når en bruker uttrykte sin fortvilelse over ikke å kunne spise selv i en alder av 37 år, kunne jeg langt på vei selv kjenne på både fortvilelsen, sinnet og håpløsheten. I samme situasjon ble jeg skamfull over mine egne trivielle beklagelser i hverdagslivet. Likeledes gjorde det et inntrykk på meg når en bruker helt i starten av feltarbeidet, sier til meg: *”Jeg lurte på hva som er meningen med at jeg skulle overleve denne ulykken”*. Etter en stor traumatisk ulykke er dette et eksistensielt spørsmål. Jeg stod og lurte på hva jeg skulle si, og jeg ble fanget i min egen hjelpeløshet i å svare på et slikt spørsmål.

Jeg opplevde at nærheten til deres funksjonshemming berørte meg på en annen måte enn det jeg hadde opplevd som terapeut tidligere. Etter denne opplevelsen skrev jeg i min feltdagbok: *” Hvorfor reagerer jeg slik jeg gjør? Jeg har da møtt mange brukere med mange ”tøffe skjebner”, og ikke reagert på denne måten. Hva er spesielt med denne opplevelsen? Er jeg for engasjert i deres historie og skjebne?”*

Dag Album sier det er viktig å ha nærhet, men også distanse til det feltet en forsker på. Som deltakende observatør må en delta i livet til dem en studerer, men også være tilskuer til det. Album sier videre: *”En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke kunne forstå de utforskets verden. En forsker som ikke kommer fjernt nok fra dem, vil ikke kunne klare å oppdage og sette ord på det selvfølgelig, heller ikke å løfte analysen fra det trivielle”* (Album 1996:240-241). Jeg måtte tre ut av mitt engasjement for brukernes historie, for å kunne spørre meg hvorfor ergoterapeut og bruker sier og handler slik de gjør i relasjonen. En pendling mellom nærhet og distanse har vært en utfordring i hele arbeidet med denne studien. En pendling mellom å se enkeltindivid og relasjonen. Ved distanse kunne jeg for eksempel få blick for denne kulturen sine koder for kommunikasjon, og hvordan brukermedvirkning utvikler seg i rehabiliteringsprosessen.

Jeg har intervjuet mannlige og kvinnelige brukere og kvinnelige ergoterapeuter. Intervjusituasjonen er en situasjon der informant og intervjuer sammen skaper et produkt, konstruksjon av meninger, gjennom gjensidig påvirkning. En kan ikke teste reliabiliteten på en slik situasjon. Men det er ikke det som er interessant heller, sier Mørkeseth (1995:34). Dersom en ønsker å teste reliabiliteten på et tilsvarende intervju, og en får ulikt resultat, bør en heller spørre hva forskjellene i resultatet betyr. Forskeren som person, informantenes kjønn, erfaring og bakgrunn, og selv situasjonen intervjuet finner sted i, har betydning for resultatet.

Intervjusituasjonen hadde preg av samtale, der informanten snakket mest. Men jeg prøvde å få en dypere forståelse av ulike spørsmål, ved å stille spørsmål som *”Forstår jeg det slik at...”,* eller *”Det som du nå sier, synes jeg er interessant, er det slik at...”*

Kvalitativ metode har den styrke at en som forsker kan gå til de personene, som en tror kan gi en data selv om dette ikke var planlagt på forhånd. Slik kunne jeg intervju, eller samtale, med to brukerkonsulenter som var ansatt på avdeling for ryggmargsskade, og to ergoterapeuter som arbeidet på en helt annen avdeling, men der brukermedvirkning er sentralt

i deres ideologi. Det gav meg utdypende svar på ulike spørsmål. Jeg undersøkte også om det var mulig å få observere noen samhandlingssituasjoner med andre ergoterapeuter og brukere i den tiden mine informanter var på kurs. Men det var ikke mulig av hensyn til brukernes situasjon.

En bruker av helsetjenester har juridisk rett til å være delaktig i utforming av egne mål og planer for rehabilitering. Men konsekvensene for fagpersoner og brukerne av denne rettigheten er lite beskrevet. Denne studien har øket mine kunnskaper om noen av brukermidvirkningens konsekvenser for bruker og helsepersonell. Resultatene av denne forskningen kan overføres til ergoterapeuter som samarbeider med brukere med andre funksjonsproblemer, i eller utenfor sykehuset. Resultatene må også kunne overføres til andre yrkesgrupper som arbeider i en relasjon innenfor og utenfor helsevesenet, for eksempel lærer og elev/student. Et fellestrekk ved disse ”profesjonelle relasjonene” er at de finner sted innenfor rammene av profesjonell makt, ansvar og kontroll, samtidig som de skal sikre tjenestemottakeren hjelp, omsorg, læring eller behandling. Alle profesjonene står ovenfor den daglige utfordringen om inkludere brukeren, eller eleven/studenten, i sin læringsprosess. Det som skiller helsearbeideren og den tradisjonelle pedagogen er at de har ulike virksomhetsfelt og arenaer.

## ANALYSE OG DRØFTING AV DET EMPIRISKE MATERIALET

### Faktorer som kan fremme eller hemme brukervedvirkning i relasjonen mellom ergoterapeut og bruker.

*Regnbuen sier: Se på meg. Jeg er en bro.  
Jeg er et tegn på himlen. Bygg broer.  
Bøy dere. Løft armene til en bue.  
Bind sammen. Bryt lenker. Bygg.*

(Rolf Jacobsen, fra Broenes skjønnhet)

Analysen av det empiriske materialet har jeg strukturert i 7 hovedtema, der to av dem er inndelt i undertema.

For å la dataene i størst mulig grad tale for seg, har jeg valgt å presentere empiri og drøfting atskilt. Empirien blir drøftet i forhold til de valgte teoretiske tilnærmingen som er presentert i del I. Noen perspektiv blir løftet frem i lys av teoretiske begrep som presenteres i drøftingen.

I analysen bruker jeg begreper fra sosiologi og kommunikasjonsteori som viktige teoretiske perspektiver. Ved hjelp av dem søker jeg å få frem andre sider ved brukervedvirkning enn det som har med brukerens rett til å være med å utforme egne mål og plan i ergoterapeutisk arbeid. Begreper og synspunkter fra sosiologi og kommunikasjonsteori hjelper meg til å løfte frem *prosess og relasjonsaspektet*. Sosiale fenomener skapes, opprettholdes og utvikles i interaksjonen mellom aktørene i en behandlingssituasjon.

Brukermedvirkning handler om samspill eller samhandling.

*Ergoterapeut: Brukermedvirkning er en ideologi, som handler om verdisyn og holdninger. Brukermedvirkning er en samhandlingsform, som krever at personalet har tid til hverandre. Det er en metode for å bedre helsetjenesten. En må backe hverandre opp i forhold til ideologien, at dette er en samhandlingsform som det er verdt å arbeide etter. Den kan være krevende både faglig sett og tidsmessig. Det tar lengre tid å lytte til brukerne, enn å ikke gjøre det.*

Brukermedvirkning er en ideologi, en samhandlingsform, sier ergoterapeuten, som det er verdt å arbeide etter, selv om den er krevende både faglig sett og tidsmessig. Samhandling betyr at partene i en relasjon må åpne for hverandres deltakelse. Ergoterapeuten sier brukervedvirkning er en samhandlingsform, noe som har inspirert meg til tittelen på denne

oppgaven. For å samhandle må aktørene arbeide mot en felles løsning på en problemstilling. Det gjør at fokuset må være på de relasjonelle prosessene når en skal studere brukervedvirkningens konsekvenser for fagpersoner og bruker.

*Sara: Ergoterapeuten må lokke frem brukervedvirkningen.*

*Intervjuer: Hvordan skal hun gjøre det?*

*Sara: Hun må spørre hvilke behov og interesser pasienten har. Hun må gi håp samtidig som hun må realitetsorientere pasienten.*

*Intervjuer: Men hva skal til for å lokke fram brukervedvirkningen?*

*Sara: Fortroligheten.*

*Intervjuer: Men, hva er det?*

*Sara: Kjemi, kontakt, velvillighet, høflighet, medmenneskelighet, ro og tid, antenner, føle seg fram om en kan bruke en ertende tone eller en skal være alvorlig.*

*Fortroligheten er viktig for å si det en mener.*

Ergoterapeuten må lokke fram brukervedvirkning, sier Sara ovenfor. Hun er en av informantene i denne oppgaven. Hun er ansatt i halv stilling som brukerkonsulent ved sykehuset. Sara er 30 år, og ble skadet i ryggmargen for noen år tilbake. Hun er lammet i beina, men har god funksjon i armene og kjører manuell rullestol. Som brukerkonsulent deler hun egne erfaringer med og gir råd til brukere som nylig har fått ryggmargsskade.

Felles for brukerne som er informanter, unntatt en, er at de har fått en ryggmargsskade, som har medført at armer og bein er delvis eller helt lammet. Ryggmargsskaden har oppstått som følge av en ulykke i en arbeidssituasjon, eller i en fritidsaktivitet. Som framkomstmiddel bruker de elektrisk og/eller manuell rullestol. Å kunne løpe i skog og mark den ene dagen, mens en neste dag ikke kan bevege muskler i armer og bein, er en stor traumatisk opplevelse. ”Stort sjokk denne skaden. Å sitte stille nå, er ganske ille. Jeg lurte på hva som var meningen med at jeg skulle overleve dette,” sier Lars.

Lars er 37 år, er gift og bor sammen med kone og barn i enebolig. Av yrke er han snekker, og har nylig fått ryggmargsskade etter en arbeidsulykke. Han brakk ryggspylen i nakken, C4 -C5. Dette medfører at både armer og bein er lammet. Han kjører elektrisk rullestol, og skal under oppholdet blant annet også lære seg å kjøre manuell rullestol. Lars er glad i natur og idrett. Før han ble skadet jogget han flere mil hver uke. Han er nå i mellomfasen av sin rehabilitering. Fasene er nærmere beskrevet på side 69-70. Han er i psykisk god balanse, selv om sorg og fortvilelse over skaden fremdeles er tilstede. Han er motivert for å lære seg nye teknikker for å mestre ulike aktiviteter.

Solfrid er 25 år. Hun arbeidet som servitør inntil hun ble skadet etter en fallulykke fra 14 meters høyde. Hun brakk ryggen mellom bryst og halsvirvlene, Th 1- C8, noe som medfører at hun har noe funksjon i armene, men er lam i beina. Solfrid bodde alene i en hageleilighet, men har nå sagt opp sin leieavtale. Leiligheten er ikke egnet for kjøring med rullestol. Solfrid er i første del av mellomfasen av rehabiliteringen.

Torgeir er 24 år, og han bor alene i en leilighet som er tilrettelagt for kjøring med rullestol. Han ble skadet for 1 år siden, der ryggvirvlene ble skadet på brystnivået, C5-C6. Han er nå innlagt på sykehuset til et oppfølgingsopphold. Han arbeidet som snekker før ulykken, men ønsker nå å omskolere seg til å arbeide med data. Torgeir er lam i beina. Han kjører manuell rullestol.

Øystein er 32 år og bor sammen med kone og et barn. Han ble skadet etter at han stupte i et basseng og brakk nakken, C6-C7. Han er lammet i armer og bein. Den tiden jeg er i feltet og samler inn data, må han ligge i sengen hele døgnet på grunn av trykksår på setepartiet. Setepartiet kan ikke belastes, og han kan derfor ikke sitte i en stol. Det planlegges imidlertid utprøving av elektrisk rullestol.

Olav er 65 år, gift og har to døtre. Den ene datteren er gift, og venter sitt første barn. Hun bor i nabolaget. Den andre datteren bor hjemme, og holder på å avslutte sin utdanning. Familien bor i en blokkleilighet, i 4. etasje uten heis. Olav har en nevrologisk lidelse. Han har ustø gange, men klarer å gå med rullator. Over lengre strekninger bruker han manuell rullestol. Han har vært innlagt i 2 måneder, og det planlegges utskrivning til eget hjem innen en måned.

I tillegg til brukerne som er presentert ovenfor, har 3 ergoterapeuter vært informanter. Ergoterapeutene er forholdsvis nyutdannet, det vil si de har 2-3 års erfaring med arbeidet som ergoterapeut. I denne oppgaven omtales ergoterapeutene som hun, selv om det er både kvinnelige og mannlige informanter. Det er disse tre ergoterapeutene jeg har observert i samhandling med Lars, Solfrid, Olav, Torgeir og Øystein.

Sara ble intervjuet sammen med Philip, som også er ansatt ved sykehuset som brukerkonsulent. Han har mange års erfaring med å leve med ryggmargsskade. Jeg intervjuet også Lars, Solfrid og Øystein, samt to ergoterapeuter som arbeidet på en annen avdeling der brukermedvirkning er i fokus.



Relasjonen mellom ergoterapeut og bruker er asymmetrisk, der en møtes med for eksempel ulik type kunnskap og erfaring. Forholdet mellom ergoterapeut og bruker utvikler seg gjennom en samhandlingsprosess. I en prosess er det påvirkning og gjensidig avhengighet av hverandre som er det sentrale. Utviklingen går gjennom ulike stadier, og kan drives framover av både harmoni, konflikter og forhandlinger. Disse står ikke i motsetning til hverandre. Tvert om er det tale om prosesser som utfyller hverandre, dersom den grunnleggende fortroligheten er tilstede.

## **Utvikling av fortrolighet**

### ***Fleip og humor***

*Sara: Ergoterapeuten må lokke frem brukervedvirkningen.*

*Intervjuer: Men hva skal til for å lokke fram brukervedvirkningen?*

*Sara: Fortroligheten.*

*Intervjuer: Men, hva er det?*

*Sara: Kjemi, kontakt, velvillighet, høflighet, medmenneskelighet, ro og tid, antenner, føle seg fram om en kan bruke en ertende tone eller en skal være alvorlig.*

Brukermedvirkning vil si at brukeren skal få muligheter til å si sin mening. Da må det skapes en atmosfære av fortrolighet mellom ergoterapeut og bruker. Ergoterapeuten må ha ro og tid til å lytte til hva brukeren er opptatt av. Å bli møtt som medmenneske, ser ut til å ha betydning for at relasjonen skal utvikle seg positivt. Ergoterapeuten må være var for brukers emosjonelle stemning. Hun må ha antenner for hva som er relevant her og nå. Er en sammen for å diskutere en sak, eller for å fleipe? Hun må kjenne til hva som er akseptabelt og uakseptabelt, høflig og uhøflig i de ulike situasjonene.

*Lars: Det er kjempeviktig med fleip og humor i samarbeidet mellom meg og ulike fagpersoner. Det ligger av og til noe bak, men en kan ikke bli gravalvorlig. Fleipen er viktig for kontakten. Kontakten er viktig for samarbeidet, for er der ikke kontakt tør jeg ikke si min mening. En må ha tillit til hverandre.*

Fleip og humor kan gjøre kommunikasjonen og samarbeidet lettere. Den kan ha som formål å skape kontakt slik at brukeren kan tørre å si sin mening. I et visdomsord sier Viktor Borge at "Humor er den korteste avstand mellom to mennesker" (Svebak 2000). Når en våger å si det en mener, må en også ha tillit til hverandre om at det blir respektert.

*Intervjuer: Jeg har jo sett at når ergoterapeuten kommer inn her og skal ha håndtrening, så prater dere mye.*

Solfrid: *Ja, vi gjør det, det er viktig det og, at det ikke blir så stivt liksom. At hun ikke bare kommer inn og sier at nå skal vi gjøre det og det, og så ferdig .*

*Det er viktig å fleipe, da går treningen mye lettere, tror jeg.*

Intervjuer: *Ja, jeg har lagt merke til at det er mye fleip. Da synes du det går mye lettere?*

Solfrid: *Ja, det tror jeg det gjør. Det er helt sikkert. Da blir du mer kjent med personen også.*

Fleipen gjør at en blir opptatt av hverandre som personer. Den fysiske treningen har fokus på den fysiske kroppen, mens fleipen bidrar til at Solfrid blir kjent med ergoterapeuten som person. Personlig kan være at en sier noe om seg selv innenfor etiske grenser.

Ergoterapeut: *Jeg er trøtt. Når tid stod du opp i dag da?*

Olav: *Jeg stod opp klokken 08.00.*

Ergoterapeut: *Når tid la du deg da?*

Olav: *Jeg la meg klokken 20.30.*

Ergoterapeut: *Det var tidlig.*

Olav: *Ja. Men jeg må legge meg da, jeg klarer ikke å sitte oppe lenger. Jeg er en syk mann, vet du. Når tid legger du deg da?*

Ergoterapeut: *Jeg legger meg klokken 23.30 og står opp klokken 06.15.*

Olav: *Da burde du heller legge deg samtidig med meg. Latter.*

Ergoterapeuten er her personlig uten å være for privat.

Olav: *Jeg og ergoterapeuten samarbeider godt. Vi erter hverandre litt. Men hun er snill, kjekk og flink.*

Det er ingen motsetning mellom erting og samarbeid, heller tvert om. Erting bidrar til at tonen og atmosfæren mellom dem blir lettere å arbeide i.

Ergoterapeuten: *Jeg skal kjøre hjem i dag, så jeg håper det blir bra vær.*

Øystein: *Å, jeg har hørt at over fjellet har det vært dårlig vær i dag.*

Ergoterapeuten: *Har det?*

Øystein: *Ja, nesten så det ble kolonnekjøring.*

Ergoterapeuten: *Å nei, det likte jeg ikke.*

Øystein bryter ut i latter.

Ergoterapeuten: *Å, der har du lurt meg igjen.*

Øystein: *Ja, jeg trodde ikke du var så lettlurt, du tok det helt alvorlig. Du vet det er sjelden kolonnekjøring over dette fjellet.*

Øystein erter ergoterapeuten med dårlig vær over fjellet. En erting han vet han kan bruke, uten at det er negativt for forholdet deres. Tvert imot gir det liv til relasjonen. Det gjør at relasjonen ikke blir stereotyp, rollepreget eller mekanisk.

Ergoterapeut: *Jeg synes ikke det har vært noen forandringer i det siste med den venstre hånden din.*

Øystein: *Det synes ikke jeg heller.*

Ergoterapeut: *Høyre hånd er bra.*

Øystein: *Ja, den venstre får jeg bruke til å løfte mindre ting med, deg for eksempel. Latter.*

Ved hjelp av humoren, klarer Øystein å se muligheter til å bruke hånden, som ikke har vist stor fremgang den siste tiden. Humoren hjelper både ham og ergoterapeuten til å takle en vanskelig situasjon. Den letter på stemningen.

Ergoterapeuten: *Hvordan har helgen din vært? Du kom ikke til Håkonsbyen for å heie på meg.*

Øystein: *Nei, det var for dårlig vær.*

Ergoterapeuten: *Hva slags fotball er det du ser på? (TV står på)*

Øystein: *Det er Tyskland som kommer til semifinale i VM i 1996.*

Ergoterapeuten: *Sender de noe så gammelt i reprise?*

Øystein: *Ja, det er vel alltid artig å se på.*

Ergoterapeuten: *De sendte ikke fra vårt NM i Sportsrevyen. Det kunne de jammen ha gjort. Alle NM burde sendes der.*

Øystein: *Det er farlig dyrt å filme. Bare å filme noen minutter koster flere hundre tusen kroner, men det er avhengig av hvor mange kamera en må ha.*

Ergoterapeuten innleder behandlingstimen med å fleipe med pasienten som ikke kom for å heie på henne når hun deltok i et Norgesmesterskap. Dette er deres kode for å opprette kontakten igjen etter noen dager uten ergoterapi. Koden har de utviklet sammen og er felles for deres samvær.

Kommunikasjonen har her innslag av både fleip og alvor. Begge parter klarer å skifte mellom ulike nivå i kommunikasjonen. Det regulerer forholdet partene har til hverandre i positiv retning.

Ergoterapeuten presser fingrene sine mot hånden til Solfrid og gir motstand. Hun bøyer håndleddet hennes.

Ergoterapeuten: *Oj, nå bøyer jeg så det kan knekke.*

Solfrid: *Ja, det skulle ta seg ut at jeg får knekt håndledd.*

Ergoterapeut: *Ja. Det er skader på sykehus også. Tenk om legen hadde amputert feil bein. Da hadde en ikke vært særlig motivert for operasjon 2. Latter.*

I en behandlingssituasjon bruker ergoterapeuten humoren når hun bøyer og strekker håndleddet til Solfrid.

Ergoterapeut: *I går var det bilde av meg i avisen.*

Øystein: *Å, var det forsidebilde??*

Ergoterapeut: *Nei, jeg har ikke sett det, men moren min ringte og sa hun hadde sett det. Det er visst et bilde av meg når jeg løper, og da ser jeg helt rar ut.*

Øystein: *Du får ta det med, så skal jeg henge det opp på veggen her.*

Øystein fleiper litt med informasjonen som han får fra ergoterapeuten. Men for at praten skal fortsette med å være hyggelig, må begge to oppfatte og tolke fleipen på samme måte. Ellers kan den gjøre den ene parten forvirret og ufri. Fleipen må ikke føre til at en mister respekten for hverandre.

### ***Innholdsløs meningsfull prat – redundant kommunikasjon***

Ergoterapeut: *Det er mye 80-talls musikk på radioen i dag. Det er fin musikk.*

Øystein: *Ja, det er det.*

Ergoterapeut: *Har du vært på discotek på Livden Hotell?*

Øystein: *Nei.*

Ergoterapeut: *Der er det mye fin gammel musikk.*

Ergoterapeuten bruker her musikken, som er på radioen mens hun gjør passive fingerøvelser med Øystein, til å innlede en samtale. Hun får en bekreftelse på at interessen for denne type musikk er noe de har felles. Det fører til at hun kan stille nye spørsmål. At det er 80-talls musikk som gir inngangsbillett til en samtale, er heller uvesentlig. Det vesentlige er at en prater sammen, og slik viser at en angår hverandre. Ergoterapeuten bruker noe av det som konteksten, musikk på radioen, gir muligheter for å snakke om.

Ergoterapeut: *Det er fin jakke du har på deg. SWIX har fine flecejakker.*

Lars: *Ja. Denne er nå flere år gammel.*

Ergoterapeut: *Har de ikke noe i grønt også?*

Lars: *Grønt? Jo, det kan nå være, men det er helst i rødt, hvitt og blått. Jo, forresten, det stemmer. De hadde noe i grønt for noen år siden.*

En hverdagslig innholdsløs, men god bemerkning om klærne en har på seg, kan være begynnelsen til både kontakt og en samtale.

Når innholdet i samtalen mellom ergoterapeut og bruker er av faglig art, er det posisjonene som terapeut og bruker som er mest fremtredene. Terapeutens posisjon som hjelper og brukersens hjelpetrengende posisjon er tydeligst. Når innholdet handler om for eksempel sport, klær og mat kan begge parter delta i samtalen med lik "status". Den innholdsløse, men meningsfulle praten er et element som ikke er preget av forskjellene i relasjonen.

Øystein: *Jeg har sett mye på TV i dag.*

Ergoterapeut: *Hva har du sett på?*

Øystein: *Ski.*

Ergoterapeut: *Hva slags skigren?*

Øystein: *Jaktstart for menn og kvinner i Sverige. Bente Martinsen vant, så nå leder hun World Cup. Men det blir verre i morgen når de skal gå skøyting. Det ble trippel norsk for herrene.*

Ergoterapeut: *Skulle jeg vært profesjonell idrettsutøver, skulle jeg vært fotballspiller. De tjener grovt med penger.*

Øystein: *Ja, jeg skulle gjerne tjent 350.000 kroner for å sitte på en benk, slik de gjør i Manchester United. Det er helt rått.*

Ergoterapeuten viser interesse for hva Øystein har sett på fjernsynet denne formiddagen. Hun møter ham med respekt og lytter til det han sier. Å bli tatt på alvor uansett hva en snakker om har betydning for kontakten og tilliten dem imellom. Innholdet i praten har mindre betydning.

### ***Innholdsrik meningsfull prat – entrofisk kommunikasjon***

Ergoterapeut: *Neste uke er jeg borte mandag, tirsdag og onsdag.*

Øystein: *Å, du tar langhelg denne helgen også?*

Ergoterapeut: *Nei, jeg skal på kurs. Og du får en annen ergoterapeut de dagene. Du får stelle pent med henne. Men ikke så pent at du ikke vil ha meg tilbake.*

Øystein: *Ja, der ser du det er en fare, du får tenke deg om før du reiser.*

Ergoterapeutens informasjon er viktig for å utvikle fortrolighet i relasjonen. Brukeren kan få en opplevelse av å bli tatt på alvor, han kan få oversikt og kontroll over hva som skal skje de nærmeste dagene. Dersom informasjonen hadde uteblitt, kunne det forandret forholdet mellom dem i negativ retning.

Ergoterapeut: *Om to uker skal vi reise hjem og se på leiligheten din.*

Olav: *Åå, hvem skal bære meg opp? Jeg har sagt jeg bor i 4. etasje uten heis.*

Ergoterapeut: *Det blir nok en sterk person. Kanskje meg.*

Olav: *Da må dere ringe Falken, de kan bære meg opp.*

Ergoterapeut: *Ja, kanskje.*

Ergoterapeuten gir her en viktig informasjon til Olav om hjemmebesøk. Olav gir viktig informasjon om sin leilighet som er vanskelig tilgjengelig for personer med gangvansker.

Som avslutning på dette temaet om fortrolighet, vil jeg vise hva Sara sa:

Sara: *Fortroligheten er viktig for å si det en mener.*

Intervjuer: *Men hvor viktig er fagkunnskapene da?*

Sara: *Helst må ergoterapeuten ha både fortroligheten og fagkunnskapene. Men er fortroligheten stor, tåles det mindre fagkunnskaper.*

Sara rangerer fortroligheten fremfor fagkunnskapene når hun skal si hva hun synes er viktigst.

