Roskilde University

Brugerinddragelse

ny professionalisme og nye omsorgsrum?

Holen, Mari; Kamp, Annette

Published in:
Nordisk Välfärdsforskning

DOI:
10.18261/ISSN.2464-4161-2018-01-05

Publication date:
2018

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Holen, M., & Kamp, A. (2018). Brugerinddragelse: ny professionalisme og nye omsorgsrum? *Nordisk Välfärdsforskning*, *1*(2018), 47-57. https://doi.org/10.18261/ISSN.2464-4161-2018-01-05

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 04. Dec. 2025

NORDISK VÄLFÄRDSFORSKNING | NORDIC WELFARE RESEARCH

VITENSKAPELIG PUBLIKASJON

UNIVERSITETSFORLAGET

ÅRGANG 3, NR. 1-2018, S. 47–57
ISSN ONLINE: 2464-4161
DOI: 10.18261/ISSN.2464-4161-2018-01-05

Brugerinddragelse – ny professionalisme og nye omsorgsrum?

Mari Holen*
Lektor, ph.d., Institut for Mennesker og Teknologi, Center for Sundhedsfremmeforskning
Roskilde Universitet
holen@ruc.dk

Annette Kamp*
Lektor, ph.d., Institut for Mennesker og Teknologi, Center for Arbejdslivsforskning
Roskilde Universitet
kamp@ruc.dk

ABSTRACT

User involvement is increasingly the focus reforms of the health care system in the Nordic countries, and may be expected to change the authority and knowledge hierarchies in the care work. User involvement, however, is a broad concept and may be based on ideas of democratization as well as efficiency, redistribution of tasks and user accountability. In this article, we explore how user involvement is practiced in two major areas, psychiatry and COPD, where very different ideas of user involvement are prevalent. Psychiatry is characterized by strong user movements aiming at democratization, while, in the field of COPD, logics of efficiency and accountability are dominant. The article is based on exploratory field studies carried out as part of a larger research project, focusing on methods based on co-production and integrating the users' own knowledge, assessment and perspectives. The article shows how relationships between professionals and users are transformed. It also underline how new forms of knowledge gain momentum, but in ways that raise dilemmas and challenges to the professionals. Finally, we discuss potentials for new spaces for care to emerge, spaces which in a different way are open to participation and everyday life perspectives, but also offer challenges.

Keywords

user involvement, professionals, knowledge, authority

* Forfatterne har bidraget ligeligt til artiklen.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn
Nordiske tidskrifter på nett

ABSTRACT

Brugerinddragelse er i stigende grad omdrejningspunktet i bestræbelser på at reformere sundhedsvæsenet i de nordiske lande og må forventes potentielt at forandre autoritets- og videnshierarkier i omsorgsarbejdet. Brugerinvolvering er imidlertid et bredt begreb og kan bygge såvel på ideer om demokratisering som effektivisering via redistribution af opgaver og ansvarliggørelse af brugerne. I denne artikel udforsker vi, hvordan brugerinvolvering praktiseres på to store kronikerområder, psykiatri og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), der repræsenterer meget forskellige ideer om brugerinvolvering. Psykiatrien er præget af stærke brugerbevægelser med fokus på demokratisering, mens KOL-området snarere er præget af en effektiviserings- og ansvarliggørelseslogik. Artiklen er baseret på eksplorative feltstudier på de to områder gennemført som led i et større projekt om brugerinddragelse og har fokus på brugerinvolveringsmetoder, der bygger på samproduktion, og som på forskellig vis integrerer brugernes egen viden, vurdering og perspektiver. Artiklen viser, hvordan relationer mellem professionelle og brugere transformeres på forskellig vis på de to felter. Den peger desuden på, hvordan nye former for viden vinder indpas, men på måder, der rejser dilemmaer og modsætninger for de professionelle. Sluttelig diskuteres ansatser til nye rum, som på en anderledes måde er åbent for medbestemmelse og hverdagslivsperspektiver, men som også byder på udfordringer.

Nøkkelord

brugerinvolvering, professionelle, viden, autoritet

INTRODUKTION

I de senere år er brugerinddragelse i stigende grad blevet omdrejningspunktet i bestræbelser på at reformere sundhedsvæsenet i Danmark såvel som i andre vestlige lande (Holen, 2011, 2015; Kjær & Reff, 2010; Vrangbaek, 2015). Brugerinddragelse er et bredt begreb med rødder i forskellige samfundsmæssige bevægelser. Forskere på feltet taler om to sameksisterende diskurser: en demokratisk eller social rettighedsdiskurs, der understreger behovet for at udvide brugernes indflydelse og 'myndiggøre' dem i forhold til professioner og institutioner, og en kundemodel, der mere snævert fokuserer på brugervalg som en form for empowerment (fx Braye, 2000; Pearson, 2000). Disse tilgange sameksisterer, men udfoldes forskelligt på forskellige felter (Barnes & Cotterell, 2011). Nordiske forskere peger således på, hvordan fx psykiatriområdet og handikapområdet historisk er præget af stærke sociale bevægelser, som har sat demokrati på dagsordenen, mens fx ældreområdet er langt mere præget af effektiviserings- og kundeorienterede diskurser (Christensen & Fluge, 2016). I denne artikel præsenterer vi studier af, hvordan brugerinddragelse praktiseres på to felter, i psykiatrien og på KOL-området (kronisk obstruktiv lungesygdom), som er en del af ældreplejen – felter, hvor brugerinddragelse netop er meget forskelligt konstitueret.