## Drøfting

Innledningsvis sa Sara at fortrolighet er *kjemi, kontakt, velvillighet, høflighet, medmenneskelighet, ro og tid*. Uansett definisjon av fortrolighet, vil det sentrale være at personene i relasjonen må komme fram til hvilken kommunikativ atferd som er akseptabel for dem til enhver tid. Når en samhandler med andre mennesker, har en behov for å vite hva slags situasjon en befinner seg i. Partene må ha noenlunde lik oppfatning om hva slags situasjon det er. Sara sa ”*en må ha antenner og føle seg fram om en kan bruke en ertende tone, eller skal være alvorlig*”. Dersom ergoterapeuten bruker fleip når brukeren ser alvorlig på en situasjon, kan det føre til krenkelse av brukerens selvopfatning og aktelse. Han kan føle seg forlegen og brydd. For å unngå å sette den andre personen i forlegenhet, må en definere situasjonen. Erving Goffman (1959:18-25) kaller dette situasjonsdefinisjon. Situasjonsdefinisjoner gir oss tolkningsmuligheter for hva som skjer, og retningslinjer for hva som er høflig og uhøflig, akseptabelt og uakseptabelt, morsomt eller frekt, osv. i den enkelte situasjon. Hva som oppfattes som hva, er avhengig av situasjonen og aktørene. En forhandler seg frem til en felles definisjon av situasjonen. Forhandlingene skjer ofte ubevisst. Uten å ha blitt enige om situasjonen og å ha tilskrevet hverandre en sosial identitet kan en ikke samhandle (Album 1994:103-104).

Sara sier fortrolighet er nødvendig for å lokke frem brukermedvirkning. Å bli kjent med hverandre og få kontakt er en del av fortroligheten. Det kan gjøres på ulike måter, ved for eksempel å utvikle felles koder. En slik kode kan være en ertende tone, fleip og humor, og/eller innholdsløs, men meningsfull prat. De utvikler koder som de vet når og under hvilke omstendigheter de kan bruke. Utviklingen av kodene skjer gjerne ved at partene i fellesskap kommer frem til den formen for humor/kommunikasjon som passer for deres relasjon. Felles forståelse eller definisjon av situasjonen, kaller Goffman for ”frame”, eller tolkningsramme (Goffman 1959:20-21). Andre utenforstående har ikke nødvendigvis samme forståelsen av rammen, eller kodene. Slik kan kodene være inkluderende for dem som forstår dem, og ekskluderende for dem som ikke forstår dem. Ergoterapeut og bruker må sammen utvikle den koden som er egnet for deres relasjon, og som bidrar til å utvikle, bearbeide, vedlikeholde og forsterke fortroligheten i relasjonen. Koden kan virke som et ritual, en seremoni eller et symbol. Ingen samhandling kan foregå uten et innslag av dette (Album 1994:104).

Handlinger som fungerer som symbol, der aktelse eller verdi blir ivaretatt hos den andre parten eller hos seg selv, er sentralt hos Goffman. I situasjoner der en mister ansikt, kan det true ens aktelse. Aktelse vises blant annet gjennom regler, symboler og koder. I regler er det noe forutsigbart, som gjør at sosial orden ("social order") oppstår og blir holdt ved like. Behovet for sosial orden, gjør at interaksjonsformer blir ritualisert (Goffman 1959:27). Ved å bli enige om koden humor og hvilken form den skal ha, viser ergoterapeuten og bruker aktelse for hverandre, og at begge parter er anerkjent som gyldige deltakere i samhandlingen. Kjernesymbolet humor knytter dem sammen og styrker relasjonen. Aktelse er å ha antenner og varhet for når koden kan brukes, en må kunne leve seg inn i og se situasjonen. Men selv der regler er kjent, skal det sosial dyktighet til for å finne ut når eller om det er passende å ta dem i bruk. Dag Album (1991) sier en kan være sensitiv og dyktig til å utvikle kulturelle koder og samhandlingsmønstre som gjør at den sosiale situasjonen blir ukontroversiell og behagelig. Ved å følge normene, som partene er blitt enige om, tar en vare på relasjonen, en tar hverandre på alvor, og viser hverandre respekt og tillit. Reglene brukes ikke automatisk og mekanisk, men som forhandlinger mellom partene. De er ikke kalde eller fjerne. Deltakerne engasjerer seg, og der er følelser med (Album 1994:101).

Når pasienten er nyskadet kan han kjenne seg hjelpeløs og forlegen i en kommunikasjonsprosess med helsepersonell. Den som søker hjelp er ofte sårbar, redd og usikker. Han er sensitiv og på vakt ovenfor hjelperne (Svebak 2000:165). Erving Goffman sier det oppstår gjerne forlegenhet og bryddhet i sosiale møter. Den enkeltes identitet og selvfølelse blir stadig stilt på prøve under sosiale møter og gir opphav til forskjellige "strategier" hos deltakerne for ikke å "miste ansikt", og for å gi inntrykk av sin egenverdi gjennom bekreftelsen fra den andre (Goffman 1959:23). Når selvfølelsen er utsatt for særlig påkjenning, som for mennesker som er innlagt på sykehus, er det spesielt viktig å vise respekt og anerkjennelse (Album 1994:102). Aktelseshandlinger blir ofte oversett i kommunikative handlinger, fordi de varer i korte øyeblikk, og blir gjerne betraktet som innholdsløse. Men Goffman sier de kanskje er de mest innholdsrike vi har (Goffman 1956:496/Wadel 1999:62).

Sven Svebak (2000:167) sier det finnes mange rapporter i fagtidsskrifter der forfatterne forteller om hvor god effekt humoren har på samspillet mellom fagperson og pasient. Humoren kan være et smøremiddel til både å unngå og å løse opp konflikter. Humoren garanterer ingen bestemt effekt, men øker muligheten for at gode relasjoner utvikles og vedlikeholdes. Noen undersøkelser peker imidlertid på hvor problematiske slike relasjoner

kan bli dersom humoren er malplassert, enten det er den ene eller andre parten som ikke forstår den. Det er viktig å være oppmerksom på at humor ikke nødvendigvis gjør en sosial situasjon lettere. Det er et spørsmål om å velge tid, person og anledning. Empati og fortrolighet er avgjørende for at humoren skal virke motiverende i pasient-terapeutrelasjoner. En studie viser at sykepleiere med stor sans for humor synes å klare seg bedre enn andre sykepleiere med mindre sans for humor i arbeid som oppleves belastende (Svebak 2000:167-168).

I den dynamiske prosessen som ergoterapeut og bruker er i, er faglige og personlige faktorer integrert. Å være i en slik prosess med et annet menneske, må åpne for at det er lov å vise følelsesmessig uttrykk for begge parter. Fagpersonen må likevel holde seg innenfor yrkesetiske retningslinjer, og være en profesjonell person. Den profesjonelle person kan være en som bevisst og reflektert forener det faglige og det personlige (Leenderts 1995:134). Enhver fagperson må finne sin balanse mellom å være saksorientert og personlig. Solfrid sier hun har behov for å bli kjent med ergoterapeuten som person. Det stemmer overens med Erving Goffman (1959:13) som sier at når en person fremstår for andre, vil han søke informasjon om ham, eller ta i bruk allerede eksisterende informasjon. En vil være interessert i hans generelle sosial-økonomiske status, selvoppfatning, hans kompetanse, holdninger og troverdighet. Informasjon om personen, hjelper en til å definere situasjonen som en er i. Det setter en i stand til å avgjøre på forhånd hva han kan forvente av personen.

John Fiske (1982:11) sier i all kommunikasjon finnes det innslag av redundanse og/eller entrofi. Redundanse er det som er forutsigbart og konvensjonelt i et budskap. Entrofi er det motsatte av redundanse. Mens redundant budskap har høy forutsigbarhet og liten informasjon i seg, har entrofisk budskap lav forutsigbarhet og mye informasjon i seg. Når ergoterapeuten kommer inn på rommet til Lars, og sier "Hei, hvordan har du det?" er dette et høyt forutsigbart redundant budskap. Når ergoterapeuten derimot kommer inn på rommet til Øystein og sier "Neste uke er jeg borte mandag, tirsdag og onsdag", har dette mye informasjon i seg, og var lite forutsigbart. Det kunne han ikke forvente eller være forberedt på at hun skulle si. Det er et entrofisk budskap.

Redundant kommunikasjon er ikke bortkastet, men tvert imot helt nødvendig i en kommunikasjon mellom to eller flere personer. I teorien kan en samtale finne sted uten redundanse, men i praksis finnes det knapt en samtale der redundanse ikke er tilstede.



Redundant tale har en teknisk og en sosial funksjon. Teknisk hjelper den oss med nøyaktigheten av avkoding av et budskap. Dersom mottaker hører deler av setningen fra avsenderen, som for eksempel "våren ... snart", er det sannsynlig og høyst forutsigbart at det utelatte ordet er "kommer". Skulle ordet være "er som et speilbilde", ville det være svært uventet, og av entrofisk art. Det forutsigbare hjelper oss med strukturen i språket, mens det uforutsigbare vil svekke strukturen og gjør oss gjerne litt forvirret. En person som skal formidle et budskap til andre, og som ønsker at det skal være lett tilgjengelig og gjenkjennbart, må bruke et språk som har høy redundanse. Når en skal formidle et budskap med mye informasjon, må en gjerne si det flere ganger, eller forberede mottaker med å si "nå skal jeg fortelle deg en stor overraskelse, eller noe du ikke hadde forventet deg".

Redundanse som sosial funksjon, bearbeider, vedlikeholder og forsterker en relasjon. Ved å si "hei, hvordan har du det?" eller "det er fin jakke du har på deg", er det en bekreftelse på at en som person blir sett her og nå, anerkjent og akseptert. Fiske (1982:14) sier det er et behov som alle mennesker har. Den redundante praten er helt nødvendig for å gi en bekreftelse på at relasjonen ikke er blitt endret i negativ retning. Dersom en ikke sier "Hei", kan det oppleves som "jeg er luft for deg", og det frustrerer ens behov for å bli sett, og kan svekke relasjonen. Konvensjonell atferd og redundant kommunikasjon, er altså helt nødvendig for å utvikle, bearbeide og styrke relasjonen. Det viser at en er opptatt av den andre personen. Når partene deler konvensjoner, kan en føle seg trygg på hverandre, og det binder en sammen i en sosial akseptabel atferd. Dette er sammenfallende med Goffman sin beskrivelse av seremonielle handlinger, som er beskrevet på side 21. Begrepene seremoniell handling og redundant kommunikasjon likner på hverandre. Begge fremhever at det mennesker sier til hverandre, kan formidle en mening selv om innholdet ikke er viktig. Valg av emne og måten det fremføres på er et symbolsk uttrykk for hvordan en forholder seg til hverandre.

Humoren og den innholdløse, meningsfulle praten som ergoterapeuten og bruker har som sine koder i relasjonen, har høy redundanse. Sjangeren eller formen er forutsigbar, de vet når og på hvilken måte de kan bruke den. De vet ikke alltid utfallet av humoren, og slik kan den sies å være entrofisk, men de kjenner grensene for hva som er tillatt.

Ergoterapeut og bruker må sammen skape og utvikle fortroligheten. Men helsepersonell har i kraft av sin lønnede stilling og autorisasjon størst makt, og dermed størst ansvar for hvordan fortroligheten utvikles. Fagpersonen er forpliktet til å gjøre noe for personen som er syk eller

skadet (Thornquist 1998:29). Brukerne i denne studien legger stor vekt på utvikling av fortrolighet. Den settes foran faglige egenskaper. Cato Wadel sier (1999:73): ”*Nære mellommenneskelige forhold kan være foruten saksmessig samstemthet, men ikke uten følelsesmessig samstemthet*”. Følelsesmessig samstemthet er tilstedeværelse i hverandres nærvær.

Fortroligheten er en viktig faktor som fremmer aktiv deltakelse fra brukeren. Den er ikke et statisk element som kan flyttes fra en relasjon til en annen relasjon. Den er en dynamisk prosess som må skapes, utvikles og bearbeides mellom de to aktørene så lenge samarbeidet mellom dem varer. Kraften og livet finnes ikke i individene og blir overført derfra til fellesskapet. Kraften og livet er i fellesskapet (Album 1994:102).

Kraften og livet i fellesskapet, den dynamiske prosessen, fortroligheten, er et viktig grunnlag for det samarbeidet som ergoterapeuten og bruker skal ha i flere måneder. Et samarbeid der ergoterapeuten må spørre hvilke behov og interesser pasienten har, sier Sara i det første utsagnet. Respekt for brukers behov og ønsker for mål og tiltak i sin rehabiliteringsprosess, medfører at han selv må få muligheter til å gjøre valg og ta ansvar. Hvilke forutsetninger han har for det til ulike tider i rehabiliteringsprosessen, vil jeg nå gi noen beskrivelser av og ta opp til drøfting.

### **Å gjøre valg og ta ansvar**

*Det finnes en tid for å gi råd  
Det finnes en tid for å gi valg  
Det finnes en tid for å gi støtte  
Det finnes en tid for å overlate til den andre*

(fritt gjengitt etter Tom Barth)

Brukerne i denne studien har opplevd en traumatisk ulykke, og er blitt plutselig lammet i armer og bein. De er kommet i en livssituasjon som kan oppleves kaotisk. Det er et sjokk å oppleve at kroppen ikke fungerer slik den gjorde før ulykken. Hvordan er de i stand til å ta ansvar for ulike valg som må gjøres for å mestre livet på en ny måte? Med sin faglige innsikt kan ergoterapeuten gi råd om tekniske hjelpemidler til bruk i hjem, arbeid og fritid. Men hvilke forutsetninger har brukeren for å håndtere denne informasjonen?

Sara: *Når en er nyskadet som her, er det lett å si at hodet fungerer i alle fall. Men gjør det det? Kroppen fungerer ikke, og det meste er kaotisk. En kan ikke klare å konsentrere seg om det som er utenfor nærmeste sfære. Det er en sterk opplevelse at andre kommer inn og skal stelle deg.*

Philip: *Og det kan være jenter på samme alder som deg selv. Jenter som en til og med kan forelske seg i.*

Sara sier det meste er kaotisk i hodet når en er nyskadet. Det er mange sterke opplevelser som skal bearbeides, som det å være helt hjelpeløs og bli stelt av andre. Selvstendighet og mestring av blant annet personlig hygiene er medvirkende til utvikling av identitet og selvrespekt. Når en kommer i en situasjon der en ikke mestrer det lenger, kan det oppleves som et tilbakeskritt til barnestadiet og synkende sosial anseelse (Lillestøl 1998:139).

Lars forteller også om hvor dårlig han var i første tiden etter skaden. Han kunne ikke delta i å gjøre valg og ta ansvar for uttak av ulike hjelpemidler.

Intervjuer: *Dette med brukermedvirkning vil jeg gjerne spørre deg om. Er det noe som gjør at du blir en aktiv bruker, eller at du blir aktivt med i denne prosessen mot de avgjørelser som skal tas?*

Lars: *Jeg har vært aktivt med i denne prosessen, når det gjelder hus og sånn, i alle fall nå. Problemet var i begynnelsen med den elektriske stolen, for da var jeg dårlig.*

Intervjuer: *I begynnelsen kunne du altså ikke være så aktivt med på valg av stol?*

Lars: *Nei, i begynnelsen var jeg dårlig, og hadde ikke mye overskudd til å være med på sånne ting. Jeg orket ikke, hadde mer enn nok med å være oppe da, holde hodet og hele tiden ligge på grensen av hva kroppen tåler. Og da er du ikke i stand til å diskutere, eller tenke på noe annet. Det er for tidlig.*

Intervjuer: *Kan du fortelle meg hvordan stolen din ble valgt ut?*

Lars: *Jeg vet ikke. Det tror jeg har noe med ergoterapeutene å gjøre og erfaringene deres. Det er tydelig at noen velger en annen type stol, og noen andre velger denne. Jeg skulle gjerne hatt en annen type.*

Intervjuer: *Men hvordan ble du trukket med i valget av stol?*

Lars: *Jo, de sa det var flere stoler å velge mellom. Men på et så tidlig tidspunkt, er det vanskelig for meg å velge. Jeg kjenner ikke noe til dem. Det er ikke godt å diskutere når du ikke vet hva du skal diskutere. Etter hvert nå begynner jeg å få meninger om for eksempel den manuelle rullestolen og hvordan den kan forbedres og sånn.*

Intervjuer: *Når det gjelder ansvarsfordeling mellom deg og ergoterapeuten, har dere et likt ansvar, eller har den ene mer ansvar enn den andre?*

Lars: *Jeg tror det forandrer seg underveis, ellers tror jeg at ergoterapeuten har mer ansvar, etter hvert vil nok ansvaret gå mer over på meg selv når jeg får mer egen erfaring.*

Intervjuer: *Jeg synes det var interessant dette du sa om ansvar som utvikler seg underveis, for det har jeg blitt opptatt av mens jeg har vært her.*

Lars: *Ja, det er klart at når du kommer her nyskadd og fæl. Og du ikke vet hvordan du skal klare å takle situasjonen, har du behov for at noen som vet og har erfaring tar tak i det. Brukermedvirkning må utvikle seg. Det er sikkert veldig stor forskjell på*

*pasientene der, det vil jeg tro. Jeg tror at vi som har så høye nakkeskader ikke alltid er i form til å ta ulike eller rette avgjørelser så tidlig.*

*Intervjuer: Da blir du på en måte avhengig av at andre tar noen valg for deg?*

*Lars: Ja, de valgene er kanskje ikke de beste når du blir i bedre form og kjenner på det selv, og ser hva som finnes av hjelpemidler.*

*Intervjuer: Tror du at ergoterapeuten kan ta de rette valgene for deg?*

*Lars: Det er for så vidt ikke noe galt valg dette. Men ut fra erfaringene så er jo dette kanskje den som er lettest å få gjort noe med. En velger jo stoler og forskjellig utstyr ut fra det da. Men det er forskjellig erfaring på ergoterapeutene, og da tror jeg det blir sånn. Jeg pratet med en her ute der denne stolen ikke var aktuell i det hele tatt. Det var kun den andre stolen de pratet om hele tiden.*

*Intervjuer: Hva tror du som gjorde det da?*

*Lars: Nei, det må være forskjellig erfaring.*

*Intervjuer: Det var ikke noen annen grunn?*

*Lars: Nei, denne var ikke noe alternativ, det var bare den andre stolen.*

*Intervjuer: Ble du spurt noe om hvordan du skal bruke denne stolen?*

*Lars: Jada, dette er en sånn allround stol som jeg kan bruke inne hjemme. Jeg kan bruke den til å kjøre bil med, jeg kan stå i den, og tilte (regulere) den frem og tilbake. Så de mente dette var den mest anvendelige stolen til allround bruk. Den ser litt grov ut.*

*Intervjuer: Designen?*

*Lars: Ja, designen på den andre synes jeg ser bedre ut.*

*Intervjuer: Er det noe med designen du er opptatt av?*

*Lars: Ja, designen, ja. En blir jo det når en først må sitte sånn. En må prøve å få ting så lite som mulig. En må se minst mulig handikappet ut, det synes jeg er viktig. Ja, en er ikke kommet i en sånn situasjon ut fra eget ønske. Da får en gjøre det beste ut av det, og rett og slett se mest mulig normal ut. Det synes jeg er viktig.*

Lars sier også at i den første tiden etter skaden var han for dårlig til å være med å diskutere hvilken rullestol han skulle velge. Ryggmargsskaden fører til en krisesituasjon, som setter en ut av stand til å være opptatt av om en skal ha et medansvar for valg av rullestol eller ikke. Lars ønsker ikke å velge selv, da han ikke har fysisk eller psykisk kapasitet til det i denne fasen av rehabiliteringen. Når han begynner å bli bedre, har han heller ikke kunnskaper eller erfaring med rullestoler. Det medfører at han ikke har forutsetninger for å diskutere hva som passer best for ham. Han har tydelig fått informasjon om at det er flere ulike typer å velge mellom, men det er likevel vanskelig når en ikke har noen kunnskap om disse stolene. Av dette kan en slutte at i den første fasen av rehabiliteringen må ergoterapeuten ta det største ansvaret for valg av hjelpemidler, så kan brukeren overtar mer ansvar etter hvert som situasjonen stabiliserer seg, og brukeren føler seg klar for å delta mer aktivt.

”Brukermedvirkning må utvikle seg”, sa Lars.

*Sara og Philip: Det er for seint å strø i salt når brødet står til heving. Vi må få være med fra starten skal det bli reell brukermidvirkning. Men dette gjelder mer på systemnivå.*

Intervjuer: *Når tid må brukermedvirkningen på individnivå starte her på sykehuset?*  
Sara: *I nyorienteringsfasen kan en ikke skyve alt ansvar over på pasienten, en må ta valg og ansvar etter hvert. I begynnelsen var jeg mest opptatt av å komme meg opp etter å ha ligget, og det var samme hvilken stol jeg fikk, en stol måtte jeg ha, det var neste skritt etter sengen. Ergoterapeuten må ta valg i første omgang, så blir en i stand til å ta valg i andre omgang. Men det er viktig at en får informasjon om at slik blir det i første fase, og så får en komme tilbake og velge noe annet som gjerne passer bedre for brukeren etter hvert. Ergoterapeuten kan ha erfaring med ulike typer hjelpemidler, men hun vet ikke nøyaktig hva som passer best for den unike personen som hver og en er.*

Det er viktig at brukeren får informasjon om at ergoterapeuten har størst ansvar for ulike tiltak når brukeren er i en dårlig fase. Det kan føre til at terapeuten tar noen valg, som ikke brukeren er helt fornøyd med når han selv kan bidra aktivt i beslutningsprosessen. Dette er den negative siden ved å velge for andre. Terapeuten har mye kunnskaper om ryggmargsskade som en medisinsk skade og tekniske tiltak som kan være aktuelle på bakgrunn av en generell erfaringsbasert kunnskap. Hun kan spørre brukeren om hans ønsker og behov, men når brukeren er dårlig, er det vanskelig for ham å ha synspunkter på hva som passer best for ham.

Ergoterapeut: *Brukermedvirkning er ulik, det er forskjell på hvor du er i prosessen. I akutfasen er det andre som vet best. Pasienten har behov for informasjon, men fagpersoner vet mer og har erfaring. En må gi brukerne tid til å bestemme seg. Fagpersoner har ofte for store forventninger til at de skal stake ut ny kurs.*

Sara: *Informasjon kan ha blitt gitt, men det er en strøm av informasjon, og en har mindre kapasitet. En må bli bevisst før en kan ta et reelt valg. Stol nummer to er mer reell brukermedvirkning.*

Ergoterapeut: *Noen brukere har vanskelig for å bestemme seg selv. De vil gjerne at ergoterapeuten eller samboer skal bestemme.*

Intervjuer: *Hvorfor det?*

Ergoterapeut: *Det er vanskelig å ta valg.*

Det er vanskelig å ta valg når en har kommet i en helt "ny og ukjent verden". Da vil en helst slippe å gjøre valg, og overlate det pårørende eller fagpersoner.

Brukernes og ergoterapeutens oppfattelse av utviklingen av å gjøre valg og ta ansvar synes å være sammenfallende. Graden av medvirkning må tilpasses den enkelte brukers tilstand og kompetanse. Brukermedvirkning er en prosess som kan variere i styrke.

Intervjuer: *Nå når du skal velge ut rullestol, hvordan synes du det har vært?*  
Solfrid: *Nei, du mener at vi har sett på det vi skal bestille og sånn liksom?*

*Vi må jo prøve ut flere selvfølgelig, vi vet jo ikke, men vi har jo tatt det ergoterapeuten har ment kanskje har vært best liksom. Men så tar vi og en stol til som jeg synes virker bra liksom uten å ha prøvd den. Sånn at vi prøver to forskjellige, en som hun synes jeg skal prøve og en som jeg kanskje hadde valgt selv.*

*Intervjuer: Hvordan har du valgt den rullestolen selv?*

*Solfrid: Nei, det er jo ergoterapeuten som sier at hun har tatt ut visse stoler, som jeg har sett på, og så har jeg funnet ut at den kanskje ser bra ut. Hun har forklart hvordan den stolen er for andre, men det kommer jo veldig an på, det er jo veldig forskjell fra person til person. Men de blir veldig mye brukt disse stolene.*

*Intervjuer: Hva er det med den stolen som du har valgt som gjør at du har lyst til å prøve den?*

*Solfrid: Nei, jeg vet ikke, det er mer utseende jeg ser på, tror jeg. Det er ikke så mye annet jeg kan se på. For jeg har ikke prøvd noen av dem.*

*Intervjuer: Hvilken funksjon synes du ergoterapeuten skal ha når det gjelder valg av hjelpemidler? Jeg tenker på om du synes hun skal bestemme, eller synes du hun skal gi deg råd og vise deg valgmulighetene slik at du selv kan bestemme?*

*Solfrid: Ja, vise meg valgmulighetene, gi meg råd, og hva hun synes er bra, og velge ut fra det liksom.*

*Intervjuer: Og så ønsker du å bestemme selv?*

*Solfrid: Litt kanskje, men det er hun som har greie på det, det har ikke jeg, så det går veldig mye etter dem, liksom. Det må jo gjøre det, det sier seg selv.*

Solfrid sier det er designen av rullestolen hun kan ha noen meninger om i en tidlig fase av rehabiliteringen. Hun har ikke prøvd ut noen tidligere, og har ingen erfaring med kjøring av rullestol. Det er ergoterapeuten som har kunnskaper om ulike stoler. Men Solfrid ønsker å få råd om ulike valgmuligheter, slik at hun kan være med å bestemme. En må få erfaring med tekniske hjelpemidler, og da kan brukervedvirkningen bli sterkere ved neste valg av stol.

*Ergoterapeuten: Du kan snart få prøve manuell rullestol, med ganske lav rygg,*

*Solfrid: Er det med ryggåndtak? Det vil jeg helst ikke ha.*

*Ergoterapeuten: Det kan være bra i begynnelsen med håndtak, i tilfelle noen skal kjøre eller skubbe deg opp en bakke, så kan du ta dem av etter en tid.*

*Solfrid: Å, kan en ta dem av?*

*Ergoterapeuten: Du kan få begge deler, noen kan tas av på stolen, noen er fast montert på rullestolen. Du kan selv bestemme hva du ønsker.*

Ergoterapeuten gir Solfrid informasjon om hvorfor det kan være en fordel med kjørehåndtak på rullestolen. Skal Solfrid ha noen forutsetninger for å delta i denne beslutningsprosessen, er hun avhengig av saklig informasjon. Ergoterapeuten har en holdning som er preget av brukervedvirkning når hun sier Solfrid kan selv få bestemme hva hun ønsker. Er hun i stand til det?

*Lars: Hvor er utløserknappen for frikobling av stolen?*

*Forhandler: Den er midt bak.*

Lars: *Du må vise meg.*

Forhandler: *Har du ikke fått brukermanual, en blå bok?*

Lars: *Nei, den har jeg ikke fått.*

Ergoterapeut: *Din kone så hvordan den løses ut.*

Lars: *Min kone, ja. Men jeg må vite det og. Det er ikke sikkert at hun er tilstede når jeg har behov for frikoblingen.*

Forhandler demonstrer for Lars hvordan frikoblingen kan kobles ut.

I situasjonen ovenfor tar Lars ansvar for å kjenne til stolens elektriske funksjoner, slik at han kan være mest mulig selvstendig. Når fagpersoner overfører dette ansvaret til konen, kan det oppfattes som Lars ikke er i stand til å ta det selv. Lars sa innledningsvis at *”kontakt er viktig for samarbeidet, for er der ikke kontakt tør jeg ikke si min mening. En må ha tillit til hverandre”*. Her har ergoterapeut og Lars opparbeidet kontakt og tillit til hverandre, som gjør at Lars kan tørre å si hva han mener i en irritert tone. Irritasjon kan skape avstand dersom en ikke forstår den, men den kan også styrke relasjonen dersom en hører og forstår hvorfor den kommer til uttrykk. I denne situasjonen kan den være et uttrykk for at han selv mener at dette ansvaret kan han mestre. Da må en vise ham aktelse og tilliten verdig. Det viser hvor viktig det er at fagpersoner hører, lytter til og *er i* situasjonen for å forstå hvor brukeren er i sin rehabiliteringsprosess når det gjelder å ta ansvar. Dette handler også om kommunikasjon i relasjonen.

Tillit er viktig for god kommunikasjon, og at de involverte er i stand til å vise hverandre respekt, sier psykolog Arild Raaheim (ref. Einarsen og Skogstad red. 2000:124). Videre sier han at god kommunikasjon er også avhengig av personlig mot. *”Mot til å si fra dersom det er noe en reagerer på av det den andre part sier eller gjør, og evne til å uttrykke seg (sin frustrasjon, sin undring eller usikkerhet) på en måte som kan bli forstått, og som ikke skaper avstand eller motsetninger. Men også evne til å lytte og mot til å ta imot andres tilbakemeldinger”*.

For å fremme brukermedvirkning må ergoterapeuten bidra til å styrke brukerens mot til å uttale seg om sine ønsker, behov, og valg i sitt liv.

Når en person føler seg frustrert over at noen hindrer ham i å nå sine mål, kan det føre til konflikt mellom partene. Lars sitt mål i situasjonen ovenfor, er å være så selvstendig som mulig når han er ute og kjører med sin elektriske rullestol. Konflikt og konflikthåndtering er nærmere omtalt på side 89-91.

Her er en annen situasjon der bruker skal gjøre noen valg.

Ergoterapeut: *Hvordan klarer du av og påkledning hjemme?*

Torgeir: *Jeg gjør det ikke selv, men er med. Men jeg vil ikke slite meg ut med av og påkledning, og så ligger genseren i en klump bak på ryggen. Jeg vet jeg kan få det til, men jeg prioriterer det ikke.*

Ergoterapeut: *Hvordan klarer du å lage mat selv?*

Torgeir: *Jeg lager ikke mat selv. Jeg kan klare det og selv hvis jeg vil, men jeg brenner meg ofte, og da prioriterer jeg det bort. Men jeg kan spise selv.*

Ergoterapeut: *Det er godt å vite hva som velges bort.*

Torgeir har selv rett til å prioritere hvilke aktiviteter han ønsker å utføre i hverdagen. Han velger å få hjelp fra andre, slik at han kan være fornøyd med påkledningen, og ha krefter igjen til andre aktiviteter. Et selvstendig liv er ikke bare det å minimalisere hjelp fra andre i de daglige aktiviteter. Et selvstendig liv er å velge selv hva en velger bort av ulike hverdagsaktiviteter. Ergoterapeuten sier ikke noe om hva som er rett eller galt. I svaret sitt gir hun uttrykk for respekt for hans prioriteringer.

Sara: *Hjelpemidlet må ikke hindre funksjonsradiusen min, men øke den. Det må være en problemløser. Men brukeren må oppleve problemet før løsningen blir presentert, da er det en erkjennelse fra brukeren selv. Ergoterapeuten må spørre hvilke behov og interesser pasienten har.*

Sara synes det er viktig at et hjelpemiddel ikke blir presentert for brukeren før han selv har opplevd et problem i hverdagen. Når en ikke har opplevd problemet, kan han heller ikke se behovet for hjelpemidlet. Det er når problemet er en erkjennelse fra brukeren selv at en er motivert for å lære å løse problemet på en ny måte. En kan ikke gjøre valg og ta ansvar dersom en ikke opplever at en har et behov for hjelpemidlet.

Ergoterapeut: *Ergoterapeuten fra kommunehelsetjenesten skal også være med på hjemmebesøk. Dersom du trenger noe ergoterapi når du kommer hjem, er det hun som skal hjelpe deg.*

Olav: *Jeg trenger ingen ergoterapi når jeg kommer hjem.*

Ergoterapeut: *Å, det kan være at du trenger en toalettforhøyer eller noe slikt.*

Olav: *Nei, det trenger jeg ikke.*

Olav kan ikke se at han har bruk for noen toalettforhøyer, og er ikke motivert for å finne en løsning på det. Han opplever ikke selv at han har behov for råd fra ergoterapeuten.

Lars: *Skal en komme noen vei, må en på en måte klare det selv.*

Intervjuer: *Syns du det er et minus at du må komme med forslagene selv?*



Lars: *Nei, det er egentlig ikke det, bare en vet hva som skjer.*

Intervjuer: *Men du vet hvordan du vil ha det?*

Lars: *Ja. Men jeg hadde først trodd at dem hadde hatt såpass mange tilfeller, at de hadde en slags erfaring med hva som er mest ålreit, da.*

Intervjuer: *Men hvilken erfaring har de i forhold til deg?*

Lars: *Nei, ingenting. Kanskje det er noe der. Jeg har nå stort sett fått det som jeg ville nå, da.*

Intervjuer: *Når du sier at du har fått det som du vil, hva tror du er årsaken til det?*

Lars: *Nei, forslagene har kommet fra meg selv, jeg blir hørt på.*

Lars har opplevd at forslagene hans blir hørt på. Det er en anerkjennelse fra ergoterapeutens side om at han har kunnskaper, erfaring og ressurser til å delta aktivt med å ta ansvar for å foreslå løsninger på sine problemer. Lars synes ikke det er negativt at han må komme med forslagene selv, men ønsker å vite at det er ønskelig og nødvendig.

Lars: *Det er så mye en må tenke på selv, jeg må tenke at det må jeg ha... det er så mye å tenke på selv som du aldri har tenkt på før. Sånn med hjemmealarm, for eksempel.*

Intervjuer: *Mener du nå at du må tenke på det før ergoterapeuten foreslår det?*

Lars: *Ja. Trax for eksempel. Jeg skulle gjerne hatt en Trax, den terrenggående saken, den har jeg lyst på. Jeg ser jo at de gjerne vil ha ferdig denne stolen først, for å se hvor mye bevegelse jeg får. Jeg regner med at det er det det er. At de kan begynne med en sånn når denne er ferdig. Nå driver de hele tiden å endre på dette kjøresystemet, så det er sannsynlig at de ikke vil bygge om mer enn en stol om gangen, istedenfor å bygge om hele haugen.*

Intervjuer: *Har du spurt om det er slik det er?*

Lars: *Nei.*

Intervjuer: *Har du sagt at du ønsker deg en Trax?*

Lars: *Ja, det har jeg sagt mange ganger, men de vil nok ha ferdig den ene stolen først.*

Her sier Lars det er ikke lett å se for seg hva han har bruk for av hjelpemidler i hjemmet. Han må tenke på det før ergoterapeuten foreslår noe, og det er ikke lett når han ikke har noe erfaring med hva han eventuelt måtte ha behov for.

Men her er en situasjon der Lars er tydelig på hva han har behov for:

Lars: *Vi må snart starte med spisetrening. Jeg prøvde litt i går, og det gikk ikke så verst. Men det er langt igjen til jeg klarer det. Jeg kom ikke skikkelig inntil bordet med denne stolen.*

Ergoterapeut: *Senket du armlene?*

Lars: *Ja, men det ble ikke helt bra.*

Ergoterapeut: *Kanskje du skulle prøve å svinge dem til siden.*

Lars: *Ja, det var ikke dumt.*

Ergoterapeut: *Det blir bedre når du får bordet til stolen (spesialbord som er tilpasset og festes på rullestolen).*

Lars: *Ja, og kanskje jeg må ha en eller annen klemme som bestikket kan settes fast i.*

Ergoterapeut: *Det kan tenkes.*

Lars opplever selv behov for å starte med spisetrening og tar ansvar for det og ber ergoterapeuten om hjelp. Han er svært motivert for denne treningen. Ergoterapeuten stiller ikke noen spørsmål ved om dette er den rette aktiviteten å prioritere. Det er Lars sine behov som er avgjørende.

Ergoterapeut til intervjuer: *Å spise selv har med verdighet å gjøre. Å klare det selv er tydelig viktig for mange. Det er sentralt. Det er mindre viktig for brukeren på hvilken måte. Ergoterapeuten prøver å bidra til at feilbelastningen blir minst mulig.*

Ergoterapeuten har en viktig funksjon når det gjelder å tilrettelegge omgivelsene eller selve spisesituasjonen, slik at Lars får muligheter til å finne nye måter å spise på. Selv om det er viktig for mange å klare og spise selv, kan en ikke ta det som en selvfølge at det gjelder for alle. Brukeren må selv velge hvilke aktiviteter han prioriterer å gjøre, slik Torgeir gjør på side 66.

Torgeir og ergoterapeuten har i følgende situasjon en oppsummeringssamtale, da han skal utskrives fra sykehuset.

Ergoterapeut: *En ergoterapirapport skal sendes til kommuneergoterapeuten. Dersom du vil godkjenne den, vil den bli sendt umiddelbart. Hun må følge opp dette med rullestolen din.*

Torgeir: *Er det så at Swede rullestol kommer med det samme systemet som den jeg har søkt på? Er det så at når den møter motstand mot hjulet, for eksempel en fortauskant, så vil den "geare" om? Det gjør ikke den som jeg har søkt på.*

Ergoterapeut: *Jeg vet ikke, men jeg tror det er et system som helt sikkert vil komme. Men du får et vedtak fra Trygden, og du kan si til Hjelpemiddelsentralen at du vil vente. Det er ditt valg. Du må selv ta ansvar for dette.*

Det er et år siden Torgeir ble skadet, og ergoterapeuten vurderer her at han er i stand til å ta ansvar for å bestemme hvilken type stol han skal velge.

I følgende situasjon er bruker og fagpersoner sammen på et møte for å diskutere brukrens situasjon pr. dags dato. På slutten av møte sier legen:

Lege: *Vi må bestemme en utreisedato, hva med midten av mai?*

Olav: *Jeg må trene mer.*

Lege: *Men, du kan få fysioterapi hjemme og.*

Olav: *Fysioterapi hjemme er ikke det samme, hva kan hun gjøre hjemme hos meg?*

Lege: *Du kan reise til et institutt, transport til og fra dekkes. Falken kan komme og bære deg opp og ned fra leiligheten. Nå har du vært her i 3 måneder, og det er passe lang tid for en skade som din.*

Olav: *3 måneder ja, er ikke lang tid. Men dere bestemmer.*

Lege: *Ja, det må vi gjøre. Du kan nesten ikke være her fordi du ikke kommer inn og ut av leiligheten din. Det er det som er hovedproblemet.*

Olav: *Ja, jeg skjønner det. Jeg kan bestille Falken hvis jeg vil ut.*

Lege: *Hva med 16. mai, er det en ok utreisedato?*

Olav: *Hva med 16. juni?*

Lege: *Det går nok ikke, vi har mange pasienter som venter på å få komme hit.*

Dette viser en situasjon der helsepersonell må ta den siste avgjørelsen. Legen sier de har mange pasienter som venter på å få komme inn på sykehuset. Det er helsepersonell som har ansvar for å prioritere hvem som til enhver tid kan få et rehabiliteringstilbud. Olav ønsker mer trening, og det kan han få i sin hjemkommune.

## Drøfting

Medvirkning betyr at den som eier problemet, så langt råd er, deltar i alle faser, fra oppdagelse av problemet, gjennom utredning og kartlegging, til beslutning om og iverksettelse av tiltaket (Eikeland 1997:11). Brukeren skal så langt råd er delta aktivt i alle faser av problemløsningsprosessen. Så langt råd er betyr at ansvarsfordelingen mellom ergoterapeut og bruker forandrer seg underveis i rehabiliteringsprosessen. Flere brukere opplever at det er vanskelig å ta valg i første fase av rehabiliteringsprosessen, da må ergoterapeuten eller pårørende ta valg for dem.

Ansvar kan en se på som et aspekt ved fordeling av makt og innflytelse (Fuglestad 1997:67) Informantene i denne studien sier fordelingen mellom ergoterapeut og bruker må endre seg underveis i rehabiliteringsprosessen. På det aktuelle sykehuset deler en rehabiliteringsprosessen inn i ulike faser. Tidligfase eller fase 1, som den også betegnes, er fra 1. til 6. uke etter innleggelse. Fasen er fra skadetidspunkt til pasienten er medisinsk stabil. Nøkkelpersonell i denne fase er lege, sykepleier, psykolog og fysioterapeut. I denne fasen, sier Sara, *det meste er kaotisk*, og en kan ikke klare å være opptatt av så mye mer enn det som er nærmest ens personlige sfære. En er i en sjokkfase, og har behov for å bearbeide den situasjonen en er kommet i. Det er kroppens funksjoner som er sentralt i denne fasen. Å medvirke i å gjøre valg eller ta ansvar for å bestemme hvilken rullestol en skal velge, synes å være et for stort krav til brukerne.

Mellomfasen, eller fase 2, er full rehabiliteringsfase og kan vare 20 uker etter innleggelse. Hovedvekten av opptrening, som ergoterapeut og bruker samhandler om, er å sitte i og kjøre rullestol, å betjene fjernkontroll til TV og telefon på eget rom, og primære aktiviteter som å dusje, barbere seg, pusse tennene eller å spise. I denne fasen kan brukeren være på vei til å bli en aktiv deltaker i sin egen rehabiliteringsprosess, og kan ta mer ansvar i forhold til de tiltakene som settes i verk. Brukeren møter representanter fra helsetjenesten i egen hjemkommune, slik at han sammen med fagpersoner fra sykehuset kan begynne å planlegge hva som må tilrettelegges i hans hjem før han kan skrives ut fra sykehuset.

Den 3. og siste fasen er avslutningsfase, eller tilbakeføringsfasen, som kan vare fra 6. til 9. måned, eller til 14. måned, avhengig av skadens omfang. I tilbakeføringsfasen legges det vekt på å få ulike funksjoner best mulig. Brukeren og hans pårørende forberedes på utskrivelse til eget hjem eller annet bosted. I denne forberedelsen legges det vekt på at brukeren kan være aktivt med på beslutninger. Dagliglivet på sykehuset skal nå ligne mest mulig på hverdagen hjemme.

Hvor mye brukeren kan yte i forhold til å ta ansvar for egne valg, er avhengig av personens forutsetninger, evner og vilje til å ta ansvar til enhver tid. Pasientrettighetsloven sier at ”.....retten til å medvirke må derfor tilpasses den enkelte pasients individuelle forutsetninger....” (Ot prp nr 12 § 5.1.6:65). I den første fasen da det meste er kaotisk, sier informantene at ergoterapeuten må ta mest ansvar, og altså yte mest. Men i tredje fase, ønsker brukeren å yte mer og delta i beslutninger. Å ta fra en person ansvar, som han selv mener han kan klare, kan oppleves krenkende. Ved ansvarsfratakelse øker en brukerens avhengighet av hjelp fra andre, mens målet må være å bidra til at han blir så selvstendig som mulig. Brukerens verdighet og selvbylde kan ivaretas ved å respektere hans behov for å ta ansvar, yte og delta i relasjonen.

Å pålegge en person for mye ansvar kan i motsatt fall oppleves som en belastning. Ansvaret må gis på en måte og i en grad som passer for den det gjelder i en gitt situasjon. En kan overflytte deler av ansvaret, eller hele ansvaret, enten fra pårørende eller helsepersonell til brukeren når han selv føler seg sterk nok for det.

I en asymmetrisk relasjon som fagperson og bruker er i, er det fagpersonen som har ansvaret for å være oppmerksom på og ha varhet for når brukeren er i stand til å ta valg og ansvar. Det

er fagpersonen som har det største ansvaret for å integrere brukerperspektivet i problemdefinering, mål og tiltak. Slik informantene uttrykker det, synes graden av brukerens ansvar å samsvare med fasene som sykehuset deler rehabiliteringsprosessen inn i.

Lars sier: ”*Skal en komme noen vei, må en på en måte klare det selv. Det er egentlig ikke et minus, bare en vet hva som skjer*”. Informasjon om aktiv brukermedvirkning i utforming av mål og tiltak synes å være et behov. Denne informasjonen kan ha blitt gitt, men i en krisesituasjon, som en ryggmargsskade er, er en mottakelig for ulik type informasjon til ulike tider. Det kan bety at informasjon om brukermedvirkning må gis flere ganger og til ulike tider. Lars har forventninger til ergoterapeuten om at det er hun som skal komme med forslagene, for de har jo hatt så mange tilfeller før. Lars sier: ”*Det er så mye en må tenke på selv, jeg må tenke at det må jeg ha... det er så mye å tenke på selv som du aldri har tenkt på før*”. Informasjon om hva ergoterapeuten har erfart at brukere med lignende skade har hatt bruk for, kan være nyttig for brukeren. Poenget er at brukeren og ergoterapeuten sammen diskuterer hva som er best for ham. Brukermedvirkning er å møte den enkelte bruker individuelt, og spørre hvilken informasjon han ønsker. Ønsker han å få noen generelle råd på forhånd, eller ønsker han å få informasjon når han selv eventuelt oppdager et behov for råd?

Samhandling og samarbeid innebærer gjensidighet. Det innebærer at begge parter gjør en innsats og er aktive deltakere. Innsatsen kan være ulik, men det må være respekt for hverandres innsats, og anerkjennelse av hverandres kunnskap og erfaring.

### **Å anerkjenne hverandres kunnskap**

*Sara: Det er vanskelig med brukermedvirkning. Noe jeg synes er viktig er at jeg blir møtt med respekt, og at jeg har kunnskap om egen situasjon. Når ikke jeg vet hva som er best for meg, hvordan kan da andre vite det? Det er viktig at brukerne har trygghet på seg selv om at hans meninger teller. At jeg blir hørt på er veldig viktig.*

Saras utsagn gir uttrykk for at det ikke er en selvfølge at hun blir møtt av fagfolk med respekt for sine meninger og sin kunnskap. Saras spørsmål om hvordan andre kan vite hva som er best for henne, kan være en protest mot det profesjonelle bedreviteri og gamle autoritetsstrukturer. Med det profesjonelle bedreviteri setter fagpersonen seg i en overordnet, kontrollerende og dominerende posisjon i forhold til brukeren. Det kan umyndiggjøre

brukeren og sette ham i en forlegen situasjon. Brukerne har en utfordring i å tørre å si sin mening, og ta ansvar for sin rett til medvirkning. Men for å tørre må det skapes trygghet i relasjonen, der menneskeverdet ikke blir krenket.

I situasjonen nedenfor skal Torgeir få tilpasset en pekepinne, som han skal bruke til å betjene datatastaturet med. Pekepinnen skal festes i en skinnreim som Torgeir har rundt venstre hånd. Pekepinnen må ha en spesiell vinkel, slik at Torgeir ikke må løfte skuldrene og armene for å treffe tastaturknappene, da det medfører feilbelastninger. Pekepinnen utformes av ergoterapeuten i et skinnmateriale, som kalles orthoplast. Materialet kan formes ved hjelp av en varmpistol.

*Torgeir: Pekepinnen har feil vinkel. Du må bøye den litt mer mot høyre.*

*Ergoterapeut: Ja vel, hvor mye?*

*Torgeir: Bare litt, du ser jeg kommer nedi tastaturet med lille- og ringfinger.*

*Ergoterapeut: Nå har jeg bøyd litt, hvordan ser det ut nå?*

*Torgeir: Den funker ikke helt, den må rettes litt mer opp.*

*Ergoterapeut: Ok, jeg prøver igjen.*

Denne sekvensen gjentar seg flere ganger før Torgeir har et produkt som han er fornøyd med.

Brukeren har mye teknisk kunnskap om hvordan han ønsker å få pekepinnen tilpasset. Han har tidligere arbeidet som tømrer og har kunnskap om vinkler og grader. Her er begge avhengig av hverandres kompetanse for å få et resultat som Torgeir opplever fungerer for ham. Begge to deltar aktivt i prosessen med tilpasning av utstyr, gjennom gjensidig utveksling og bruk av kunnskap. Anerkjennelse av hverandres kunnskap gjør at de blir sammen om å finne en løsning på Torgeirs problem.

Et annet eksempel på anerkjennelse av brukers kunnskap er følgende spørsmål fra Lars og svar fra ergoterapeuten:

*Lars: Er det mulig å lage til noe så hånden kommer i rett posisjon?*

*Ergoterapeut: Har du noen ide selv om hvordan vi skal lage det?*

*Lars: Jeg tror det kan fungere med noe som ligner på joy-stikken her. (joy-stikken er styringshendelen på elektrisk rullestol. For å betjene den har han en håndskinne).*

*Ergoterapeut: Ja, vi kan prøve noe sånt.*

Ergoterapeuten etterspør Lars sine kunnskaper, og viser at hun har tro på hans ressurser, og at han mestrer å finne en løsning på sitt problem. Hun signaliserer tillit til at Lars har noe å bidra med. Når hun spør etter ide fra brukeren, må hun også våge å prøve dem ut, så sant det høres

faglig forsvarlig ut. I relasjonen har begge kompetanse i form av utdanning eller erfaring, men denne er svært ofte ulik. Ergoterapeuten kan ha teknisk innsikt, men i denne situasjonen har Lars mest teknisk kompetanse i kraft av sin utdanning og yrkeserfaring. For å fremme brukermedvirkning må en som fagperson tørre å innrømme dette. Ergoterapeutens spørsmål om Lars har noen ide selv til utforming av en håndskinne, kan også være et uttrykk for at hun der og da ikke hadde noen forslag selv. Men det er lov å vise tvil, usikkerhet, og at en trenger den andres hjelp for å starte prosessen med å tenke ut et forslag.

Lars' kone: *En kan lett bli utålmodig når ergoterapeuten kommer og skal tilpasse noen hjelpemidler, og Lars ser han kunne gjort det mye fortere og på en bedre måte.*  
Intervjuer til Lars: *Ja, der har du mye kunnskap, og det får du god nytte av. Når du selv kjenner på kroppen hvordan du vil ha det og i tillegg har teknisk innsikt, kan du løse mange saker.*

Lars: *Ja, det er jo en fordel det, da.*

Lars kan bli utålmodig når han blir konfrontert med en situasjon som han ut fra sine tekniske kunnskaper kunne gjort mye fortere og bedre enn ergoterapeuten før han ble skadet. Nå har han ingen muligheter for det praktisk sett. I en slik situasjon blir han konfrontert med seg selv og sin nye livssituasjon. Det er en tøff og vond opplevelse. Utålmodigheten kan være et uttrykk for dette.

Lars: *Min bror har lenge før jeg ble skadet, vært opptatt av å bygge hytter til utleie som er tilpasset for mennesker som kjører rullestol. Kanskje jeg nå kan bruke mine tekniske kunnskaper og mine egne erfaringer med å kjøre rullestol og veilede ham.*

Ved å vektlegge de sterke sidene og hente frem ressurser hos brukeren, bidrar det til å styrke hans selvbildet og egenverd.

I situasjonen som følger skal Lars lære seg å bruke datamaskintastaturet på en annen måte enn det han har gjort før han ble skadet. Han har behov for spesialtilpasninger for å kunne bruke hendene. Situasjonen finner sted på dataavdelingen der informasjonsteknologisk konsulent (ITkons.) også er tilstede:

Lars: *Jeg skulle hatt et mindre tastatur, der tastene er litt mer samlet, slik at jeg ikke må gå så lang vei med den ene hånden.*

ITkons.: *Det kan du få. Han kobler på et mindre tastatur.*

Lars til ergoterapeuten: *Ta tastaturet mer mot venstre. Slik ja. Så er jeg ikke fornøyd med underarmsstøtten. Det er noe med vinklingen.*

ITkons.: *Det finnes flere typer underarmsstøtter. Han henter ulike typer og monterer en type på bordet, slik at Lars kan prøve den.*

Lars: *Jeg strever med at lille-, ring-, og langfinger kommer borti taster og trykker på bokstaver jeg ikke vil ha. Underarmsstøtten må reguleres høyere opp. Kan du gjøre det?*

Ergoterapeuten: *Ja.*

Lars: *Det er noe med vinklingen på støtten, den er ikke helt rett. Jeg kunne gjerne brukt høyre hånd til musa, slik jeg gjør her med joysticken på rullestolen.*

ITkons.: *Ja, vi har mange forskjellige ulike typer som kan prøves. Men jeg tror ikke vi skal ta det i dag. Vi må først finne et brukbart system på venstre hånd og få det til å fungere.*

Lars er aktivt med på å finne ut hvordan han kan klare å betjene tastatur. Han kjenner hvordan han kan klare å utføre bevegelsene og finner en teknikk for å mestre denne aktiviteten.

Ergoterapeut og IT konsulent vet ikke best i denne situasjonen. Deres viktigste oppgave er å legge til rette for at brukeren skal få prøve ut denne aktiviteten. Sammen kan de reflektere og finne løsninger på hvilket utstyr som egner seg best for Lars.

*Ergoterapeut: Fagperson og bruker har forskjellig kompetanse. Fagkompetanse og brukers kompetanse blir mer enn summen av delene.*

Det er når brukerens kunnskap om seg selv og sitt hverdagsliv legges sammen med ergoterapeutens fagkompetanse at summen og kvaliteten kan bli større enn summen av enkeltdelene. Skal kunnskapene kunne legges sammen, og ikke reduseres, krever det anerkjennelse og respekt for hverandres kunnskaper.

Noen dager etter at Lars hadde signalisert behovet for å starte med spisetrening, finne denne situasjonen sted:

Ergoterapeut: *Du må komme mer inntil bordet.* Hun tar bort armlenene på stolen, og skyver bordet inntil overkroppen hans. Stolen høyderreguleres slik at underarmene hviler på bordet. Hun begynner å sette fast en håndklemme med gaffel på høyre hånd.

Lars: *Ikke høyre, du må ta den på venstre.*

Ergoterapeut: *Trenger du mer støtte under underarmen?*

Lars: *Ja.* Hun bøyer gaffelen i vinkel. Han tørrtrener med å ta gaffelen i suppeskålen.

Lars: *Jeg kan ikke ha suppeskål, tommelen kommer hele tiden i veien på skålkanten.* Hun bytter til en flat middagstallerken.

Lars: *Armene er tunge som tømmerstokker.*

Ergoterapeut: *Skal vi prøve med en pute under albuen?*

Lars: *Ja, den er for høy, men jeg kan prøve den.* Hun tilpasser en skumgummipute under albuen.

Ergoterapeut: *Dette er helt provosorisk, men vi får et bilde av om det er bedre med støtte under albuen.*



Hun tar pasta på tallerken og heller saus over. Lars prøver å stikke gaffelen i et pastarør og føre gaffelen til munnen. Han klarer det nesten, men det er vanskelig å få pastaen til å henge fast på gaffelen.

Lars: *Uff, dette var ikke lett, og putene sklir hele tiden.*

Ergoterapeut: *Skal jeg hjelpe deg ?*

Lars: *Nei, dette skal jeg klare selv.*

Han gir seg ikke, og prøver igjen og igjen. Etter hvert får han en egen teknikk med å ta en gaffeltinn i pastarøret, og det henger dermed fast. Det blir da lettere og føre gaffelen til munnen.

Lars: *Tenk at en skal grise sånn i en alder av 37 år. Fingrene mine er grisete.*

Ergoterapeut: *Kjenner du det, eller ser du det?*

Lars: *Nei, jeg kjenner det ikke, det er like dødt i fingrene som ellers i kroppen. Det blir ikke mye spising fremover hvis det skal gå på dette viset. Eller kanskje det blir bare pasta heretter.*

Ergoterapeut: *Ja, det kan være lurt å tenke på hvilken mat en spiser, noe mat er lettere å få på gaffelen enn annen mat. Men du er vel glad i mat?*

Lars: *Ja, jeg spiser det meste.*

Ergoterapeut: *Lagde du mat hjemme før?*

Lars: *Ja, det var jeg som lagde det meste. Så kanskje jeg kan lære å lage pasta igjen?*

Her er stor gjensidighet i samhandlingen, og respekt for hverandres forslag og refleksjoner. De bidrar med ulike kunnskaper. Ergoterapeuten tilpasser omgivelsene, og Lars bidrar med sine erfaringer og tanker.

Om brukeren er aktiv og deltakende i samhandlingen med fagpersoner er avhengig av situasjonen. Når brukeren ikke blir invitert med i samspillet, blir han passiv og kan miste opplevelsen av å være en viktig bidragsyter.

Ergoterapeut: *Hvordan skal vi gjøre dette?*

Helsearbeider: *Nei, jeg er ikke helt sikker.*

Ergoterapeut: *Kanskje vi kan løfte Lars opp og få seilet godt bak ryggen hans? De prøver på det.*

Lars: *Jammen hodet mitt, det faller bakover.*

Ergoterapeut: *Du Lars, kan vel kanskje si oss hvordan de pleier å gjøre det, eller hvordan du vil at det skal gjøres?*

Lars: *Ja, det skal jeg love dere jenter, at jeg kan.*

I denne situasjonen blir ikke brukeren spurt i begynnelsen om hvordan han opplever en god forflytning. Følgene er at han ikke deltar med sin erfaringsbaserte kunnskap i diskusjonen mellom fagpersonene. Når de derimot spør ham, sier han klart fra om hvordan han synes de må gjøre det.

En annen forflytningssituasjon viser at ergoterapeuten etterspør Lars sin kompetanse og erfaring:

Ergoterapeut: *Når personløfteren er hentet inn her i rommet, må den elektriske stolen hentes inn. Er det plass til den her?*

Lars: *Den kan vel stå i døråpningen.*

Ergoterapeut til annen helsearbeider: *Her ser du hvordan seilet skal brettes sammen før du legger det bak ryggen til Lars. Sengen skal reguleres opp i ryggdelen.*

Ergoterapeuten til Lars: *Nå skal jeg løfte opp overkroppen din. Hvordan bruker du å gjøre det? Er det ok når jeg gjør det slik?*

Lars: *Det er bra.*

Her blir Lars en aktiv deltaker i relasjonen mellom ergoterapeut og bruker fordi hun spør Lars hvordan han synes forflytningen fra seng til rullestol skal gjøres. Hun viser at hun har tillit til hans erfaringer og kunnskaper med forflytning. Det er han som har mest kunnskaper om hvordan han opplever en god forflytningssituasjon for ham. Ergoterapeuten har generell kunnskap om denne situasjonen, den individuelle og spesielle er det Lars som har. Skal forflytningen bli så optimal for Lars som mulig, må de spille på lag.

Her er et eksempel på lagspill:

Ergoterapeuten: *Hva skal vi gjøre med heisene? Hva tenker du selv?*

Lars: *Nei, den andre kan jo ikke løfte helt ned fra gulvet.*

Ergoterapeuten: *Nei, det er rett.*

Lars: *Så hvis jeg skulle komme til å ligge på gulvet, så ligger jeg der. Da må det være to personer for å få meg opp igjen, og det er ikke alltid tilfelle.*

Ergoterapeuten: *Men den andre fungerer bedre i bilen din.*

Lars: *Ja, men nå har jeg snakket med min kone, og vi kvitter oss gjerne med den bilen vi har, og får en som jeg kan komme inn i.*

Ergoterapeuten: *Tenker du dette i tillegg til den bilen du søker finansiert over Folketrygden?*

Lars: *Ja, den andre tar jo et helt år, eller er det mulig å få den fortere?*

Ergoterapeuten: *Nei, det tar nok tid*

Lars: *Vi kan ha to store biler uansett.*

Når ergoterapeuten spør "Hva tenker du selv?" er det en åpen, undrende holdning, og et ønske om felles utforskning hvor brukeren kan korrigere eller avvise forslag som kommer på bordet. Ergoterapeuten og bruker veksler ovenfor mellom å snakke, stille spørsmål og lytte. Samtalen skapes av partene sammen. Det er ikke en part som aktivt sender et budskap, og en annen som passivt mottar det. De påvirker hverandre i en positiv retning, da de er åpne for den andre parts meninger og erfaringer, og viser respekt for dem.

## Drøfting

I den enkelte situasjon presenterer en seg og forteller hvem en skal være for hverandre.

Begrepet anerkjennelse inkluderer et likeverdig forhold, der den andre erkjennes som et subjekt på lik linje med en selv (Weihe Wallin 1997:50). En anerkjennende relasjon gir rom for selvhevdelse og individualitet, og kan dermed skape utvikling og læring. ”Å møte anerkjennelse er godt, og det er noe vi vil; det gir legitimitet til vår egen opplevelsesverden, samtidig som det skaper tilknytning og fellesskap med den andre” (Weihe Wallin 1997:51). Å møte anerkjennelse er en forutsetning for å kunne tilegne seg ny innsikt og kunnskap.

Anerkjennelse er nødvendig for alle. Goffman sier ” Vi kan ønske oss og gjøre oss fortjent til anerkjennelse, men stort sett er det ikke tillatt for oss selv å gi det til oss selv. Vi er tvunget til å søke det hos andre” (Goffman 1967:58 ref. Album 1994:102). Det er nødvendig med felles seremonielt arbeid, samarbeid, for å skape og opprettholde selvene våre. Når selvoppfatningen er særlig truet, som i en ulykke der ryggmargen er skadet, er det særlig viktig å utveksle respekt og anerkjennelse. Anerkjennelse av seg selv som person, med både kunnskaper, erfaring, meninger og synspunkter, er en viktig forutsetning for å oppleve seg selv som en gyldig deltaker i relasjonen (Album 1994:102).

Hva er så brukers kompetanse og hva er fagpersonens kompetanse? Bruker har kunnskap om seg selv og sitt hverdagsliv, og egen opplevelse av sin sykdom eller skade. Han har synspunkter på utforming av eget liv, verdier, etikk, politikk, kultur og tradisjoner. Dette er personlig og subjektiv kunnskap. Olav Eikeland sier at ”*Brukerkunnskap er en selvstendig og annerledes type kunnskap som ikke lar seg innordne under, redusere og tilpasse til eller avlede fra andre, presumptivt mer ”ekspertbaserte” eller ”faglige” kunnskapsformer*” (Vardeberg 1999:18).

Fagkompetansen til ergoterapeut er generell kunnskap om menneskets behov for å være i aktivitet. Samspillet mellom person, aktivitet og miljø er grunnsteinen i faget (Kielhofner 1997:188). Den generelle kunnskapen er teoretisk, abstrakt, objektiv og formell. Kunnskapen erverves hovedsakelig utenfor og på avstand fra det subjektet teorien handler om.

I et menneskesyn der viktige kjennetegn er at mennesket har egne intensjoner og handler ut fra det, er ikke autonomi og fellesskap, særinteresser og fellesinteresser motstridene, men tvert imot komplementære verdier. Autonomien kommer fellesskapet til gode. Det kan skifte på hvem som har mest kompetanse, og leder an i diskusjonen, eller i den prosessen en samarbeider om (Fuglestad/Lillejord red. 1997:65). Ingen av deltakerne er tillagt komplett

kompetanse. En må bruke hverandres kompetanse, ved å engasjere seg i hverandres ideer, tanker og forslag, og ta dem opp til ettertanke. Her ligger grunnsteinen i gjensidig anerkjennelse av hverandres kunnskap.

Det asymmetriske forholdet mellom fagutøver og bruker, vil alltid være preget av at fagpersonen har yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter. Det er det som gjør at brukeren er i en relasjon til fagutøveren, og vil være en premiss for samhandlingen mellom dem. Dette er en strukturelt betinget ulikhet, som den enkelte profesjonsutøver kan forsterke eller svekke ved sin måte å opptre på som person i møte med brukeren. En ulikeverdig relasjon er preget av dominans og kontroll fra profesjonsutøverens side, der han bestemmer både relasjonens form og samhandlingens innhold. En likeverdig relasjon er å avgjøre slike spørsmål sammen med dem det gjelder (Skau 1998:37).

For å avgjøre slike spørsmål sammen, må en bruke et språk som begge parter forstår. Det gjør oss i stand til å ta del i hverandres opplevelser og erfaringer. Innenfor sykehusmiljøet finnes det to typer språk, som fagspråk og hverdagsspråk. Hvordan en kan bruke disse to språktypene, har informantene gitt noen beskrivelser av.

### **Språket som inkluderer eller ekskluderer**

*”Ordene må gi tankene og ettertanken greiner å klatre i”*  
(Vedvik ref. i Schei og Guldbrandsen red. 2000:114).

Intervjuer: *Jeg vil gjerne informere deg litt om mitt prosjekt. Det handler om rehabilitering og brukervedvirkning. Pause. Er du kjent med ordet brukervedvirkning?*

Bruker: *Nei.*

Intervjuer: *Brukermedvirkning handler om vi som helsepersonell klarer å lytte til dine behov.*

Bruker: *Åja. Men det pleier å gå greit her.*

Intervjuer: *Å, også når du og ergoterapeuten samhandler? Pause.*

Bruker: *Samhandler?*

Intervjuer: *Ja, når dere samarbeider om å finne løsninger på ulike problem.*

I mitt feltarbeid ble jeg meget overrasket over at jeg brukte ord som brukerne ikke kjente. Jeg så på deres ansiktsuttrykk, den ikkeverbale kommunikasjonen, at jeg hadde sagt noe som de ikke helt forstod. Kommunikasjonen mellom oss ble brutt. Vi snakket ikke lenger på samme

”kanal”, eller i samme kode og det oppstod en pause. Jeg stod og lurte på hvilke ord jeg kunne bruke, slik at de kunne forstå det jeg ville si. Opplevelsen min stemmer godt overens med det som Rommetveit sier (1972:33): *”Kommunikasjonsintensjonen opplever me då innanfrå kanskje først og fremst når me kjem til kort. Når me les i den andres andlet at han ikkje forstår, når me famlar fåfengt etter dei rette orda, då opplever me ein diskrepans mellom den intenderte budskapet og det som me maktar koda inn i vår tale (den sende budskapet)”*.

Etter denne opplevelsen ble jeg svært opptatt av språket som en faktor som kan inkludere eller ekskludere for medvirkning. Jeg ble forundret og overrasket over at jeg hadde brukt ord som de ikke var fortrolige med. Forundret ble jeg, fordi jeg trodde ikke jeg brukte akademiske ord eller faglige uttrykk. Eller er det faglige uttrykk som er så innarbeidet, så automatisert, hos meg som fagperson at jeg tror at de fleste forstår hva jeg mener?

Ergoterapeut: *Ligger du bra? Skulle du lagt på ryggen?*

Solfrid: *Bra? Jeg blir så gal av å ligge slik, men jeg er litt rød bak, så det er best jeg ligger på siden.*

Ergoterapeut: *Rød?? Er du mye rød?*

Solfrid: *Nei, jeg vet ikke, men sykepleierne sa jeg var litt rød.*

Ergoterapeut: *Du ligger på en tempurmadrass.*

Solfrid: *Tempur?? Hva er det?*

Ergoterapeut: *Ja, det er en trykkavlastningsmadrass.*

Fagpersoner kan bli så vant med å faglig ord og uttrykk at de ikke er oppmerksom på at de bruker dem. Ergoterapeuten forklarer her at en tempurmadrass er en trykkavlastningsmadrass.

Her er en annen situasjon som også viser at fagpersoner og bruker ikke har en felles inn- og avkoding. Ergoterapeut og fysioterapeut er på rommet til Solfrid og trener med henne. Solfrid ligger i sengen. Ergoterapeuten og fysioterapeuten står på hver sin side av sengen. De gjør ulike passive øvelser med henne, samtidig som de snakker med hverandre.

Ergoterapeut: *Håndleddet skal flektene og ekstendere. Håndleddet radialroterer, og det bør det ikke. Det betyr at manualvektene er for tunge.*

Solfrid har en skade mellom Cervikalvirvlene og Thoracalvirvlene, en skade mellom C8 og TH1.

Fysioterapeut: *Er det inkomplett eller komplett skade?*

Ergoterapeut: *Hun har en inkomplett skade.*

Fysioterapeut: *Hun har spasmer.*

Solfrid: *Ja, dette forstår jeg mye av, jenter. Jeg blir klok av det dere snakker om nå. Latter.*

Ergoterapeut: *Ja, det har du helt rett i. Nå skal jeg prøve å forklare det med andre ord. Prøv og bøy og strekk håndleddet rett fram og tilbake. Du dreier håndleddet for mye. Når du dreier håndleddet bruker du andre muskler enn det du skal. Kanskje manualen er for tung for deg, slik at du konsentrerer deg om å holde manualen istedenfor å bruke kreftene på å bøye og strekke. Vi kan prøve en lettere manual. Du har en skade som sitter mellom halsvirvlene, de har vi 8 stykker av, og brystvirvlene, de har vi 12 stykker av. Din skade sitter mellom den 8. halsvirvelen og den 1. brystvirvelen. Du har en inkomplett skade, det vil si at ikke alle nervetrådene er skadet.*

Solfrid bruker humoren og latteren for å si at dette er et språk som terapeutene ikke kan bruke dersom hun også skal inkluderes i relasjonen. Når fagpersonene snakker sammen på fagspråket, snakker de bokstavelig talt ”over hodet ”på henne. Det skaper avstand mellom dem, og brukeren blir ekskludert fra kommunikasjonen. Kommunikasjon er sosiale handlinger, der en deler, meddeler, gjør noe kjent eller gjør noe felles.

*Ergoterapeuten: Kan du ta opp hjertebrettet litt, så kan vi se på noen kataloger med bilder av rullestoler? Det er best du medvirker i uttak av rullestol, så ikke du liker en hvit stol, og jeg en annen farge.*

Solfrid: *Ja, det er sant.*

*Ergoterapeuten: Jeg har tenkt at du må ha en aktiv stol, en som ikke ser så klumpete ut. Du må sikkert ha to stoler å bytte på. Noen stoler har kryssramme.*

Solfrid: *Hva er kryssramme?*

*Ergoterapeuten viser med hendene hvordan rammeverket krysses under stolsete.*

*Ergoterapeuten: Kryssramme er lett å legge sammen, men den kan være mer ustabil.*

*Stoler med fastramme er mer stabil, og ryggen kan felles ned når den skal legges sammen.*

Solfrid: *Hva er fastramme?*

*Ergoterapeut: Rammen er hel og kan ikke legges sammen, men ryggen kan felles ned over stolsete når du skal ha den inn i bil.*

Solfrid: *Den ser jo litt fancy ut, ser bra ut.*

Når ergoterapeuten bruker ord som Solfrid ikke forstår, er hun trygg i denne situasjonen og tør å stille spørsmål ved ord som er ukjent for henne. Kryssramme og fastramme er gjerne ord som er automatisert for en fagperson som arbeider daglig med rullestoler. For en bruker som ikke har vært opptatt av rullestoler tidligere i livet, er dette fremmede ord. Det er ord som hører til i ”rullestolskoden”. Det er faguttrykk innenfor dette produktet, slik kokken kan snakke om ”å trimme kjøttet”. Men Solfrid kan få mulighet til å lære seg nye ord om tekniske hjelpemidler av ergoterapeuten. Slik utvikles det felles språket. Sammen kan en finne vanskelighetsgraden på språket. Det språkskapende samspillet gjør det mulig å kommunisere, og sette ord på de utfordringene en arbeider med i problemløsningsprosessen.

*Øystein: Det er ikke nødvendig med faguttrykk. Jeg har ikke greie på faguttrykk, så. Da får en ikke greie på hva en prater om i det hele, hvis en skal høre på disse faguttrykkene.*

Innenfor ulike yrkesgrupper er det ulike ord som anvendes. Kokken bruker andre ord enn ergoterapeuten og annet helsepersonell. En kan "kodespråket" innenfor det yrkesfeltet en er kjent med. Helsevesenet har sitt kodespråk, som i stor grad er et vitenskapelig språk. Det kan gi prestisje og innflytelse. Øystein kan ikke ta del i det vitenskapelige "kodespråket", da han ikke er kjent med denne koden. Hans kode tilhører en annen yrkeskultur. Når helsefagpersoner bruker fagspråket, har han ingen forutsetninger for å forstå det som sies. Slik kan han miste informasjon som er viktig, samt at han ikke har noen muligheter til å komme med noen respons tilbake.

## Drøfting

Når en sender et budskap, har en til intensjon å gjøre noe kjent for mottakeren. Skal mottakeren kunne ta del i budskapet, må han kunne avkode senderens budskap. Budskapet må kodes inn slik at mottakeren har muligheter for å avkode det (Rommetveit 1972:31). Rommetveit sier (1972:33) "...inn og avkoding på eit vis er spegelbilette av kvarandre". Når jeg leste i brukernes ansikt at han ikke forstod mine ord, hadde jeg ikke klart å få samsvar mellom innkoding og avkoding. Mitt intenderte budskap, det jeg ville gjøre kjent, klarte ikke brukerne å kode av. Når brukeren ikke kunne avkode mine ord, kunne han heller ikke forstå hva mitt prosjekt skulle handle om. I en læringsituasjon som ergoterapeut og bruker samarbeider om, kan forståelse og mening vokse og gro dersom innkoding og avkoding langt på veg avspeiler hverandre.

Språket har to hovedfunksjoner. Den ene funksjonen er at det er et middel til kommunikasjon. Med språket uttrykker vi erfaringer, tanker og følelser. Vi deler kunnskap og erfaringer med andre. Språket gir oss mulighet til å ha et bevisst forhold til oss selv og andre. Det gjør en i stand til å ta del i andres opplevelser og meninger. Erfaringer kan bli felles. Språket knytter oss sammen i sosiale fellesskap. I en relasjon der begge parter skal medvirke i utveksling av meninger, er et språk som knytter en sammen og inkluderer hverandre viktig (Thornquist 1998:47/Rommetveit 1972).

Den andre funksjonen er at vi bruker språket til å ordne erfaringer og styre tanken. Når vi lærer språket, lærer vi samtidig å sette navn på ting, handlinger, følelser og abstrakte begrep. Vi ordner kaoset av sanse- og følelsesinntrykk ved å sette navn på dem. ”Gjennom språket lærer vi hvordan vi skal oppfatte verden og alt som er i den. Med språket beskriver, kategoriserer, sorterer og klassifiserer vi fenomener på bestemte måter” (Thornquist 1998:47).

Språket kan ikke skilles fra den virkelighetsforståelse som en person har, den kulturen han er en del av. Den språklig-kulturelle verden er alltid med i møte med ulike fenomener. En nærmer seg det en vil forstå med en viss forforståelse, som gjør det mulig å plassere fenomenet som en del innenfor en større helhet. Bestemte tenkemåter, verdier og holdninger ligger innebygd i språket (Thornquist 1998:50). Slik blir ergoterapeuten gjennom sin utdanning og yrkeserfaring sosialisert inn i yrkets perspektiver og måter å tenke på. Hun sosialiseres inn i både et fagspråk med latinske ord og uttrykk, og et hverdagspråk. Det er en utfordring for fagpersonen å se og bli bevisst hvordan ordene blir brukt og hvilken funksjon de har. Eli Glomnes sier ”Å kunne et språk.....er å vite når det passer å si hva på hvilken måte. Å kunne språk er å kunne samhandle, skape en tilstand av innforståthet. Hvert enkelt språkspill krever derfor en varhet og tilpassing der deltakerne gir tegna funksjon og verdi” (Glomnes 1991:110).

Fagspråket eller det tekniske språkets presisjonsnivå, kan være nødvendig for å dissekere kroppens celler og molekyler, men det kan ikke si oss mye om det å leve som menneske. Å leve som et menneske som har for eksempel følelser, kunnskap og erfaring. Dette uttrykkes best gjennom hverdagspråket (Schei og Gulbrandsen red. 2000).

Fagspråket hjelper oss ikke i mellommenneskelige relasjoner, der brukeren er i en livskrise og skal samarbeide for å lære seg å mestre en ny livssituasjon på sine premisser.

Hverdagspråket som er kjent for alle parter, gjør det mulig å få innsikt i og ta del i hverandres opplevelser, holdninger og meninger. Brukermedvirkning betyr at alle må forstå det som blir sagt, ellers brytes dialogen. Ved å bruke hverdagspråket må hjelperne uoppfordret avstå fra å være den som vet best, og være den som styrer samtalen i en retning.

Psykolog og språkforsker Ragnar Rommetveit sier: ”Komplementariteten mellom sending og mottaking...gir seg til kjenne i at dei to som tek del i kommunikasjonshandlinga på eit vis er



*føresetnader for kvarandre. Dei er to instansar som utfyller kvarandre og berre i lag kan få i stand ei fullstendig kommunikasjonsakt*” (Rommetveit 1972:33). Dette vektlegger det relasjonelle aspektet, og er i overensstemmelse med Bakhtins syn på språk som toveiskommunikasjon. Han angriper dem som ser på språk som ”en ensidig handling” og forståelse som et resultat av passiv lytting. Han sier: ”...Faktum er at når lytteren oppfatter og forstår mening, tar han samtidig en aktiv, responderende holdning til det som blir sagt. Han er enten enig eller uenig (fullstendig eller delvis), han utvider det, bruker det, forbereder seg på å gjøre nytte av det,... selv om graden av denne aktiviteten varierer ” (Bakhtin 1986:68/Dysthe 1995:69).

Eline Thornquist skriver i sin doktorgradsoppgave (1998) at språket er en viktig faktor for hvordan makten i en relasjon utøves. Fagspråket kan skjule fagpersonens egen usikkerhet, manglende mellommenneskelige intelligens, innsikt og omtanke. Det gir ikke mye rom for ydmykhet og empati, forebygging av hovmod eller allmakt som ligger på lur når fagpersoner og bruker møtes i en sykehusavdeling. Ved å bruke fagspråket kan hjelperen ubevist eller bevisst komme i en paternalistisk fallgrube, der brukermedvirkning har dårlige kår.

### **Brukermedvirkningens fallgruber**

Torgeir skal prøve ut ny rullestol, som har manuell fremdrift og en hjelpemotor som tar 60 % av fremdriften. Ergoterapeut og forhandler hjelper Torgeir med å forflytte seg fra sin stol til utprøvningsstolen.

Forhandler: *Hva synes du om denne stolen?*

Torgeir: *Jeg sitter rettere i ryggen i denne enn i min stol.*

Forhandler: *Er bredden Ok?*

Torgeir: *Bredden er ok, men hvor mye plass skal det være på sidene? Ser på ergoterapeut.*

Ergoterapeut: *Minst mulig, men nok til at du får plass til en ytterjakke.*

Torgeir: *Hvor mye kan sete vinkles bakover for å få bedre stabilitet? Jeg sitter og vagler. Det er som å sitte på en eske.*

Forhandler: *Det kan spesialbestilles etter dine behov.*

Torgeir: *Jeg har behov for kjørehåndtak, jeg trenger dem som støtte, tar armene bak håndtaket når jeg snur meg og kan sånn holde balansen. Er det mulig å få teleskopprør på ryggrørene?*

Forhandler: *Det er mulig, Men hvorfor har du bruk for det?*

Torgeir: *Jo, det må jeg ha.*

Forhandler: *Du kan få prøve det ut, og se om det er nødvendig.*

Torgeir: *Stolen er ikke fin, den kunne vært mer strømlinjeformet.*

Ergoterapeut: *Legglengden må måles, den er ikke riktig.*

Torgeir: *Hva skjer med forsikringen dersom jeg flytter motoren over på en annen stol?*

Forhandler: *Ingen kan vel hindre deg i å gjøre det..*

Torgeir: *Denne stolen er nesten som et leketøy. Det er så lett å rulle den med hjelpemotor.*

Forhandler: *Hvor viktig er det for Torgeir at han får rett setevinkel?*

Ergoterapeut: *Det må du spørre Torgeir om.*

Torgeir: *Jeg må prøve det ut.*

Forhandler: *Vi tenger noen ukers tilpasningstid. Men du skal ikke være redd for at vi ikke får det til, vi har hatt vanskeligere saker enn dette.*

Ergoterapeut: *Jeg skal ordne med søknad til Trygden og at dere (forhandler) får et rekvisisjonsnummer fra Hjelpemiddelsentralen.*

Intervjuer: *Hvorfor har du behov for denne stolen?*

Torgeir: *Jeg vil ha denne isteden for en elektrisk rullestol. De ser så stor og klumpete ut. Helt jævlige, spør du meg. Nei, en sånn vil jeg ikke ha. Men jeg klarer meg ikke bare med manuell stol. Jeg kommer meg ikke opp bakkene. Da er denne et godt alternativ. Men jeg er ikke helt fornøyd med den heller, derfor trikser og mikser jeg litt.*

Torgeir flytter deler fra en stol til en annen stol, slik at han får et produkt som er skreddersydd til egne behov, og har en design som han er fornøyd med.

Intervjuer: *De får det til her på ergoterapiavdelingen.*

Torgeir: *Ja, her arbeider de slik en ergoterapeut skal gjøre.*

Intervjuer: *Hva mener du med det?*

Torgeir: *Hun lytter til meg som vet hvordan jeg vil ha det. Jeg må sees på som en kunde som ønsker å få utført en tjeneste eller tilpasning.*

*Ergoterapeut og forhandlere må lytte til brukerens ønsker og behov. De må være innstilt på å gjøre som brukeren vil. I dag er alt mulig å få til teknisk sett. De må forstå våres behov og hva vi synes er kuult og ikke. Vi vil jo ikke se ut som fossiler heller. De må lytte til våre ønsker. De må være på bølgelengde med bruker.*

Torgeir mener ergoterapeut og forhandler må være innstilt på å gjøre slik som han vil. Da er det ikke lenger et samspill, der en er åpen for hverandres synspunkter. Brukermedvirkning er å lytte til brukerens synspunkter. Ergoterapeuten må respektere at brukeren er opptatt av hjelpemidlets funksjon og design. Men brukeren må også være åpen for å lytte til fagpersoners spørsmål, kunnskap og erfaringer. I relasjonen ligger det et ansvar hos begge parter om å utveksle og lytte til hverandres synspunkter og meninger. Gjensidigheten ligger i at en anerkjenner hverandres synspunkter. Begge parter må oppleve at deres mening har verdi, og at en kan påvirke prosessen fordi en har noe å bidra med. En kommer ikke alltid frem til enighet, selv om en lytter til hverandre, men begge parter har fått mulighet til å fremme sine synspunkter.

*”Fagpersoner skal ikke bli kelnere som skal servere brukerne de lekreste retter”* (Ørstavik 1995:20). Brukermedvirkning er ikke ensbetydende med brukertilfredshet.

Brukermedvirkning vil ikke si å tilfredsstille brukerne for enhver pris. Tilfredshet er et subjektivt begrep, og sier lite om samspillet mellom to personer.

*Ergoterapeut: Du har behov for en toalettforhøyer, en dusjkrakk og håndtak.*

*Olav: Nei, det vil jeg ikke ha, jeg vil ikke montere håndtak på veggen hvis jeg skal selge leiligheten.*

*Ergoterapeut: Men da kan det tas vekk. Det er bedre det enn å falle.*

Ergoterapeuten bestemmer hvilke behov Olav har for hjelpemidler. Hun og Olav har ulike perspektiv på behovet for hjelpemidlene. Olav er mest opptatt av han skal selge leiligheten og vil ikke ha noe verdiforringelse av den. Ergoterapeuten er opptatt av Olavs sikkerhet og trygghet i forflytningssituasjoner.

*Olav: Jeg har bruk for et trillebord.*

*Ergoterapeut: Hva skal du bruke det til?*

*Olav: Jeg skal ha det her ved stolen.*

*Ergoterapeut: Det får vi vurdere senere når vi er tilbake på sykehuset.*

*Fysioterapeut: Kanskje du heller kan få et brett på rullatoren din?*

Etter Folketrygdens regler kan ikke Olav få økonomisk støtte til et trillebord som skal stå permanent ved hvilestolen. Et trillebord er egnet for forflytning av ulike små gjenstander fra rom til rom eller innad i et rom, for personer som av en eller annen årsak ikke klarer å gå med for eksempel en kopp, eller en kaffekanne, i hånden. Et brett på rullatoren, vil slik fysioterapeuten foreslår, gjøre samme nytte som et trillebord. Men det er ikke til å forflytte gjenstander Olav skal bruke trillebordet til. Ergoterapeuten forstår det, men unngår problemstillingen ved å svare at det får en vurdere senere. Hun unngår en årsaksforklaring på hvorfor hun ikke kan søke på trillebordet. Det kan være flere grunner til at hun gjør det, og en grunn kan være at hun aner en konflikt dersom hun tar denne problematikken opp til diskusjon.

*Ergoterapeut: Nå er det bra med ”brødbaking”. Nå kan jeg ta vekk boksen med varmesand.*

*Olav: Ja vel, det er du som er sjefen.*

*Ergoterapeut: Er det?*

*Olav: Å, ja, her er det du som bestemmer over meg. Jeg gjør som du sier.*

Olav har med seg en kultur, en tradisjon som tilsier at fagpersoner er de som vet best hvordan og hvilken behandling eller terapi som kan ha effekt.

Ergoterapeut: *Brukermedvirkning er å lytte, høre og være i situasjonen. Brukermedvirkning er avlæring og nylæring hos både fagpersoner og bruker. Mange brukere av helsevesenet forventer at fagpersonen vet hvilket tiltak som er best. For å oppnå reell brukermedvirkning er det ikke bare fagpersoner som må lære seg å jobbe på en ny måte. Brukeren må og kvitte seg med sin underlegne rolle.*

Avlæring hos fagperson og bruker kan være at det er ikke helsepersonell som skal definere hvilke problemer brukeren har. Brukerens synspunkter skal være viktige premisser i utforming av tiltak. Det er hva brukeren ønsker råd og veiledning om som er styrende i samarbeidet. Det er ikke bare fagpersonen som må lære seg å jobbe på en ny måte. Brukeren må kvitte seg med sin gamle og underlegne rolle, og lære seg en ny rolle som aktiv medspiller i sin egen rehabiliteringsprosess.

## Drøfting

Er det enkelt å lære seg å bestemme over sin egen forandringsprosess? Er voksne mennesker i stand til å forandre seg når det gjelder hvem som skal bestemme over en når en er innlagt på sykehus? Rolf Nygård har i mange år arbeidet med menneskers selvforståelse. Han sier det er en kjensgjerning at det ”er betydelige forskjeller mellom oss når det gjelder i hvilken grad vi opplever oss selv som frie, aktivt handlende mennesker eller som brikker som er ofre for vær og vind” (Nygård 1993:21). I følge Nygård kan vi velge om vi vil betrakte oss selv som handlende subjekter i egen livshistorie, eller som objekter, som ”brikker i et spill”. De ulike valgene får ulike konsekvenser for den enkelte og for forholdet mellom mennesker. En konsekvens er hvilket ansvar en tar for egen utvikling i rehabiliteringsprosessen. Det mennesket som ser på seg selv som en aktør, vil på en helt annen måte ha mulighet til å forme og prege sitt eget livsløp. Nygård konkluderer med at det er mulig å redefinere seg selv i forhold til den selvforståelsen en har (Nygård 1993:40).

Torgeir sier ergoterapeut og forhandler må lytte til hans behov, og at han er opptatt av at hjelpemiddelet ser *kuult* ut, da han ikke ønsker å se ut som en fossil. Hjelpemidler er ikke bare praktiske ting som skal avhjelpe funksjonshemmingen, men de er også *symbolbærere* (Rønning og Solheim 1998:162). De påvirker ikke bare den fysiske funksjonsevnen, men også

sosiale roller og brukerens selvforståelse. Som fagperson må en også drøfte disse sidene med brukeren når hjelpemidler skal velges ut.

Torgeir og andre brukere skal tørre og si sine meninger om situasjoner som kan være vanskelige. Det kan oppleves både som et håpefullt prosjekt og som en risikofylt innsats. Når en tar sjansen på å dele det en tenker og føler, er bestandig muligheten for å bli misforstått, avvist, oversett eller invadert av den andre tilstede. Dette gjelder også for de forslagene som fagpersonen kommer med. Denne måten å forstå en relasjon på, må skape respekt for hva en våger å dele med hverandre, både fra brukerens og fagpersonens side (Dalland 1999:76). Det er en prosess som utvikles i samspillet mellom deltakerne.

Troen på fagpersonen som den som vet best hva som er best for brukeren, er et uttrykk for gamle autoritære, paternalistiske holdninger. Her tillegges ikke brukerens erfaringer og meninger særlig verdi. Fagpersonen stiller både spørsmålene og finner svarene selv. En tar bestemmelsen fra den andre, og gjør dermed et overgrep eller setter seg i en formynderrolle. En engasjerer seg ikke i brukerens behov og ønsker, men det blir ideologien som blir styrende for samhandlingen (Martinsen 1990:87). Det er flere og flere innenfor helsefaglige yrker, som stiller seg kritisk til den gamle rollemakten. Å anerkjenne hverandres kunnskaper, der vi alle er underveis og har mye igjen å lære, også som yrkesutøvere, er et syn som står i motsetning til eksperten som har svar på alle spørsmålene. Formynderi fører til at brukeren blir passivisert, og brukermedvirkning hemmes. For å fremme medvirkning må begge parter være aktive.

Ettergivenhet som fører til unnlattelsessynden har grunnlag i et individualistisk menneskesyn, der menneskets autonomi verdsettes. En er ikke i samhandling med andre, men kan klare seg selv. En inngår ikke i hverandres verden, med en begrunnelse om at en har respekt for den andres uavhengighet (Martinsen 1990:87). En blir likegyldig for hverandre, men begrunner dette med at en har aktelse for den andre persons integritet. Da blir engasjementet for brukeren borte, og en unnlater å komme med sine synspunkter, eller gi sine råd, på en problemstilling.

En svak form for paternalisme er både akseptabelt og nødvendig i omsorgsykker, sier Kari Martinsen (1990:92). Å være en profesjonell helsearbeider kan innebære at det finnes situasjoner der en viss kontroll over andre og ansvarsovertakelse er på sin plass. En slik

situasjon kan for eksempel være i den tidlige fasen etter en ryggmargsskade, da både Lars og Sara sier ergoterapeuten må ta mest ansvar. Dersom ergoterapeuten ikke gjør det, er det etter min mening, ansvarsfraskrivelse. Men makten må brukes med sensitivitet, og på en slik måte at begge parter blir deltakere ut fra sin forutsetninger.

Torgeir ønsker å bli behandlet og sett på som en kunde. Begrepet kunde kan settes i sammenheng med en forståelse av at offentlige organers oppgave er å produsere tjenester og serviceytelser som brukerne vil ha. Kunde er et begrep som er nært forbundet med kjøp og salg, og kunden må betale for den tjenesten han får tilgang på. Det er ikke et begrep som er vanlig innenfor ergoterapitjenesten, da en ikke må betale for denne tjenesten. Kundebegrepet er gjerne forbundet med servicebegrepet, der kunden alltid har rett. Det kan underkjenne fagpersonens faglige kompetanse og ansvar, og en kan komme i unnlåtelsessynden, som Kari Martinsen snakker om.

I vår tid der begreper som "på brukerens premisser", "på eget ansvar" og "selvbestemmelse" framstilles i helsevesenet i idealiserende vendinger, kan en spørre seg hva en legger i begrepene. Dersom det betyr at brukeren skal få sine krav oppfylt, selv om ergoterapeuten er faglig uenig, underkjennes ergoterapeutens faglige kompetanse og ansvar. Da kan vi komme i den motsatte grøften av paternalisme – til "vi-gjør-alt-for-deg"- grøften, eller unnlåtelsessynden. Denne faren kan være tilstede dersom ergoterapeuten skal følge Torgeirs ønske om å behandle ham som en kunde. I et kundeforhold er ikke felleskap, deling av kunnskaper og medansvar nødvendigvis det mest sentrale. Det er mer sentralt at kunden får det slik han vil ha det. Han som er tjenesteyter handler etter hans "bestilling". Når Torgeir prøver ut rullestol, sier forhandler: *"Men du skal ikke være redd for at vi ikke får det til, vi har hatt vanskeligere saker enn dette"*. Forhandler vil gjerne selge varen sin, fordi han er serviceinnstilt, skal ha økonomiske inntekter og han er i et konkurranseforhold til andre forhandlere. Jeg mener at ergoterapeuten også skal være serviceinnstilt, men ikke selge en "vare" der konsumentprisnippene er de rådende. Ergoterapeuten må være i det som Kari Martinsen (1990:86) betegner som "Omsorgens dilemma mellom unnlåtelsessynder og formynderi". Terapeuten må ta skjønnsmessige vurderinger ved å overveie handlingsalternativer slik at det gagnar brukeren best mulig.

Som fagperson mener jeg det også er brukermedvirkning når en spør etter begrunnelser for de valg brukeren gjør, slik forhandler gjør når Torgeir sier han må ha teleskopprør på ryggrorene

på rullestolen. Når Torgeir svarer at det må han ha, er ikke det begrunnelser og argumenter som en kan ta opp til diskusjon og meningsutveksling. Brukermedvirkning presentert utelukkende som selvbestemmelse, kommer i konflikt med både omsorgsperspektiv og fellesskapets interesser.

Rønning og Solheim (1998:162-163) sier det blir meningsløst å påstå at brukeren alltid skal ha rett til å bestemme. Det vil være å ignorere all faglig kompetanse. Det er åpenbart at i mange tilfeller har vi som pasienter ikke nok innsikt i hva som feiler oss, eller hva som vil være det beste for fremtiden. Rønning og Solheim sier videre at *"mange er villige til å akseptere at legene har en innsikt vi bør lytte til, antakelig færre når det gjelder sosialarbeiderne"* (1998:163). Det er kompliserende at faglig innsikt, normative vurderinger og egeninteresser er vevd sammen i de faglige anbefalingene. Fagpersoner kan således vurdere saker ulikt på grunn av ulike normative vurderinger.

Ergoterapeuten kan komme i dilemmaer der brukeren ikke ønsker hjelpemidler som hun anbefaler, slik vi ser i eksempelet med Olav som ikke vil montere håndtak på veggen fordi det kan føre til verdiforringelse av leiligheten. Det kan en som fagperson forstå, men en har også et ansvar for å ivareta sikkerheten til brukeren. Skal ergoterapeuten i denne situasjonen ta formynderrollen eller unnlate å gjøre noe? Hong et al. (2000:317) sier at dersom brukeren har rett til å ta ansvar og beslutninger om egne behov og ønsker, har han også rett til å ta valg som kan innebære en risiko. Ergoterapeuten må forsikre seg om at den nødvendige informasjon for hva valget innebærer er gitt og at brukeren har forstått den. Dette må dokumenteres. Det understrekes imidlertid at dette må overveies nøye, men det er et vanskelig dilemma for en kan som fagperson både overvurdere og undervurdere brukerens innsikt i egen situasjon.

I den nye Helsepersonelloven (2000) poengteres brukerens rettighet til å medvirke, men *"likevel ikke under noen omstendighet vil frita helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienten"*.

En "jeg-gjør-alt-for-deg" holdning kan være en holdning en fagperson har for å unngå konflikt med brukeren. Sortland og Einarsen (ref. Einarsen og Skogstad 2000: 139-140) sier at konflikt oppstår i det øyeblikk en person opplever at en annen part hindrer en i å nå sine mål, eller i det øyeblikket en person føler seg frustrert (redsel, sinne, følelse av avvisning). Mange mennesker opplever konflikter som noe negativt, nærmest som motstykke til det gode

samarbeid. En ser på konflikter som et avvik og en feil som bør unngås eller søkes korrigeret. Men konflikter kan like gjerne ses på som en kilde til nytenkning, kreativitet, læring, utvikling og samarbeid. Det er ikke destruktivt at mange ulike og gjerne motstridende stemmer blir hørt. *”Konflikter i form av saksorienterte debatter i en atmosfære fri for prestisje og dype personlige uoverensstemmelser er positive, mens konflikter i form av personlige motsetninger, intriger og maktkamper virker lammende.....på de involverte parter”* (Sortland og Einarsen ref. Einarsen og Skogstad 2000:140). Når ergoterapeuten ikke kan gi faglige begrunnelser på søknad om ulike tekniske hjelpemidler som brukeren gjerne vil ha, bør hun ikke være engstelig for å gå inn i konflikter som har en saksorientert meningsutveksling.

Sortland og Einarsen (ref. Einarsen og Skogstad 2000:140-145) er opptatt av hva partene gjør med konflikten og hverandre. Det kaller de for konflikthåndtering, som kan være å overse, aktivt undertrykke, overdrive eller forsøke å løse problemet konstruktivt. Einarsen og Sortland sier videre at i praksis er de fleste av oss mer opptatt av å vinne enn av å lære, vi er mer opptatt av å beskytte oss selv (ikke miste anseelse, makt eller posisjon) enn av å utvikle oss selv. Vi er mer opptatt av å få rett enn av å samarbeide. Det resulterer i en kommunikasjon som er preget av tvetydige budskap, dekkoperasjoner og rivalisering. Eller en unngår å kommunisere om vanskelige og konfliktfylte forhold. For å beskytte oss selv, eller unngå konflikt, kan det føre til at ergoterapeuter skriver søknader på tekniske hjelpemidler som brukerne mener han har behov for, men som ergoterapeuten ikke har faglige begrunnelser for. Jeg mener det svekker tilliten til ergoterapeuter som faggruppe, fra brukeren og samfunnet for øvrig. Brytningen mellom faglighet og den enkeltes forståelse berører selve grensdragningen mellom brukeren og systemet. Her kan det være et dilemma for ergoterapeuten som skal ivareta brukermedvirkning og samtidig ivareta Folketrygdens lovverk. Loven sier en kan søke på det hjelpemidlet som er hensiktsmessig, nødvendig og til lavest mulig kostnadsnivå. Når Torgeir tar deler fra en stol som skal brukes på en annen, må en som fagperson vurdere om det medfører ekstra kostnader. Søknad om refusjon av ekstra kostnader, må vurderes om er nødvendig ut fra faglige hensyn. Dersom ergoterapeuten ikke har faglige begrunnelser for sin søknad, mener jeg det er uetisk ovenfor Trygdeverket og samfunnet generelt å skrive under på søknaden som brukeren sender til Trygdekontoret om dekning av utgifter. Som fagperson har ergoterapeuten et ansvar for å si nei til slike søknader. Ergoterapeuten kan også komme i det motsatte dilemma, der Folketrygdens generelle regler ikke tilfredsstillende brukerens behov for



ulike hjelpemidler. Den faglige begrunnelsen bør da være avgjørende for om ergoterapeuten skriver under på en søknad som kan bidra til at brukeren likevel får den innvilget.

Det viser seg at i en konfliktsituasjon handler en ofte ut fra et annet sett med verdier enn det en selv hevder en handler ut fra. *"Uttrykte-verdier"* er de verdier, holdninger og antakelser som vi oppgir at vi handler ut fra, og som vi selv hevder styrer våre handlinger (Einarsen og Sortland ref. Einarsen og Skogstad 2000:140-145). Et eksempel på en slik uttrykt verdi er at ergoterapeuter har plikt til å ivareta klientens rett til selvbestemmelse og medbestemmelse. Det innebærer at brukerens syn på situasjonen, ønsker og muligheter skal være styrende for utformingen av behandlingstilbudet.

*"Bruksverdier"* er på den andre side de verdier, holdninger og antakelser som i virkeligheten styrer vår atferd. De er så integrert i vår personlighet, at vi sjelden er klar over hvilket menneskesyn og hvilken virkelighetsforståelse vi faktisk har. Når ergoterapeuten sier Olav har behov for en toalettforhøyer, en dusjkrakk og et håndtak, er bruksverdien en helt annen enn den uttrykte verdien om brukerens selv- og medbestemmelse. *"Vi gjør altså noe annet i praksis enn det vi gir uttrykk for (og tror) at vi gjør"* (Einarsen og Sortland ref. Einarsen og Skogstad 2000:146). Når Olav imidlertid sier det er ergoterapeuten som er sjefen, stiller hun spørsmål ved det, noe som skulle samsvare med hennes uttrykte verdi. Det viser hvor vanskelig det er å være konsekvent i uttrykte verdier og bruksverdier. Disse verdiene er sentrale i forhold til å fremme eller hemme brukervedvirkning.

I en kommunikasjonsstil av problemløsende art, vil aktørene fokusere mer på bakgrunnen for sine slutninger, og ikke bare formidle slutningene. En må konkretisere sine argumenter, og være nysgjerrig og stille spørsmål i forhold til den andre parts argumenter. Det er ved å gi andre innsyn i sine egne resonneringer at de kan ta stilling til ens standpunkter. Men studier viser at denne kommunikasjonsstilen er vanskelig, fordi vi har innarbeid en stil der konklusjonene presenteres og ikke hvordan vi når frem til dem (Einarsen og Sortland ref. Einarsen og Skogstad 2000:161). Den problemløsende stilen er imidlertid læringsorientert. Den lærer oss om hverandres argumenter og resonneringer, hva som ligger til grunn for enighet så vel som uenighet, eller hvordan en skal forholde seg til fortsatt uenighet. *"Læringen relaterer seg direkte til innholdet i saken som diskuteres; vi lærer hva som er den beste løsning ut fra all den tilgjengelige informasjon vi sammen besitter"* (Einarsen og Sortland ref. Einarsen og Skogstad 2000:163). Denne stilen kjennetegnes ved at en

argumenterer sterkt for sitt eget syn, samtidig som andre kan få muligheter til å finne mangler ved ens eget syn. En undersøker den andre parts syn, slik at en kan forstå grunnlaget for det.

All kommunikasjon formidler noe om hvilket forhold partene har til hverandre, om likeverd, eller om over/under-ordning, om samhold eller strid, om makt eller solidaritet. Hvor stor innvirkning hver av partene har på kommunikasjonen, er aspekt ved all kommunikasjon mellom mennesker (Fuglestad 1993:163). Relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren kan bli en ovenfra-og-ned relasjon. Den profesjonelle har kunnskap som brukerne trenger, slik er relasjonen allerede i utgangspunktet rangordnet. Men grunnlaget for kontakten er det området bruker behersker.

Brukermedvirkning fører til at helsepersonell står ovenfor mange og nye utfordringer i møte med pasienten eller brukeren. En av dem er å ikke komme i brukermedvirkningens fallgruber; paternalisme eller ”jeg-gjør-alt-for-deg” holdning. Både helsepersonell og bruker må være lydhør for den andre part sitt syn i prosessen, som leder frem mot en beslutning i valg som brukeren må ta i sin rehabiliteringsprosess. I det følgende vil jeg gi noen eksempler på hvordan brukeren får delta og ikke delta i beslutningsprosessen.

### **Å delta i beslutningsprosessen**

Lars har en høy nakkeskade, og er avhengig av ulike tekniske hjelpemidler i dagliglivet. Når han skal dusje på sykehuset, sitter han i en dusjstol. Han får hjelp av pleierne til å dusje. Under oppholdet på sykehuset, planlegger fagpersoner og bruker hva som må tilrettelegges i hans hjem, slik at han kan fortsette å bo sammen med familien sin. En dag skal de prøve ut en dusjstol til bruk hjemme. En representant fra et hjelpemiddelfirma er invitert til å delta på utprøvingen.

Lars: *Skal jeg prøve den samme dusjstolen som er her på avdelingen?*

Ergoterapeut: *Ja, det er det vi har tenkt.*

Lars: *Den er det ikke mye komfort i når jeg sitter, den kan jeg ikke sitte lenge i.*

Forhandler: *Den skal tåle vann og basseng, det begrenser ofte det komfortable. Men det går an å sette ryggband i ryggen. Det kunne gjerne gjøre den bedre å sitte i.*

Lars: *Er det mulig å få en annen nakkestøtte, få mer støtte? En mer komfortabel, den er hard.*

Forhandler: *Da må den lages, men det skulle være mulig.*

Sykepleier: *Når han tipper stolen bakover, får han mye trykk.*

Lars: *Ja, når jeg får fall i blodtrykket, må jeg bakover i stolen.*

Forhandler: *Denne stolen er standard, men noe kan spesiallages, men så mange muligheter finnes det ikke. Kanskje høyere rygg kan hjelpe?*

Lars: *Ja.*

Forhandler: *Men jeg kan ikke garantere at det hjelper.*

Lars: *Men hodestøtten må bli bedre.*

Sykepleier: *Men med høyere rygg, blir gjerne hodestøtten også bedre, du kommer høyere opp med hodet.*

Forhandler: *Ved å forandre trykket blir det annerledes, heving av ryggen pluss ekstra ryggbånd vil sikkert gjøre det bedre. Det er et annet firma som har mange forskjellige hodestøtter, vi kan få prøve ulike typer derfra. Men hvor høy må ryggen være? Det er begrenset mulighet på grunn av tiltfunksjonen. Ryggen kan maks. være 20 cm. høyere. Det er balansen, sikkerheten som må ivaretas.*

Lars synes å være skeptisk til utprøving av en dusjstol til hjemmebruk, som han har fått dårlig erfaring med på sykehuset. Når han spør om det er den han skal prøve ut, svarer ergoterapeuten at det er det *vi* har tenkt. Å ta en beslutning uten at brukeren har *med-virket* i denne beslutningsprosessen, kan ha negativ innvirkning på forholdet mellom fagpersonen og bruker. I dette tilfelle er fortroligheten og samspillet mellom ergoterapeut og Lars så god at han tør å si hva han mener om dusjstolen. Han tør å argumentere mot denne stolen, og komme med sine kritiske synspunkter. Den neste replikken viser at ergoterapeuten er lydhør for hans synspunkter.

*Lars: Han var bare interessert i å selge, og helst slik produktet er.*

*Han var ikke interessert i ombygninger slik at den kan tilfredsstille mine behov. Det kan ikke være så vanskelig å gjøre noe med den dusjstolen. Teknikken i dag er kommet mye lenger enn han ville ha det til. Jeg må få prøve en annen stol.*

Ergoterapeut: *Ja, nå skal vi jo på Hjelpemiddelmesse, kanskje både du og jeg kan se om det er noen bedre alternativer.*

Ergoterapeuten ser på meg og spør: *"Vet du om det finnes noe bedre alternativ?"*

Lars sin uttalelse om at han må få prøve en annen stol, viser at han fremdeles ikke er fornøyd med løsningen som de har kommet frem til. Ergoterapeuten viser respekt for at han har både erfaringer og meninger med dette produktet når hun sier de kan begge to se på Hjelpemiddelmessen etter et bedre produkt. Hun lar ham også få ansvar for selv å delta i denne prosessen med å finne en bedre løsning. Dette medførte at forholdet mellom dem ikke utviklet seg i en negativ retning, men kanskje tvert imot styrket deres forhold.

Ergoterapeut: *Hva synes du om den heisen vi prøvde før helgen?*

Lars: *Nei, den likte jeg ikke.*

Ergoterapeut: *Men kanskje seilet kom for langt opp. Vi kunne prøve å ta det lengre ned. Vi kunne og spørre om forhandler vil være tilstede og hjelpe oss.*

Lars: *Å, jeg får angst av alle disse seilene. Jeg synes det grønne seilet er bedre. Jeg ble sammentrukket i det nye også. Jeg har spurt andre brukere og de sier det samme. De liker det grønne best.*

Ergoterapeut: *Men jeg snakket med en annen ergoterapeut og hun sier det har fungert godt for noen pasienter. Skal vi prøve det en gang til før vi forkaster det?*

Lars: *Det kan vi gjøre.*

I denne situasjonen inviteres Lars til å være med å bestemme om de skal prøve heisen og seilet en gang til. Å bli invitert med som legitim samhandlingspartner gir økt selvtillit og selvforståelse.

Solfrid: *Skal jeg ha en spesiell seng og?*

Ergoterapeut: *Vi må se tiden an. Hva vil du selv?*

Solfrid: *Ja, det kan være slitsomt ved forflytning.*

Ergoterapeut: *Har du behov for hjertebrett?*

Solfrid: *Ja, det er deilig å ha.*

Ergoterapeut: *Vi må vurdere dette mot slutten av oppholdet, det er vanskelig å si på forhånd.*

Ergoterapeuten etterspør Solfrids meninger om å ha en spesialseng, slik at hun er med og bestemmer om det er et hjelpemiddel som kan være til nytte for henne. De skal sammen vurdere om spesialseng er nødvendig på et senere tidspunkt.

Ergoterapeut: *Vi har noen kurver med akvarellmaling nede på ergoterapiavdelingen. Vil du ha den opp på rommet ditt så du har noe å gjøre på i helgen?*

Solfrid: *Jaaa, det kan jeg kanskje.*

Ergoterapeut: *Liker du å spille kort?*

Solfrid: *Ja, kort er gøy.*

Ergoterapeut: *Det er også god trening for finmotorikken, det kunne vært fint om du trente litt i helgen.*

Solfrid: *Ja.*

Ergoterapeuten har faglige argumenter for valg av aktiviteter. Når hun forstår at Solfrid er lite interessert i akvarellmaling, spør hun om hun liker å spille kort. Valg av aktiviteter som kan gi muligheter for trening av finmotorikk, gjøres ikke i felleskap. Her er samarbeidet preget av at en person gir informasjon, og den andre tar imot og føler seg forpliktet til å følge opp. Solfrid deltar ikke aktivt i denne beslutningsprosessen.

Her er en annen situasjon, som også viser at ergoterapeuten velger aktiviteter som hun og Solfrid skal gjøre sammen.

Ergoterapeut reiser seg fra bordet og sier hun vil finne et morsomt spill.

Ergoterapeut: *Har du sett dette før?*

Solfrid: *Nei.*

Ergoterapeut: *Det heter Jenga, og små avlange treklosser er stablet opp på hverandre. Tre klosser er lagt en vei og tre den andre veien slik at de danner et flettemønster eller rutemønster. Her skal du ta ut de som er litt løse.*

Solfrid: *Du liker spill, du.*

Ergoterapeut: *Dette er god finmotorisk trening for deg. Du puffer med pekefingeren en kloss ut og legger den på toppen av haugen. Du kan gjøre det med høyre hånd. Vil du ha bordet nærmer deg?*

Solfrid: *Nei, det er ok.*

De begynner å spille.

Ergoterapeut: *Vi spiller Jenga hele tiden når vi er på tur og det er dårlig vær.* Solfrid konsentrerer seg.

Ergoterapeut: *Jeg tenker du våknet nå.* Hun puffer på en kloss, og det er så vidt ikke hele stabelen raser.

Solfrid: *Å du har mer flaks enn du har lov til.*

De konsentrerer seg begge to, og de smiler mot hverandre når de klarer å få ut en kloss og lagt den på rett sted.

Ergoterapeut: *Nå blir det ikke lett for meg.*

Og der raser hele stabelen. Begge to ler godt.

Solfrid: *Dette var gøy. Tenk at jeg vant over deg.*

Ergoterapeut: *Nå som du har fri i påsken, kommer du til å gjøre noen egne øvelser?*

Solfrid: *Tja, jo, jeg får prøve på det.*

Ergoterapeuten velger i denne situasjonen hvilket spill hun synes er morsomt. Hun velger ut fra sine erfaringer. I replikken ”du liker spill, du”, sier ikke Solfrid at det samme gjør hun.

Ergoterapeuten svarer med at det gir god trening for finmotorikken til Solfrid, men hun gir ikke rom for at Solfrid kan si hva hun mener om spill som aktivitet. Avslutningsvis sier hun at hun synes det var gøy å spille Jenga.

Ergoterapeuten spør Solfrid om hun kommer til å gjøre noe egne øvelser i påsken. Innforstått i dette spørsmålet ligger det en informasjon om at det mener ergoterapeuten er viktig at hun gjør. Solfrids svar kan være et uttrykk for at hun vil tilfredsstillte terapeuten mer enn å tilfredsstillte egne behov.

Ergoterapeut: *Jeg lurte på om du ville være med på aktiviteket og lage påsketulipaner? Det gir god trening for armene og hendene dine.*

Solfrid: *Jo, det er ok det.*

Ergoterapeuten kjører Solfrid i rullestol til aktiviteket.

Ergoterapeut: *Denne runde pappskiven legges på stoffet, så tegner du rundt med kulepenn.*

Solfrid: *Jeg har tegnet opp sirkelen, den ble ikke helt rund.*

Ergoterapeut: *Det gjør ikke noe. Nå kan du klippe den ut med saks. Klarer du det?*

Solfrid: *Det blir vanskelig, men jeg kan prøve.*

Ergoterapeut: *Det er ganske sosialt å være her. Du kan treffe folk og snakke med dem. Du liker jo å snakke.*

Solfrid: *Å ja, det gjør jeg. Oj, dette ble hakkete.*

Ergoterapeut: *Det gjør ingenting, for det syns ikke.*

Solfrid: *Det er tungt å klippe, det er vanskelig. Men er dette bra?*

Ergoterapeut: *Ja, nå kan du legge pappskiven på vatten, og klippe den ut.*

(Det er flere deloperasjoner som må gjøres, som ikke beskrives her, før tulipanen er ferdig).

Solfrid: *Jeg må få slike muskler som du har. Jeg må lage flere tulipaner.*

Ergoterapeuten inviterer her Solfrid til å være med å bestemme om hun vil lage påsketulipaner. Terapeuten begrunner aktivitetsvalget med at den gir muligheter for å trene styrke i hendene og armene til Solfrid, samt at hun kan delta i et sosialt miljø. Solfrid har fått informasjon om og forstått hensikten med å lage tulipaner. Det er en viktig forutsetning for å kunne ta en beslutning. Det er ikke produktet i seg selv som er det sentrale. Det blir brukt som et middel for trene på bedre grep, stabilitet og styrke. Når Solfrid sier hun må lage flere tulipaner, kan det tyde på at hun har forstått at denne aktiviteten har en hensikt og funksjon. Men hun fikk heller ikke i denne situasjonen valgmuligheter mellom ulike aktiviteter.

På sykehuset hvor datamaterialet til denne studien har funnet sted, var målsetningsmøte en del av deres struktur. På dette møte deltar ulike faggrupper og brukeren for å vurdere de tiltakene som de er blitt enige om å sette i verk. Nye mål for de neste ukene settes opp.

Her er et eksempel fra målsetningsmøte der Olav og fagfolkene møtes for å diskutere hvordan målene som er satt opp er nådd:

Sykepleier finner målene fra kardex fra forrige målsetningsmøte

Sykepleier: *Det første målet er at du skal gå med rullator. Hvordan synes du det går med det?*

Olav: *Jeg er redd for å falle.*

Flere fagfolk: *Men du er flink til å gå med den.*

Olav: *Dere må forstå at det er ikke lett, jeg kan falle.*

Sykepleier: *Det andre målet er du skal på fysioterapien å trene med manualer på 4 kg.*

Olav: *Det går bra.*

Sykepleier: *Mål nr. 3 er av og påkledning.*

Olav: *Ja, men det er vanskelig.*

Ergoterapeut: *Ja, men du er flink, og dess mer du trener, dess bedre går det.*

Olav: *Sengen er for høy, så jeg må ha hjelp. Jeg klarer ikke strømper, sko og bukser. Det er tungt å trene.*

Ergoterapeut: *Ja, men det går bedre for hver gang.*

Lege: *Synes du det går bedre nå enn i begynnelsen?*

Olav: *Ja, det går litt bedre, men noen ganger er jeg i dårlig form og da går det ikke.*  
Lege: *Mål nr.4 er du skal gå helt alene på toalettet. Hvordan greier du det?*  
Olav: *Jeg gjør det, vil ikke mase på andre om hjelp.*  
Lege: *Så du klarer det?*  
Olav: *Jeg har prøvd 2 ganger.*  
Lege: *Da må du fortsette med det.*  
Flere mål gjennomgås.

Lege: *Da må vi sette opp nye mål for resten av oppholdet her.*  
Olav: *Ja, jeg trenger mye trening, må trene mer.*  
Ergoterapeut: *Neste mål blir å trene videre på at av og påkledning skal bli lettere.*  
Olav: *Ja, jeg kan trene så mye jeg kan.*  
Ergoterapeut: *Så er du begynt på aktivitetet, du holder på med en krakk der.*  
Olav: *Ja. Han demonstrerer med hendene hvordan han gjør det og flirer litt. Det er vondt i hendene.*  
Lege: *Ja, men du får det til, og det er poenget. Når det gjelder tekniske hjelpemidler har han behov for noe hjemme? Ser på ergoterapeuten.*  
Ergoterapeut: *Det er montert håndtak på innsiden og yttersiden av bad- og toalettdøren. Det skal bestilles og søkes på dusjkrakk og et håndtak som han kan ha i dusjen.*  
Lege: *Og hvem gjør det?*  
Ergoterapeut: *Det gjør bydelsergoterapeut.*  
Lege: *Hva bruker du her, da?*  
Ergoterapeut: *Kanskje du kunne prøve en dusjstol her?*  
Sykepleier: *Her har han stått litt i dusjen.*  
Legen: *Trenger han en dostol?*  
Ergoterapeut: *Nei, det er for trangt på badet, og han trenger det ikke.*  
Olav: *Dostol, den jeg har brukt her er veldig dårlig, den er ikke god, jeg skulle hatt en ordentlig stol.*  
Sykepleier: *Ja, men den kutter vi ut.*

Det er flere mål som gjennomgås på dette møte, og nye mål for neste periode settes opp. Hensikten med dette eksemplet, er å vise at brukeren er en deltaker på dette møte. Han er tilstede, og kan gi uttrykk for sine meninger. Det er ikke fagfolk som setter opp mål, og etterpå informerer ham om hva de har bestemt. Men selv i dette miljøet, der en er bevisst på brukerens deltakelse og meningsyttringer, kan en se at det er lett for fagpersoner å ta bestemmelser for brukeren, og henvende seg til fagpersoner isteden for å spørre Olav. Brukermedvirkning er rett til deltakelse, men det krever også et bevisst forhold til hvordan fagpersoner er i dialog med brukeren. Dette er igjen et eksempel på hvor vanskelig det er å være konsekvent i uttrykte verdier og bruksverdier, som ble omtalt på side 84-85.

Teamleder: *Vil du være sjefen for møte?*  
Solfrid: *Nei, det vil jeg ikke.*  
Teamleder: *Men du må si din mening og hva du ønsker.*  
Solfrid: *Ja.*

Teamleder: *Vi er spent på hva Skogli kommune kan tilby. Det vil si det er Solfrid som er spent på hva dere kan tilby henne, spesielt når det gjelder bolig.*

Fagperson fra Skogli kommune: *Vi har gjort noen forundersøkelse med hensyn til det. Kommunen er delt inn i 4 soner, og der har de omsorgsboliger og vanlige boliger som er tilrettelagt. Men vi må jo høre hva du, Solfrid, ønsker. Hvor vil du bo? Så kan vi starte der som du synes det er greit å bo. I omsorgsboliger er det ofte eldre som bor, og det blir vel feil, selv om alt er på ett plan.*

Teamleder: *Solfrid kan få si hva hun ønsker.*

Solfrid: *Jeg ønsker å bo midt i sentrum.*

Fagperson Skogli kommune: *I kommunen har de boligmøter 1 gang i måneden. Jeg kan nevne at vi har en bruker og jobbe ut fra det.*

Solfrid får selv bestemme om hun vil lede møte. Hensikten med at brukeren selv kan lede møtet, er at han selv kan styre hva han synes er viktig å ta opp. En kan imidlertid bli usikker på seg selv og sine meninger i møte med mange fagpersoner. Usikkerheten kan ligge i at en ikke kjenner ”klimaet eller atmosfæren” til fagpersonene som er på møte. Er det et klima som er åpent for og lyttende til brukers ønsker og behov? Er fagpersonene åpne for å finne andre løsninger enn det som passer for folk flest? Blir en møtt med forståelse, aksept, empati? Fagpersoner må ha respekt for at hun ikke ønsker å lede møte.

Ergoterapeut: *Tiltak uten brukermedvirkning hjelper ikke. Det er gjerne effektivt? Men gjerne ikke riktig løsning, og hjelper da effektiviteten? Det er ikke dyrere med brukermedvirkning hvis en klarer å få til en løsning som er tilfredsstillende for brukeren og som han selv har vært med på å utarbeide.*

Ergoterapeuten sier tiltak uten brukermedvirkning hjelper ikke, og stiller spørsmål om hva som er mest effektivt. Det er ikke dyrere, heller tvert imot, å få til en løsning som brukeren har vært med på å utarbeide og er tilfreds med. Om det tar lengre tid for fagpersoner å lytte til brukerens behov og meninger, er det mest effektivt på lang sikt. Brukermedvirkning kan virke ansvarliggjørende og effektiviserende, sier Rønning og Solheim (1997:153). Hva som er rimelig brukermedvirkning må forstås ut fra hvem brukeren er, og hvilken situasjon vedkommende er i.

## Drøfting

Med brukermedvirkning mener vi at ”de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet” (Rønning og Solheim 1998:13). Medvirkning innebærer innflytelse og medbestemmelse i forhold til de beslutninger som skal tas når det gjelder plan og tiltak for brukerens rehabilitering.



Dyste (1996:113) sier når en først og fremst er opptatt av å formidle ett budskap, å få andre til å forstå og godta det *vi* mener, er det den enstemmige og ikke den dialogiske funksjon i kommunikasjonen som dominerer. Når ergoterapeuten sier at *hun og sykepleieren* har tenkt at Lars skal prøve ut en bestemt dusjstol, har ikke Lars deltatt i denne beslutningen. Den autoritære holdningen, er snublende nær. Men i utprøvingssituasjonen åpner de for at Lars kan komme med sine kritiske synspunkter og argumentere mot dusjstolens egenskaper. Den dialogiske funksjonen er tilstede. Om det er den enstemmige eller dialogiske funksjonen som får dominere, har med samspillet mellom partene å gjøre. Ansvaret for kommunikasjonen ligger på alle partene som deltar i en utprøvingssituasjon eller læringsituasjon.

Når ergoterapeuten anbefaler akvarellmaling, kortspill eller andre spill for Solfrid har hun faglige begrunnelser for hvorfor en synes disse aktivitetene gir muligheter for å trene på finmotorikk. Hun kan presentere kunnskapen sin ved å si at finmotorisk trening lar seg kombinere med ulike aktiviteter. Det kan være motiverende å trene når en samtidig kan gjøre noe en synes er morsomt. I det ergoterapeutiske grunnsyn, vektlegges det at aktiviteten skal være meningsfull for personen som utfører den. Hva som er meningsfullt for hver enkelt person, kan bare han selv gi uttrykk for. Ergoterapeuten må etterspørre hvilke aktiviteter brukeren synes er meningsfullt å utføre. I et brukermedvirkningsperspektiv må de sammen finne hvilke aktiviteter som er mulige å gjøre i den aktuelle situasjonen og på det aktuelle sykehuset. Brukeren må trekkes aktivt med i beslutningen om aktivitetsvalg. Da tror jeg at en vinner mer motivasjon hos brukeren til å utføre aktiviteten. Det signaliserer også at brukeren har muligheter og egne krefter til å delta i beslutningen. I samtalen mellom ergoterapeut og Solfrid om hun ville gjøre noe akvarellmaling i helgen, oppnår gjerne ikke ergoterapeuten det hun ønsker. Samtalen har islett av moralpreken; det er fint at du trener i helgen og da gjerne med de aktiviteter som jeg har valgt. En følger gjerne ikke råd gitt på denne måten.

Brukeren har kunnskap om hvordan han opplever sine egne problemer, men det betyr ikke at han selv kan dosere eget rehabiliteringsopplegg. Det er bare brukerne som kan formidle sine egne opplevelser og erfaringer, men det betyr ikke at de alltid er de som best kan løse sine egne behov. Det finnes helsepersonell som har en fagkunnskap som brukeren ikke har, og som kan være nødvendig for å bestemme det rehabiliteringstilbudet som skal gis. En må akseptere at det er tre viktige grupper som må trekkes med i en beslutningsprosess, sier Rønning og Solheim (1998:169), og det er fagpersoner, politikere og brukere. Tradisjonelt er

det imidlertid brukerne som er trukket minst med, og det er det muligheter for å gjøre noe med ved for eksempel å se på samhandlingsformen.

I en innholdsorientert rehabilitering, utformer fagpersoner et tjenestetilbud som en tror brukerne ønsker og har behov for. *I en prosessorientert rehabilitering der brukermedvirkning er sentralt, prøver fagpersoner å trekke brukeren med i beslutningsprosesser* (Rønning og Solheim 1998:31). Brukerens synspunkter er viktige sammen med fagpersonens synspunkter i utforming av mål og middel. I et relasjonelt perspektiv må en lytte til hverandres meninger. Det gir muligheter for utveksling og utforskning av problemstillingen, der partene kan forhandle seg frem til en løsning.

## **Forhandlinger**

Her følger et eksempel på en situasjon, der ergoterapeut, Lars og forhandler deltar i en utprøving av personløfter, som Lars skal ha hjemme.

Forhandler: *Men da kan vi gjerne se på den nye heisen først, Uno 102. Den ser ikke så voldsom ut som Golvo. Men til gjengjeld har den begrenset løftehøyde. Når du henger i selen er du og nærmere stammen, det er mindre plass. Men du får lagt den mer sammen enn Golvo.*

Ergoterapeut: *Kan en få lavere ben på den?*

Forhandler: *Det er avhengig av størrelsen på trinsene. De kan en bytte ut etter behov.*

Lars: *Er den totale lengden mer enn på Golvo?*

Forhandler: *Det er den.*

Lars: *Er breddereguleringmekanismen sterk og holdbar nok?*

Forhandler: *Ja, det er den. Det er tilsvarende system som en bruker på biler. Det er 3 høyder på stammen, og en taper 5 cm.*

Lars: *Sengen hjemme er lavere enn den her.*

Forhandler: *Total lengden på Golvo er mindre, den er 106 cm.*

Lars: *Og denne er 120?*

Forhandler: *Ja, den er 119 cm. Men en vinner ikke så mye på den. Distansen mellom løftebøyle og stang er mindre her.*

Lars: *Det skulle vært teleskopprør på, slik at jeg kunne bli snudd rundt.*

Forhandler: *Ja, det var gjerne en god ide.*

Lars: *Jeg ser ikke helt den store forskjellen. Spiller ikke noe rolle om den kan legges ned eller ei. Det har ikke noen betydning for meg.*

Forhandler: *Nei, det er gjerne inntrykket en får av at Uno ser mindre ut som gjør at en velger den.*

Lars: *Jeg syns ikke Golvo ser mer diger ut. Er det en annen fabrikant?*

Forhandler: *Nei, det er den samme.*

Ergoterapeut: *Hva er denne boksen til?*

Forhandler: *Det er batteriet.*

Lars: *Hva sa du nå?*

Forhandler: *Det er batteriet som sitter her. På Golvo er det mer kapslet inn. Skal vi prøve en forflytning? Vil du Lars forflytte deg fra manuell til elektrisk rullestol?*

Lars: *Ja, vi kan gjøre et forsøk.*

Forhandler og ergoterapeut begynner og se på forskjellige løfteseil, og lurer på hvilket de skal velge.

Lars: *Spiller det noen rolle om det er kort eller langt?*

Ergoterapeut: *Ja, hvis det er kort får du ikke noe støtte på hodet, samt at skuldrene dine blir mer fri.*

Lars: *Hvor langt opp går det da?*

Forhandler: *Det går til skulderbladene.*

Lars: *Ok.*

Forhandler: *Du kan også få en tilta posisjon, slik at der blir lettere når du skal ned i stolen. Da har du tilnærma samme vinkel på seil som på stolen.*

Lars: *Jeg sitter ganske rett i korte seil.*

Forhandler: *Jeg kan forlenge stroppene for å få tilt i seilet.*

Lars: *Hva vil du anbefale da?*

Forhandler: *Jeg ville prøvd med forlenget stropp.*

Ergoterapeut og sykepleier tar seilet på Lars.

Lars: *Du må rette meg opp så jeg ikke tipper over på den ene siden.*

Stroppene festes til heisen og forhandler trykker på reguleringsbryteren som løfter

Lars opp fra stolen.

Forhandler: *Vent, de henger feil, hodet hans kommer for nært. Stroppene blir regulert.*

Ergoterapeut: *De løse stroppene, er de fast?*

Forhandler: *Nei, men en kan sy dem fast.*

Lars: *Jeg liker ikke å sitte slik, som dårlig stablet ved. Beina er bøyd og hoftene har knapp vinkel. Jeg forstår ikke vitsen.*

Forhandler: *Seilet må tas lenger ned i ryggen og under lårene. Nå blir det for stort hull til rumpa, og du detter igjennom.*

Lars: *Jeg tror ikke jeg kommer så nær med Golvoen. Hva er vitsen med et kortere seil?*

Ergoterapeut: *Det gir deg bedre frihet over skuldrene når seilet ikke går så høyt, men jeg tror ikke du kan ha lavere rygg enn dette.*

Lars: *Nei, det tror ikke jeg heller.* Lars kjøres med personløfteren til den elektriske stolen.

Forhandler: *En kan regulere vinkelen bakover på stolen for å få en bedre vinkel og du kommer bedre på plass i stolen.*

Lars: *Det er en fordel at en person kan få meg i så riktig stilling som mulig, uten flere manuell løft. Jeg tenker på sikt. En slipper å ta opp fotbrettet med denne løfteren.*

Forhandler: *Dess høyere løfteren reguleres opp, dess nærmere kommer du løftekroken.*

Lars: *Det skulle vært en rotasjon på den, for jeg må rotere når jeg skal opp i sengen. Som en karusell.*

Forhandler: *Ja, det kan du si. Det er nødsenk på løfteren.*

Lars: *Reagerer den kjapt?*

Forhandler: *Det tar 10 minutter å vri denne ned til gulvet. Men denne virker uten batteri.*

Ergoterapeut: *Vil du nå sette deg i manuell stol eller skal du til sengen?*

Lars: *Jeg orker ikke den manuelle stolen til jeg skal på fysio.*

Ergoterapeut: *Hvilken løsning skal vi ta? Hvordan kan den passe til forflytning i bilen hans?*

Lars: *Jeg har en hiAce. Den må jeg ha til jeg får en annen type bil.*

Forhandler: *Det kan være vanskelig med takhøyden. Da må en gjøre et kompromiss og gjøre stroppene lavere, høyden på stolpen kan også minskes.*

Lars: *Men jeg kan ikke ha så mange hjelpemidler med i bilen. En vanlig bil hadde vært lettere.*

Forhandler: *Jeg vet ikke om armen på løfteren vil gå under takhøyden, må prøves ut.*

Lars løftes over på sengen, og senkes ned.

Lars: *Ta opp hjertebrettet. Er heisen lettere enn Golvo?*

Forhandler: *Litt.*

I forhandling kan en sammen komme frem til en løsning på en problemstilling ved å stille spørsmål, reflektere og utveksle meninger. Lars, ergoterapeut og forhandler har ulike kunnskaper som er nødvendig for å velge ut den personløfteren som er funksjonell og sikker for Lars. Ulike kunnskaper og innsikt er det som danner grunnlaget for at samarbeid er nødvendig, og kan bidra til kunnskapsutvikling.

En dag ergoterapeuten kommer inn på rommet til Øystein, for å gjøre passive finger- og håndbevegelser med ham, sier han:

Øystein: *Mamma ringte i dag og sa at hun hadde lest i et blad at bilen som heter Voita, ikke er høy nok for store personer. En mann på 1.87m var for høy for den bilen. Og jeg er 1.88 m.*

Ergoterapeut: *Sier du det? Det var rart, for vi har hatt store pasienter her før som har fått den bilen. Du kan ikke ha for lav bil heller, for da tar den nedi humper i veien.*

Øystein: *Kanskje jeg heller kan ha en Chrysler, det brukte de alltid før sa en mann fra et bilfirma. Det hadde vært stilig med Chrysler, det er det jeg helst vil ha.*

Ergoterapeut: *Er det det? Vi får se, du må prøve det ut og se hva som passer best for deg. Vi kan reise på Bilsenteret og prøve der.*

Øystein: *Bilsenteret?*

Ergoterapeut: *Ja, det ligger på Hjelpemiddelsentralen.*

Øystein: *Kan en prøve der da?*

Ergoterapeut: *Ja, de har ulike modeller som kan prøves ut.*

Øystein er opptatt av hvilken bil han eventuelt kan kjøre. Når han sier at Voita ikke er stor nok for så lange personer som han, er ergoterapeuten undrende, og ikke avfeidende. Men de må vurdere hva som passer best for ham. For å finne en løsning må de forhandle seg frem, finne kompromisser, da det er mange faktorer å ta hensyn til. For eksempel skal bilens utforming være tilfredsstillende i forhold til brukers behov, den elektriske rullestolens utforming, bilens kjøreegenskaper må tilfredsstillende brukers krav, og sist men ikke minst skal ergoterapeuten ivareta en samfunnsøkonomi.

I følgende situasjon har ergoterapeuten og Olav avtalt å møtes på aktiviteket (arbeidsrom), der Olav kan trene fin- og grovmotorikk ved å lage ulike produkter.

Ergoterapeut: *Jeg har tenkt at du kan lage en krakk her på aktiviteket.*

Olav: *Nei, det greier jeg ikke.*

Aktivitør: *Men når jeg hilser på deg, kjenner jeg at du har god håndfunksjon, jeg er sikker på at du kan klare det.*

Olav: *Det er vondt.*

Aktivitør: *Vil du heller male først?*

Ergoterapeut: *Jeg er sikker på at du vil klare å lage en krakk.*

*Eller en liten stol, en barnestol. Har du ett barnebarn du kan lage den til?*

Olav: *Nei, det har jeg ikke.*

Aktivitør: *Nei, da er kanskje ikke denne så aktuell.*

Ergoterapeut: *Men du kan bruke en krakk til å sitte på, eller legge beina på.*

Olav: *Det er bedre å "bake brød".*

Ergoterapeut: *Men dette har samme funksjon.*

Olav: *Du bestemmer, jeg kan prøve, jeg skal ikke si nei.*

*Men jeg greier det ikke. Men du er fagmann.*

Ergoterapeut: *Og du blir en fagmann. Jeg tror du kan lage en stor krakk.*

Olav: *Tror du at jeg vil gjøre dette når jeg komme hjem?*

Ergoterapeut: *Nei, men det er ikke poenget heller.*

Olav: *Hjemme ser jeg bare på TV.*

Ergoterapeut: *Men her kan vi finne på noe som er kjekt. Du har ikke tro på dette?*

Olav: *Nei.*

Aktivitør: *Kan du, Olav, hjelpe meg å ta tråden rundt stolbenet?*

Ergoterapeut: *Nå lærer jeg og. Olav arbeider konsentrert.*

Olav: *Er det slik det skal være?*

Aktivitør: *Ja, men det kan godt være litt slark i trådene.*

Ergoterapeut: *Er det tungt?*

Olav: *Ja, i høyre hånd.*

Ergoterapeut: *Det gir god trening. Du bruker mange muskler. Du er flink.*

Aktivitør: *Dere lærer fort begge to.*

Olav arbeider konsentrert en stund.

Ergoterapeut: *Er det kjekt eller artig?*

Olav: *Åh, det er vondt, jeg er sliten.*

Ergoterapeut: *Du kan ta små pauser. Du er så ivrig at du har ikke tid til å snakke. Men nå må du snart slutte, du har time på fysioterapien snart.*

Olav: *Når tid er neste gang jeg skal hit?*

Ergoterapeut: *Onsdag. 2 ganger pr uke.*

Olav: *1 gang er nok (sier han med glimt i øyet og latteren sitter løst). Er du fornøyd nå?*

Ergoterapeut: *Ja, er du?*

Olav: *Ja, nei, men det er vondt.*

Ergoterapeut: *Vi kan ta en kaffepause midt i neste gang.*

Hva slags assosiasjoner Olav får når han blir bedt om å flette en krakk, er avhengig av hans erfaringer, holdninger og kultur. Hvilke verdier er det han legger i sin mening om å flette krakk? Hvordan oppfatter han situasjonen? Jeg tror ikke denne aktiviteten, i alle fall ikke i

utgangspunktet, var i overensstemmelse med hans syn på meningsfull aktivitet. Han kunne gjerne fått muligheter til å velge mellom noen ulike aktiviteter som aktivitetet kunne tilby.

Når Olav på slutten av timen spør når tid han skal komme neste gang, kan det bety at hans opplevelser har ført til endring av hans meninger om krakkefletting. Kanskje har han fått en erfaring som er positiv, både når det gjelder egen armstyrke, produkt og sosialt fellesskap. Dette kan også være et uttrykk for at ulike perspektiv i dialogen, har medført ny forståelse for krakkefletting, som er forskjellig fra det han hadde på forhånd. Dette stemmer med Bakhtins dialogisme, der ulike perspektiv i dialogen kan føre til ny forståelse (Dysthe 1995:64-66).

### **Rådgivning**

Ergoterapeut og fysioterapeut er på hjemmebesøk hos Olav og hans familie. Sammen skal de vurdere hva som må tilrettelegges for at Olav kan bo i sin nåværende leilighet inntil han eventuelt får et nytt bosted. Han og familien ønsker å flytte til en leilighet som er bedre tilrettelagt for personer med gangvansker. I denne situasjonen skal de vurdere hvordan Olav klarer seg på soverommet.

*Olav: Sengen er for høy.*

*Ergoterapeut: For høy? Den ser akkurat passelig ut. Når du sitter har du beina i gulvet.*

*Olav: Men jeg klarer ikke å bøye meg ned og ta av meg sko og sokker.*

*Ergoterapeut: Nei, men hvis sengen er lavere, blir det vanskeligere og reise seg opp igjen.*

*Olav: Mener du det?*

*Ergoterapeut: Ja. Men det er satt på sengeklosser på endegavlene av sengen din, så de kan du eventuelt ta av hvis du ønsker det.*

*Det er mye bedre plass ved sengen på den siden som din kone ligger på. Burde dere ikke bytte plass? Da kan du gå med rollatoren helt bort til sengen, og så slipper du å bytte til krykker.*

*Olav: Nei, det kan jeg ikke. Jeg er vant til å ligge her. Her har jeg lagt i alle år.*

*Ergoterapeut: Ja, kanskje dere da kunne skyve sengen litt mer over mot døren, så får du bedre plass på din side?*

Ergoterapeuten kan komme med råd ut fra sin faglige begrunnelse, men det er Olav som bestemmer om han vil følge rådene. Han tar egne avgjørelser uten fra egen vurdering av sin situasjon, sine holdninger og indre overbevisning. Fagpersoner må vise respekt for brukerens vaner, behov og ønsker. Brukeren må likevel få hjelp til å klargjøre grunnlaget og forutsetningene for de valgene som skal tas. Han må få vite hvilke praktiske konsekvenser de

ulike valgene medfører. Ergoterapeutens rolle er i stor grad å gi råd, støtte og legge forholdene til rette for at brukeren kan bli mest mulig selvhjulpen på egne premisser. Rådgivning kan skape refleksjon hos brukeren, og han velger selv om han vil følge eller ikke følge rådene. Valgmuligheten kan gjerne gi opplevelse av at det er han selv som løser problemet.

*Ergoterapeut: Ergoterapeuten skal resonnerer sammen med bruker om ulike veivalg. Sammen kan de få frem fordeler og ulemper ved ulike valg. Ergoterapeuten skal bidra med å gjøre dem i stand til å gå veiene videre. Vi kan hjelpe dem til å skissere mulige utfordringer han vil møte på veien. Hjelp hverandre til å tenke, til å stille spørsmål, til å reflektere.*

Ergoterapeut og bruker kan i en lærings situasjon hjelpe hverandre til refleksjon. Sammen kan de tenke, stille spørsmål, belyse fordeler og ulemper ved ulike veivalg. Begge parter er delaktige og påvirker hverandre med sine spørsmål og svar. Når begge parter medvirker, kan en skape dynamikk, der en er på samme ”spor”, og en blir inspirert til å høre hva den andre sier. Det tar lengre tid å lytte til brukeren, til å være tilstede i situasjonen og se den unike personen en skal samarbeide med.

*Ergoterapeut: Jeg husker en gang vi hadde en bruker, som lurte på hvilket syn vi hadde på hennes ønske om å bli gravid. Gjennom samtale med henne, stilte vi ulike spørsmål, og så for oss at det ville være vanskelig for henne rent praktisk og ha ansvar for et barn. Ut fra hennes funksjonshemming og situasjon, anbefalte vi det ikke. Stor ble forbauselsen da vi møtte henne igjen med en liten baby, og oppdaget at hun ikke hadde fulgt våre råd.*

Brukeren har ikke plikt til å følge rådene som han får fra ergoterapeuten. Her ligger også rollefordeling mellom fagperson og bruker. Å klargjøre valgmulighetene best mulig, er fagpersonens – rådgivers oppgave. Men hva som er best, er det bare brukeren som kan avgjøre. I ergoterapeutens forbauselse var det ingen irritasjon over at brukeren ikke hadde fulgt deres råd, men en erkjennelse om at deres råd er ikke nødvendigvis ”sanningen”, og det som må følges. Det var en respekt for brukerens valg.

Kanskje vil brukeren ta noen veivalg som ikke stemmer overens med ergoterapeutens valg. Likevel kan en ha gjort en god faglig jobb, fordi en bidrar til å se en sak fra ulike perspektiv. ”Å respektere pasientens valg, selv om man er faglig dypt uenig, er en selvfølgelig plikt for alle helsearbeidere” (Selvik ref. i Schei og Gulbrandsen red. 2000:67).

Solfrid: *Men hvordan kan jeg kjøre? Hvordan skal jeg styre gassen?*

Ergoterapeuten: *Den kan du ha på hånden.*

Solfrid: *Men hvis jeg ikke blir god nok i høyre hånd til å holde på den hele tiden?*

Ergoterapeuten: *Du kan kanskje få cruiskontroll. En som var hos oss tidligere med amputasjon, hadde alt på håndkontroll, og noe liknende skulle gjelde for deg og.*

Solfrid: *Hvilken bil kan jeg ha? En kassebil?*

Ergoterapeuten: *Eller du kan kanskje ha en stasjonsvogn. Det er noen i liknende situasjoner som deg som har det og.*

Her er det brukeren som stiller spørsmål om en situasjon som hun er opptatt av. Hun søker informasjon, og ergoterapeuten gir råd tilbake. Når det er brukeren selv som søker informasjon, er hun mottakelig for rådene, og er aktivt med på å stille flere spørsmål underveis. Det er hennes behov for informasjon som tilfredsstilles, og ikke ergoterapeutens behov for å gi informasjon. Ergoterapeuten sine råd bærer preg av at hun har tillit til at Solfrid skal klare bilkjøring med spesialutstyr. Hun formidler forståelse for Solfrids bekymringer om at hun gjerne ikke blir sterk nok i hånden til å klare styre gassen med hånden. Men da finnes det andre muligheter som de kan hjelpe henne med. Ergoterapeuten svarer på alle spørsmål som Solfrid stiller, og viser med det respekt for hva Solfrid er opptatt av. De er i denne situasjonen ” *på eit vis føresetnader for kvarandre*”, slik Rommetveit sier (1992:33). De har begge innflytelse på samtalen. Den ene følger opp det den andre har sagt.

## Drøfting

Språket innfelt i dialog gir muligheter for forhandlinger, fordi det finnes ikke nødvendigvis bare ett svar på en problemstilling. Ved hjelp av en annen eller flere andre med ulike meninger og perspektiv kan en forhandle seg fram til ny forståelse. Å forhandle seg frem til en løsning, er å fremme brukermedvirkning. I forhandlinger er en i et gi-og-ta forhold, der en prøver å komme frem til et kompromiss. I forhandlinger prøver en å ta den andre parts perspektiv. I profesjonell sammenheng snakker en gjerne om å vise empati eller innlevelse i brukers situasjon. Det kan være en nyttig motvekt mot en oppfatning om at fagpersonen vet best på bakgrunn av sin kunnskap. Men hvis empatien erstatter dialogen, og vipper over i en ”jeg-gjør-alt-for-deg” holdning, kan innlevelsen bli et hinder (Rønning/Solheim 1998).

Å lytte betyr at en må engasjere seg i den andre personen, sette seg inn i den andres perspektiv, vise empati og respekt. Ved å lytte aktivt og interessert formidler man en holdning om at en er opptatt av den andre personen. Det kan bidra til at brukeren blir aktivt medvirkende i samhandlingen. Når begge parter medvirker, kan en skape dynamikk, en kraft der begge parter er virksomme. En er på samme ”spor”, og en blir inspirert til å høre hva den



andre sier. Det tar lengre tid å lytte til brukeren, til å være tilstede i situasjonen og se den unike person en skal samarbeide med.

I forhandlinger der dialogen er sentral, har den til hensikt å få innsikt og forståelse gjennom felles utforskning. Ved å bruke andres tanker utvikler en sine egne. Rommetveit sier det forutsetter at en kan ta den andres perspektiv, og at partene har et ”midlertidig delt felles forståingsrom” (Dyste 1996:127). Partene må ha samme oppfatning av hvorfor en er sammen. I dialogen må deltakerne ha respekt og tillit til hverandre. I samtaleformen ligger det forventninger om at begge parter har kunnskap som det er viktig å bidra med. Det er ikke den ene parten som sitter inne med fasitsvaret.

Bakhtin sier (1981:292/Dysthe 1995:66/Dysthe 1996:108-111) det er i spenningen og konfrontasjonen mellom de ulike stemmene at ny innsikt og forståelse oppstår. Han avviser den tradisjonelle kommunikasjonsmodellen der et budskap blir overført fra en sender til en mottaker. Læring skjer alltid i interaksjon, enten det er i dialog med levende stemmer eller tekster. Men det er når de ulike stemmene deltar i dialog og interagerer i den forstand at de bygger på hverandre og/eller strir mot hverandre at det skjer noe mer enn reproduksjon. Stemmene må utfordre og påvirke hverandre, ikke bare eksistere ved siden av hverandre. Dialog i bakthinsk forstand er noe annet enn at flere deltar i en samtale. Det er i spenningen mellom de ulike divergerende stemmene, ulike måter å forstå situasjonen på, at mening kan skapes. Det flertydige må ikke bli entydig, åpne meningsutvekslinger må ikke bli lukket, fasitsvar må ikke erstatte søking. Dialogen gir rom for tvil, spørsmål og motforestillinger, slik vi eksempelvis ser i dialogen mellom Lars, ergoterapeut og forhandler ved utprøving av personløfter. Spørsmål og svar fører til forhandlinger om meninger og tilfører hverandre perspektiv som en ikke kan se alene. En faglig diskusjon fører ofte med seg en kritisk prøving av egne argumenter, der de svake punktene i argumentasjonen kan komme frem. Dialogens vesen er å komme lenger i innsikt og forståelse gjennom felles utforskning og ved å bruke andres tanker til å utvikle sine egne. Dialogen har som forutsetningen at deltakerne har respekt og tillit til hverandre, slik at en kan våge å si sine meninger, eller vise sine manglende kunnskaper. En må også ha en felles målsetning (Dyste 1995:63).

Når du produserer mening i tilknytning til for eksempel talte ord, vil dine egne erfaringer, holdninger, din kulturelle bakgrunn svinge med i meningsproduksjonen. Fuglestad skriver at ”Fenomenet slik det vert *oppfatta og forstått* av den aktuelle personen er det sentrale”

(Fuglestad 1993:57). Måten personer handler på er influert av hvordan de oppfatter og tolker situasjonen på. Olav sier han har ikke tro på krakkefletting som en aktivitet som gir ham samme treningseffekt som andre aktiviteter han har holdt på med. Han har ikke behov for en krakk, og ikke er det en aktivitet som han vil gjøre når han kommer hjem.

I følge Johannessen, Kokkersvold og Vedeler (1994:16) kommer rådgivning fra det engelske "counselling". Det ble brukt som betegnelse for psykologisk rådgivning gjennom samtale og intervju *"der siktemålet var å hjelpe hjelpesøkeren til selv å løse sine personlige problemer"*. Rådgivning er å hjelpe brukeren til selv å løse sine problemer, og ta i bruk egne ressurser.

Å respektere brukerens valg, er en selvfølge da vi lever i et samfunn hvor selvråderett og ansvar for eget liv er høyt verdsatt. Fagpersonen må forholde seg til brukeren som en person som kan ta ansvar for seg selv, og har krav på å eie sine følelser og tanker. En respektfull holdning vil kunne støtte opp under og øke brukerens selvaktelse. En slik holdning innebærer at atmosfæren mellom ergoterapeut og bruker er slik at partene antar at de som individer har lik verdi. Respekt kan knyttes til en ikke-dømmende holdning, til aksept av brukerens integritet (Aamodt 1997:58). Fagpersonen må akseptere at brukeren gjør andre valg enn det hun foreslår ut fra faglige begrunnelser. Torborg Aalen Leenderts (1995:138) sier *"Mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei"*. Dette er en daglig faglig utfordring for alle helsearbeidere. Mål eller synspunkter som brukeren har, kan fagpersoner mene er urealistiske, og det kan stoppe brukerne fra å ta valg som i neste omgang viser seg å være oppnåelige. Rådgivningen må gis slik at brukerne blir frie til å finne sine løsninger.

Valgmuligheten kan gjerne gi opplevelse av at det er bruker selv som løser problemet. Det kan medføre at en som fagperson ikke får æren eller rosen får de løsningene som velges. Rosen for et likevel godt faglig arbeid, må en gjerne få fra kollegaer.

Gjennom spørsmål, svar og vurderinger forhandler ergoterapeut og bruker med hverandre. De to partene kan gjøre ulike typer handlinger. Men for at den ene parten sine handlinger skal gi mening, må den andre parten sin handlinger være med. Brukermedvirkning forstår en best som handlinger der fagperson og bruker er avhengig av hverandre, og ikke som enkeltindivids handlinger. Hvordan ergoterapeuten klarer *"å lokke frem brukermedvirkning"*, som Sara

uttrykte det, er avhengig av samspillet med brukeren. Som Fuglestad sier (1993:163) handler hver av partene med bakgrunn i den andre part sine handlinger.

Det er i følge Bakhtin, forskjell på dialog og formidling av et budskap. I dialogen er det en toveis samtale med utveksling av synspunkter, meninger og kunnskaper. I formidling ligger det monologiske og autoritative ordet snublende nær. Det blir en enveis overføring av budskapet. I ergoterapeutisk sammenheng snakker vi gjerne om formidling av tekniske hjelpemidler som en av våre viktige oppgaver. Dette er ut fra en tradisjon der fagpersonen har kunnskap om både prosessen med å anbefale et hensiktsmessig hjelpemiddel og selve produktet. Selv om vi som faggruppe i lang tid har hatt en holdning om at det er brukeren som må bestemme hvilket produkt han til slutt vil velge, snakker vi fremdeles om formidling av hjelpemidler. Her er det gjerne tid for en kritisk granskning av hva ordet innebærer og hva det er et uttrykk for.

## Del VI

### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

#### I DAG SÅG EG

*I dag såg eg  
two månar,  
ein ny  
og ein gamal.  
Eg har stor tru på nymånen.  
Men det er vel den gamle.*  
(Olav H. Hauge)

Denne studien har hatt fokus på rehabilitering og brukervedvirkning i et relasjonelt perspektiv. *Sam-handling* er nøkkelen til brukernes deltakelse i sin rehabiliteringsprosess. Brukernes behov og ønsker for aktivitet og deltakelse på ulike arenaer som hjem, arbeid og fritid må være styrende for målsetninger og plan for tiltak. Hvordan brukerne kommer frem til målet, kan være et felles prosjekt mellom fagpersoner og brukeren, der ulik ansvarsfordeling og ulik type kompetanse er en berikelse.

Ergoterapeuter har helt tilbake fra faget ble grunnlagt, tradisjon for at brukeren eller pasienten skal være aktiv medvirkende i sin rehabilitering. Dette menneskesynet skal sikre brukerens rett til selvbestemmelse og medbestemmelse. Det innebærer at brukerens syn på situasjonen, ønsker og muligheter skal være styrende for utformingen av behandlingstilbudet. Dette stemmer godt overens med brukervedvirkningens intensjoner som er nedfelt i offentlige dokumenter. Men selv om ergoterapeuter har et godt grep på prinsippene, *de uttrykte verdier*, kan det være en utfordring å sette dem ut i praktisk handling, *bruksverdier*. Utfordringen kan være å tørre å dele makt, kunnskap og ansvar.

For å tørre å dele makt, kunnskap og ansvar har min studie vist at samhandlingsmønsteret mellom ergoterapeuten og brukeren er sentralt. Mønsteret eller formen har betydning for hvordan en skaper og utvikler et tillitsfullt forhold til hverandre. Goffman er opptatt av formens betydning mer enn innholdet i alle de hverdagslige situasjoner en står opp i. Regler og normer for atferd i en relasjon er viktige forutsetninger for å bli oppfattet og oppfatte seg selv som en gyldig deltaker. *Samhandlingsmønster er viktig for at brukeren skal kunne delta*. Det stemmer godt med mine brukerinformanters vektlegging av fortrolighet som samhandlingsmønster. Fortroligheten kommer til uttrykk gjennom ulike koder som de utvikler for deres relasjon. Fleip og humor, den innholdsløse, men meningsfulle praten, redundant og entrofisk kommunikasjon, er eksempler på koder som begge parter vet hvordan og når tid de

kan bruke. Kodene bidrar til å skape, utvikle og bearbeide relasjonen. Vi er avhengig av kodene eller ritualene, de er ikke tom virksomhet, men kanskje det viktigste i relasjonsarbeidet. Taktfullheten i de seremonielle, eller redundante, handlingene gir grunnlag for menneskers tillit til hverandre. Formen på samhandlingen er symbol på tilhørighet, for verdier, hvilken sosial identitet deltakerne opptre med, hvor fortrolig eller distansert vi skal være i forhold til den andre parten. Formen må aktørene i relasjonen skape sammen, bearbeide og vedlikeholde.

Cato Wadel søker relasjonelle forklaringer på mellommenneskelige handlinger. Kontrasten til det er egenskapsforklaringer. En tillegger personen, enten det er seg selv eller andre, egenskaper, og forklarer atferd på grunnlag av det. Forklaringene har i mindre grad en sosial dimensjon, det vil si forklaring ut fra samhandling. Relasjonelle forklaringer innebærer at en må ta begge parters atferd med i analysen når en skal forstå atferden til den ene part. Den ene parts atferd er en forutsetning for den andre parts atferd. Kommunikasjonsproblemer tolkes vanligvis ikke-relasjonelt. Problemene legges til enten sender eller mottaker, ikke til samhandlingen mellom dem. Relasjonelle forklaringer på atferd setter *gjensidigheten* i menneskelig atferd i fokus. ”Det var fordi du handlet på den måten du gjorde, at jeg handlet på den måten jeg gjorde” (Wadel 1999:93). Ens atferd blir påvirket av den andres atferd.

Cato Wadel beskriver aktelsesforhold, tillitsforhold, motivasjonsforhold, følelsesforhold som relasjonelle ferdigheter. Dette er ferdigheter som bør få større oppmerksomhet i undervisningssammenhenger, og det må vektlegges at de er relasjonelle og ikke ensidig egenskapsferdigheter. Det er ikke vanlig å se på motivasjon som noe som skapes og vokser i samspillet mellom de to partene. Følelser er likeså noe relasjonelt, da ens egne følelser er avhengig av hvordan en forestiller seg hvilke følelser den andre part har ovenfor en. Wadel sier en da står ovenfor viktig kommunikative spørsmål som: Hvordan prøver vi å uttrykke våre følelser overfor hverandre? Hvordan håndterer vi hverandres følelsesuttrykk? Jeg tror dette er et kommunikativt område som vi bør sette søkelyset på for å forstå noen av brukermedvirkningens konsekvenser.

Kommunikasjon forutsetter at en har avklart hvem en skal være for hverandre, hva kommunikasjonen skal gå ut på, og ha en forståelse av hvorfor vi kommuniserer, sier Cato Wadel (1999:78). Jeg vil nå reflektere over hva dette betyr i forhold til min studie. I mine

refleksjoner rundt hvorfor vi kommuniserer, legger jeg til hvordan (hvorfor og hvordan vi kommuniserer).

### **Hvem en skal være for hverandre**

All kommunikasjon formidler noe om hvilket forhold partene har til hverandre, om likeverd, eller om over/under - ordning, om samhold eller strid, om makt eller solidaritet. Hvor stor innvirkning hver av partene har på kommunikasjonen, er aspekt ved all kommunikasjon mellom mennesker (Fuglestad 1993:163). Relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren kan bli en ovenfra - og - ned relasjon. Den profesjonelle har kunnskap som brukeren trenger, slik er relasjonen allerede i utgangspunktet rangordnet. Men grunnlaget for kontakten er det området bruker behersker. Fagperson må avklare om hun vil være en person som vet best, paternalistisk holdning, eller en-som-gjør-alt-for-deg, fordi brukeren vet best hvordan han vil ha det, et kundeforhold, eller det som kalles unnlattelsesyndene. Begge disse holdningene, eller menneskesynene er i utakt med ergoterapeutisk perspektiv på brukermedvirkning og den siste stortingsmeldingen om ansvar og mestring. En kommer i brukermedvirkningens fallgruber. Utenfor fallgrubene er det humanistiske, eller dialektiske menneskesynet, der fagpersonens rådgiverrolle er sentral. Nøytrale informative råd fra fagpersonen kan føre til at mottakeren åpner seg og er lyttende til rådene. Dersom en prøver å gi råd på en autoritær måte vil mottaker låse seg istedenfor å åpne seg for rådene. Ved å påvirke og overtale brukeren til å få eller overta våre meninger og syn på en sak, blir brukeren tilskuer til sin egen rehabilitering. Som tilskuer kan en ikke ta egne valg i beslutningsprosesser.

Å gjøre valg og ta ansvar kan veksle mellom ergoterapeut og bruker gjennom rehabiliteringsprosessen, avhengig av forutsetningene til brukeren. En form for svak paternalisme kan derfor være nødvendig i noen situasjoner, for eksempel i den første fasen av rehabiliteringen. I denne fasen er gjerne brukeren ikke i stand til, eller kompetent til å gjøre valg og ta ansvar. Ergoterapeuten må da ta mest ansvar og gjøre ulike valg for brukeren, som etter hennes faglige skjønn er til beste for brukeren. I andre og tredje rehabiliteringsfase vil brukeren gradvis ta mer og mer ansvar for ulike valg. Ergoterapeutens oppgave er å forsikre seg om at brukeren har fått den informasjonen som er nødvendig for å kunne gjøre valg.

For at begge parter skal være deltakere i relasjonen, må en bruke et språk som begge parter kan forstå. Fagpersoner må ikke gjemme seg bak et vitenskapelig språk, men inkluderer den

andre part i sin språkbruk. Felles språk gjør at en kan være forutsetninger for hverandre. En kan ta del i hverandres opplevelser og meninger. Slik kan ny forståelse og mening vokse og gro, ved at begge parter har muligheter til å ta en aktiv responderende holdning til det som blir sagt. Språket knytter en sammen i sosialt fellesskap.

Når en kommer den andre part i møte med en aktiv responderende mening, må en vise respekt for den andre personen sine meninger og kunnskaper. Ergoterapeut og bruker må anerkjenne hverandres kunnskaper. Autonomi og fellesskap, særinteresser og fellesinteresser fremstår ikke som motstridene, men tvert imot som komplementære verdier. Autonomien kommer fellesskapet til gode. Det kan skifte på hvem som har mest kompetanse, og leder an i diskusjonen, eller i den prosessen en samarbeider om (Fuglestad/Lillejord red. 1997:65).

Asymmetri eller ulik fordeling av kunnskap er ikke til hinder for dialog, snarere tvert imot. Dysthe (1996:115) viser til Thomas Luckman som hevder at asymmetri i kunnskap er selve grunnlaget for dialogen. Dersom vi alle kan og veit det samme, har ikke kommunikasjonen samme verdi. Kunnskap om ulike ting på ulike felt, gjør dialogen nødvendig og nyttig.

### **Hva kommunikasjonen skal gå ut på**

Ergoterapeut og bruker er i en undervisningssituasjon, fordi brukeren skal lære seg å mestre ulike hverdagsaktiviteter på nye måter. Brukerens behov og ønsker for aktivitet og deltakelse på ulike arenaer som hjem, arbeid og fritid må være styrende for målsetninger og plan for tiltak. Det innebærer at brukernes syn på situasjonen, ønsker, ressurser, muligheter og prioriteringer må være utgangspunkt for hva kommunikasjonen mellom partene skal gå ut på. Medvirkning innebærer at brukeren har innflytelse og medbestemmelse på de beslutninger som skal tas når det gjelder mål, plan og tiltak for hans rehabilitering.

### **Hvorfor og hvordan vi kommuniserer**

Ergoterapeut og bruker skal kommunisere med hverandre, fordi bruker søker råd hos henne. De er i en asymmetrisk relasjon. Så tidlig som mulig må ergoterapeuten klargjøre hvilken rolle de skal ha i forhold til hverandre. Brukerne må få informasjon om hva brukermedvirkningssideologien medfører av rettigheter og plikter. Hva innebærer ergoterapeutens rådgiverrolle og hva innebærer en aktiv deltakerrolle fra brukerens side?

Hvordan kan partene i felleskap arbeide for at brukeren skal få et bedre funksjonsnivå?

Fagperson og bruker skal ikke snakke til hverandre, men med hverandre. Det er ikke et møte mellom ekspert og amatør, men mellom en rådgiver og bruker, der rådene tar utgangspunkt i brukerens oppfatning av sine behov, verdier, sosiale roller, ressurser og muligheter, samt hva som er mulig ut fra samfunnsøkonomiske hensyn.

I et dialektisk menneskesyn er relasjonen preget av et møte mellom to subjekter, hvor en møtes som to likeverdige parter, med demokratiske rettigheter til å uttale seg. Den ene parts meninger teller ikke mer enn den andre sine. Gjennom samtale og diskusjon kan en sammen komme frem til ny innsikt. Også i denne type relasjon påvirker en hverandre, men ikke i den hensikt og overtale den andre personen. Tvert imot må personen selv få innsikt og komme frem til en mening eller standpunkt. Det er ikke en person som har monopol på hva som er rett eller galt. En er i dialog med hverandre (Skjervheim 1996:224). Dialog forutsetter argumentasjon og holdbarhet i resonnementene, slik at den enkelte selv kommer frem til egen erkjennelse og standpunkter. Da er en villig til å ta hverandres perspektiv og gjør andres synspunkter likeverdige med sine egne. Å være et myndig menneske innebærer at en kan stille krav både til seg selv og andre om at en skal redegjøre og argumentere for sine handlinger, valg og standpunkter. En skal ikke uten videre overta andre sine tanker og tro at de er de riktige. Krav om begrunnelser og muligheten for uenighet, er kjennetegn ved kommunikativt fellesskap (Thornquist 1998:58).

Dialogen mellom ergoterapeut og bruker må være preget av forhandlinger om hvordan begge parter kan bidra til at brukeren kan nå de mål, som han setter seg, der kompromissløsninger gjerne må tas. Begge parters meninger må bli hørt, enveisoverføring av et budskap fører ikke til forhandlinger. Det er ved å lytte til hverandres meninger og synspunkter på en sak en sammen kan skape og utvikle motivasjon til å finne nye måter for brukeren å mestre hverdagsaktiviteter på. En blir engasjert av hverandre.

Uten dette blir det en snever samtale og samhandling mellom fagperson og bruker.

**Brukermedvirkning er i seg selv et relasjonelt begrep. Det må derfor være en relasjonell tilnærming i en studie av brukermedvirkning.**

Kommunikasjonsproblemer kan oppstå når vi ikke er enige om disse hvem, hva, hvorfor og hvordan. Begge parter har et ansvar for å bidra til å klargjøre disse spørsmål. En ikke-



relasjonell forklaring fører ofte til ansvarsfraskrivelse for den ene part. Misforståelser i en kommunikasjon finner en gjerne i begge parters atferd. I et relasjonelt perspektiv kan både sender og mottaker av et budskap være årsaken til at det misforstås. Dersom en da sier ”Jeg fikk ikke helt tak i det du sa”, i motsetning til ”Du uttrykker deg uklart”, vil en ved Jeg-budskapet trekke inn det relasjonelle aspektet (Wadel 1999:84). Her blir egne handlinger, som for eksempel at jeg lyttet ikke godt nok, tatt med som en viktig faktor i hvorfor budskapet ikke kom klart frem til meg. Jeg- budskapet fordeler ansvaret mellom en selv og den andre part.

I en kommunikasjonsstil av problemløsende art, vil aktørene fokusere mer på bakgrunnen for sine slutninger, og ikke bare formidle slutningene. En må konkretisere sine argumenter, og være nysgjerrig og stille spørsmål i forhold til den andre parts argumenter. Det er ved å gi andre innsyn i sine egne resonnementer at de kan ta stilling til hverandres standpunkter. Men studier viser at denne kommunikasjonsstilen er vanskelig, fordi vi har innarbeid en stil der konklusjonene presenteres og ikke hvordan vi når frem til dem (Einarsen og Sortland ref. Einarsen og Skogstad 2000:161). For helsearbeidere ligger det en betydelig utfordring i å bli mer bevisst på en læringsorientert samtale, der saken er i fokus, og ikke egen prestisje. I ulike offentlige dokumenter sies det at brukerne også må få opplæring i hva brukermedvirkningsbegrepet innebærer. For å kunne ivareta sine rettigheter og plikter må de kunne kommunisere på en måte som fremmer samarbeid, læring og problemløsning. Samarbeidsorientert problemløsning krever at en tror på at samarbeid gir bedre løsninger, heller å tro på at ens egne løsninger alltid er de beste.

Ulik type kunnskap må være en ”berikelse” for samhandlingen. Ikke en trussel mot faglighet, effektivitet og fagfolks faglige frihet. Noe av fagfolks ideer må nødvendigvis vike plassen for brukerens perspektiver. Effektiviteten kan være mindre i selve prosessen, da det ”*tar lengre tid å lytte til pasienten*” som en av informantene sa. Men resultatet kan være mer effektivt i form av at en når et resultat som brukeren er fornøyd med. I brukerideologi kan en finne at det legges vekt på lekmannsskjønn fremfor ekspertisens kyndighet. I en relasjon der begge parter har med seg kunnskaper, men gjerne ulike, må kunnskapene synliggjøres og ”frem på bordet”, og brukes i en forhandlingsprosess, der en kan komme frem til et kompromiss. Men det finnes situasjoner der brukeren er i en posisjon der han avgjør om han vil gjøre seg nytte av de rådene han har fått av fagpersonen. Det er likevel ikke et konkurranseforhold i hvem sine

kunnskaper som veier tyngst. Fagpersonen kan likevel ha gjort en faglig god jobb. Endring i rollene kan ha i seg ambivalensens karakter. Den inneholder både mulighet og risiko. Fuglestad skriver i sin bok "Samspel og motspel" at den "refleksive prosessen kan best forståast ved å ta utgangspunkt i at undervisning er deltakande og gjensidig i sitt vesen. Det er *ikkje tale om isolert, individuell åtferd. Denne forståinga løfter undervisningsprosessane frå eit psykologisk plan til eit sosiologisk plan. Undervisning er ikkje noko som lærarar gjer. Undervisning er noko som lærar og elevar gjer saman*" (Fuglestad 1993:162-163).

Sosiologien må etter min mening få større plass innenfor den pedagogiske kompetanseoppbyggingen som helsepersonell har behov for i forhold til å hvilke konsekvenser brukervedvirkning får for dem. Pedagogikk, psykologi og sosiologi må veves tettere sammen.

I en undervisningssituasjon, eller en pedagogisk situasjon i ergoterapeutisk arbeid er det alltid to parter, den som formidler kunnskapen og den som skal tilegne seg han. Begge parter har hver sine intensjoner og hver sin identitet å ta vare på. Og på et eller annet punkt stopper avsenderen sin rett til og mulighet for å påvirke mottakeren om intensjonene er aldri så gode (Fuglestad 1993). Fuglestad sier videre at det blir derfor viktig, i tillegg til å ha en målsetning, også å forstå den pedagogiske praksis som en *samhandling* mellom de to nevnte parter. Ikke minst blir dette viktig når den moderne kompetanse også forutsetter kunnskap forankret i subjekt og identitet (Fuglestad 1993:51).

I metodekapitlet nevnte jeg at informantene var opptatt av om jeg som forsker fant noe interessant, eller noe nytt under mit opphold på sykehuset. I arbeidet med denne oppgaven, kunne jeg selv til tider bli opphengt i spørsmålet "*Finner du noe?*" Og aller mest "*finner du noe nytt?*". Spradleys ord (Nielsen 1996:64) om at som etnograf prøver en å beskrive et utforsket område heller enn å finne noe bestemt, har hjulpet meg til å forstå at dersom jeg kan sette ord på det alminnelige, det som er skjult fordi folk tar det for gitt, har jeg på sett og vis "funnet noe". En ergoterapeut leste gjennom oppgaven min, og nikket anerkjennende, og sa "*ja, slik er det, men vi som yrkesgruppe bruker ikke ordet fortrolighet, vi bruker tillit. Men nå ser jeg at fortrolighet er mye mer og mer dekkende*". Hun oppdaget noe nytt, og da har jeg beskrevet sider ved brukervedvirkning som kan ha betydning og konsekvenser for brukernes og ulike fagpersoners hverdag.

For å oppsummere denne studiens funn vil jeg si at konsekvensene for brukermedvirkning i et relasjonelt perspektiv er følgende:

Den relasjonelle *samhandlingen* har en saksorientert side og en seremoniell side. På den seremonielle side utvikles det regler og normer for akseptert atferd. Dette kan og uttrykkes som koder i den kommunikative prosess. Informantene mine hadde utviklet fleip og humor, innholdløs, men meningsfull prat (redundant kommunikasjon) og hverdagspråket som noen koder i sin samhandling. Kodene er avhengig av at aktørene forstår dem, og er enige om hvordan og når de skal brukes. Det fører til inkludering i relasjonen, og opplevelsen av å være en gyldig og sosial deltaker. Dette fører til *aktiv deltakelse* fra begge parter. Her ligger en av grunnsteinene for å kunne praktisere brukermedvirkningens intensjoner.

Kommunikasjonen mellom ergoterapeut og bruker må være preget av at begge parter kan oppfatte seg selv som et selvstendig individ med muligheter til å påvirke det som skal skje i rehabiliteringsprosessen. Fra et deltakersynspunkt er ikke alt forhåndsbestemt, men begge parter kan være med å avgjøre handlingene sin gang. En kan gjennom forhandlinger komme med ulike meninger og synspunkter på en sak

Maktdimensjonen i kommunikasjonen kommer blant annet til uttrykk gjennom brukermedvirkningens fallgruber. Når makten ensidig tillegges den profesjonelle fagutøver, kommer en i den paternalistiske fallgrube. I den motsatte fallgruben der brukeren blir behandlet som en kunde, og fagpersonen har en ”jeg-gjør-alt-for-deg” holdning, blir makten ensidig tillagt brukeren. I et relasjonelt perspektiv må makten fordeles mellom partene. Hvordan den skal fordeles, må vurderes ut fra brukerens forutsetninger for å gjøre valg og ta ansvar.

Fordeling av makt kommer også til uttrykk gjennom å anerkjenne hverandres kunnskaper, forhandlinger og rådgivning. Ulike divergerende stemmer eller meninger, er ikke faretruende, eller en trussel i kommunikasjonen, men tvert imot nødvendig for å se en sak fra ulike perspektiv. Det som er faretruende er når ikke alle stemmene får bli hørt og tatt opp til meningsutveksling. For å oppnå et resultat som begge parter kan være fornøyd med, er forhandlinger et viktig kommunikativt redskap i samhandlingsprosesser. Resultatet kan bli at brukeren gjør andre valg enn det ergoterapeuten gir råd om, og det har han full rett til. Men ergoterapeuten har ut fra sine faglige begrunnelser bidratt til å se saken fra ulike ståsteder. I

relasjonen har det kommet frem synspunkter og meninger som en ikke kunne se alene. Det er i relasjonen begge parter kan få nye horisonter.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått nye horisonter for brukervedvirkningens konsekvenser for brukeren og fagpersoner. For å finne flere horisonter, er det nødvendig med videre forskning innenfor et relasjonelt perspektiv på brukervedvirkning. Samhandling innebærer ulike utfordringer innenfor pedagogikk, psykologi og sosiologi. Hvordan kan en som utdanningsinstitusjon oppøve studenters evne til relasjonelle ferdigheter innenfor aktelsesforhold, tillitsforhold, motivasjonsforhold og følelsesforhold? Hvordan skal brukerne få opplæring i disse forholdene?

Denne studien beskriver noen sider ved hva som fremmer eller hemmer brukervedvirkning i ergoterapeutisk arbeid. Dette er et bidrag til noen av konsekvensene som brukervedvirkning fører med seg for tjenestemottaker og tjenesteyter. Andre bidrag kan vise andre ting. Teorier er et utgangspunkt for refleksjon, erkjennelse og for praksis, ikke et mål eller en fasit.

*Tri regnbogar –  
bru yver bru!  
Kvar skal me draga,  
meiner du?*

*Den fyrste gjeng visst  
til paradis,  
Den andre endar  
i snø og is.*

*Den tridje? Den kom då  
denne veg,  
beint ned i hagen  
med deg og meg!*

(Olav H. Hauge, fra Regnbogane)

## LITTERATURLISTE

- Album, D. (1994). Innholdsløs meningsfull prat. Sosiologisk tidsskrift 1994;2:89-108.
- Album, D. (1996). Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano Aschoug AS.
- Album, D. Det kjønnsdelte pasientfellesskapet I: Album, D. og Midre, G. (red.) (1991). Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam AS.
- Askheim, O.P. (1999). Fra lydighet til lederskap? Oslo: Tano Aschoug AS.
- Alvesson, M. og Skjöldberg, K. (1994). Tolkning og refleksjon. Sweden Lund, Studentlitteratur.
- Anderssen, T. M. og Rygge, J. (1997). Det kvalitative forskningsintervju. (Kvale, S., Overs.) Oslo: Ad Notam Gyldendal. (Originalt arbeid publisert 1996).
- Andreassen, T.A. (1992). Refleksjoner om brukermedvirkning. Notat Byggforsk.
- Bae, B. og Waastad, J.E. (red.). (1992). Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakhtin, M.M. (1981). The dialogic imagination. Holquist, C. (ed.) Austin TX:University of Texas Press.
- Bakhtin, M.M. (1984). Problems of Dostoevsky's poetics. Emerson, C. (ed. And transl.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bredland, E.L., Linge, O.A. og Vik, K. (1996). Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bredland, E.L. (1998). Når mennesker møtes. Individuell brukermedvirkning i helsesektoren. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Burns, T. (1992). Erving Goffman. Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.
- Carling, F. (1976). Skapt i vårt bilde. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Carling, F. (1958). Kilden og muren. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Dalland, O. (1999). Pedagogiske utfordringer for helse-og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dyste, O. (red.) (1996). Ulike perspektiv på læring og læringsforskning. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Dyste, O. (1995). Det flerstemmige klasserommet. Skrivning og samtale for å lære. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Eikeland, O. (1997). Demokrati og medvirkning under et nytt kunnskapsforvaltningsregime. Notat 5/97. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.) (2000). Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fiske, J. (1982). Introduction to communication studies. London: Methuen & Co. Ltd.
- Fossåskaret, E., Fuglestad, O. og Aase, T.H. (1997). Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fuglestad, O.L. (1997). Pedagogiske prosessar. Empiri - teori - metode. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fuglestad, O.L. (1993). Samspel og motspel. Kultur, kommunikasjon og relasjoner i skulen. Det norske samlaget.
- Fuglestad, O.L. og Lillejord, S. (red.) (1997). Pedagogisk ledelse – et relasjonelt perspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.
- Glomnes, E. (1991). Noen sier noe! Kommunikasjonsteori. J. W. Cappelens Forlag A.S.
- Goffman, E. (1956). The Nature of Deference and Demeanor. American Anthropologist, Vol. 58, June, 1956 s. 473-477, s.488-499.
- Goffman, E. (1959). The presentation of selv in everyday life. Harmondsworth, Middelsex, England. Penguin books.
- Hagedorn, R. (1997). Foundations for practice in Occupational Therapy. Churchill Livingstone.
- Hauge, O.H. (1993). Dikt i samling. Oslo: Det norske samlaget.
- Haugland, M. (1993). Roller og relasjoner i fysioterapibehandling. Ei analyse av kommunikasjonen mellom fysioterapeut og pasient i ein behandlingsserie. Hovedfagsoppgåve i fysioterapi. Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Hjort, P. (2000). Rehabiliteringsbegrepet – og så videre. Gjesteforelesning i studiet for tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering, Høgskolen i Bergen, 11.02.00.
- Hong, C., S., Pearce, S., Withers A. (2000). Occupational Therapy Assessments: how Client-Centered can They be? British Journal of Occupational Therapy, Vol. 63 No. 7 316-318.
- Isachsen, S.G. (1997). Ergoterapi og problembasert læring- med fokus på problemløsningsprosessen. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag. Det medisinske og Det psykologiske fakultet. Senter for etter- og videreutdanning. Universitetet i Bergen.
- Jacobsen, R. (1999). Samlede dikt. Gyldendal Norsk Forlag ASA.

Johannessen, E., Kokkersvold, E. Og Vedeler, L. ( 1994). Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Josefson, I. (1998). Lakarens Yrkeskunnande. Lund: Studentlitteratur.

Leenderts, T.A. (1997). Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Laberg, T. (1999). Hjelper hjelperne pasientene til å bli brukere? Ergoterapeuten 9/1999:17

Kielhofner, G. (1997). Conceptual Foundations of Occupational Therapy. F.A. Davis Company. Philadelphia, PA 19103.

Kjørup, S. (1996). Menneskevidenskabernes. Problemer og traditioner i humanioras videnskapsteori. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Kullberg, B. (1996). Etnografi i klassrummet. Studentlitteratur.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring i Jensen, Karen (red.) (1990) Moderne omsorgsbilder. Oslo: Gyldendal, s.60-97.

Mæland, J.G. (1995). Helhetlig hjerterehabilitering. Høyskoleforlaget AS.

Mørkeseth, E. I. (1995). Ansvar for læring. Om læringskultur i et oljeselskap. Tidvise skrifter nr.12. Høgskolen i Stavanger: Avdeling for økonomi-, kultur- og samfunnsfag.

Ness, N.E. (1999). Helse gjennom aktivitet. Fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter. NETFs Temahefte 1:1999. Norsk Ergoterapeutforbund.

Nielsen, F.S. (1996). Nærmere kommer du ikke... Håndbok i antropologisk feltarbeid. Fagbokforlaget.

Nygård, R. (1993). Aktør eller brikke? – om menneskers selvforståelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Rommetveit, R. (1972). Språk, tanke og kommunikasjon. Ei innføring i språkpsykologi og psykolingvistikk. Oslo: Universitetsforlaget.

Rønning, R. og Solheim, L.J. (1998). Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Schei, E. og Gulbrandsen, A. (2000). Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Tano Aschehoug.

Skau, G. M. (1998). Gode fagfolk vokser....personlig kompetanse som utfordring. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag as.

Skau, G. M. (1996). Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper. Tano Aschehoug.

Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug.

- Spradley, J.P. (1980). Participant Observation. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Stang, I. (1998). Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient-og brukermedvirkning på alvor. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Svebak, S. (2000). Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (1998). Klinikk – kommunikasjon - informasjon. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (1998). Conceiving Function. An investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy. A dissertation submitted for the degree of doctor philosophiae at the university of Oslo.
- Tjørnov, J. (1987). Ergoterapi Baggrund og udvikling. København/Århus/Odense: Foreningen af danske lægestuderendes forlag.
- Vatne, S (1998). Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vardeberg, K. (1999). Brukermedvirkning – fra nødvendig onde til rettighet og forutsetning? Ergoterapeuten 9/1999;18-21.
- Wadel, C. (1995). Forholdet mellom den sosiale og den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten. Tidvise Skrifter nr. 16, 9-63. Høgskolen i Stavanger: Avdeling for økonomi-, kultur- og samfunnsfag.
- Wadel, C. (1991). Feltarbeid i egen kultur. Flekkefjord: Seek a/s.
- Wadel, C. (1999). Kommunikasjon – et mangfoldig samspill. Flekkefjord: Seek a/s.
- Wadel, C. (1996). Følelsenes sosiologi. Om følelsenes mellommenneskelige forankring. Flekkefjord: Seek a/s.
- Wahl, G. (1998). Den gode hjelper og selvstendige brukere. Rehabiliteringsmagasinet Bris 1/98 Oslo: Rikstrygdeverket.
- Weihe Wallin, H.J. (1997). Relasjonsarbeid og kommunikasjon. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., Law M. (2001). Implementing client-centered practice: Why is it so difficult to do? Canadian Journal of Occupational Therapy, Vol. 68 No.2 70-79.
- Ørstavik, S. (1996). Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang. INAS-NOTAT 1996:8. Institutt for sosialforskning, Oslo.
- Ørstavik, S. (1995). Fri oss fra paternalisme, men frels oss fra ansvar. En ekstern evaluering av prosjektet Livskavlitet og Natur i Vestfold (LINA-prosjektet), et prosjekt for unge uføre med muskel- og skjelettlidelser. Evalueringen vektlegger brukerperspektivet. Rapport 95:6. Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo.



Ørstavik, S. (1995). Hjelp – et dilemma. Om pasienters medvirkning i behandling. Hovedoppgave i sosiologi, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Aamodt, L.G. (1997). Den gode relasjonen - støtte, omsorg eller anerkjennelse? Oslo: Ad Notam Gyldendal.

*Offentlige utredninger og rapporter*

Odelstingsproposisjon 12 (1998-99): Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Sosial- og helsedepartementet.

Odelstingsproposisjon 13 (1998-99): Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lov 1999-07-02 nr.64. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr 21 (1998-99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Sosial- og helsedepartementet.