Vi beskæftiger os på begge felter med brugerinddragelse som 'samproduktion' – en form for brugerinddragelse, som skal understøtte, at brugerne i stigende grad tager ansvar for at mestre egen sygdom, ofte gennem forskellige former for selvmonitorering og -behandling (Lupton, 2014; Lupton & Jutel, 2015). Ansvaret for sundhed og omsorg distribueres hermed på nye måder mellem brugere og forskellige professionelle grupper (Timmermans & Berg, 2003).

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn
Nordiske tidskrifter på nett

Vi ser på, hvordan ansvar og relationer i omsorgsarbejde transformeres, og hvordan dette skaber nye udfordringer, modsætninger og paradokser for de professionelle. De professionelle spiller en central rolle i at udvikle brugerinddragelse til praksis. De oversætter modeller til praksis med baggrund i deres professionelle viden og tilgang og er dermed med til at skabe rammerne for brugerinddragelse (Czarniawska & Sevón, 2005). Samtidig former og forandrer brugerinddragelse også de professionelles forståelse af egen praksis, vidensgrundlag, ansvar og relationer til brugerne.

Brugerinddragelse er veletableret i psykiatrien, og især inden for recoverytænkning betragtes det som selve nøglen til bedring at inddrage brugeres perspektiver og deres hverdagsliv, inddrage lægekspertise (Karlsson & Borg, 2017). Der arbejdes således i psykiatrien med metoder til brugerinddragelse, som søger at øge muligheder for indflydelse og valg. Recoverybølgen kan overordnet ses som "ny psykiatri" og som et opgør mod tidligere tiders kronificering og passivisering af psykiatriserede personer. Recoverybølgens succes må ses, i lyset af at psykiatrien på mange måder kan siges at være i krise. Psykiatriens faglige grundlag anfægtes fra flere sider på grund af utilstrækkelig behandlingsmæssig succes (Gøtzsche, 2014; Whitaker, 2010). Samtidig stiger antallet af mennesker med psykiatriske diagnoser. Men udviklingen mod øget brugerinddragelse er en konfliktfuld og modsætningsfuld proces. Psykiatriske brugere anskues ofte ikke som fornuftige og rationelle subjekter, og deres meninger og ønsker ofte bliver tolket som en del af deres diagnose (Ringer & Holen, 2016; Sverdrup, Myhrvold, & Kristoffersen, 2007).

I gruppen af KOL-ramte har et flertal misbrugsproblemer, tilhører de nederste sociale lag og er uden for arbejdsmarkedet; KOL er således forbundet med samfundsmæssige stigma. Det har betydning for de metoder og de sociale relationer mellem professionelle og brugere, der udvikles. På KOL-feltet præges forståelsen af brugerinddragelse i høj grad af en effektiviserings- og kvalitetsdiskurs: KOL er et stort kronikerområde, der implicerer mange belastende, omkostningstunge og gentagne hospitalsindlæggelser. Brugerinddragelse får derfor ofte den funktion, at det skal forhindre genindlæggelser. Brugerinddragelse sigter primært mod at forbedre borgerens indsigt og adfærd i deres sundhed og sygdom. Metoderne spænder fra snævert medicinsk informeret undervisning af brugerne i selvbehandling til forsøg på rehabilitering med udgangspunkt i kronikerne og deres hverdagsliv og livsstil. Sundhedspædagogiske tilgange spiller derfor en vigtig rolle i de professionelles arbejde (Christensen & Fluge, 2016; Meldgaard Hansen & Kamp, 2016).

Det er således to felter, som adskiller sig fra hinanden i deres tilgang til brugerinddragelse. På begge områder praktiseres imidlertid metoder, som søger på bredere vis at inddrage brugernes hverdagsliv og egne perspektiver på forløbet samt ikke blot at give brugerne isolerede på forhånd definerede valg, men at åbne for en genforhandling af autoritetsstrukturer. Det er praktiseringen af sådanne metoder, vi har valgt at studere: brugerstyrede senge i psykiatrien og videounderstøttede brugersamtaler med KOL-patienter (teleKOL-samtaler).

Artiklen er opbygget på følgende måde: Efter en kort redegørelse for vores metodologi præsenterer vi to analyser. Vi begynder med en analyse af de praksisser, der udfoldes i forhold til en *brugerstyret indlæggelse* på det psykiatriske område og dernæst af *teleKOL-samtaler.* I analyserne ser vi på, hvordan relationer mellem professionelle og brugere transformeres, hvordan nye former for viden vinder indpas, samt på de dilemmaer og modsætnin-

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn
Nordiske tidskrifter på nett

ger, der rejser sig for de professionelle. Artiklen afsluttes med en diskussion af, hvordan disse typer af brugerinddragelse sætter valg, frihed og omsorg i spil. Særligt diskuteres ansatser til nye rum, som på en anderledes måde er åbner for medbestemmelse og definering i andre tankeregimer (Rose, 2006), men som også byder på udfordringer.

METODOLOGI

Grundlaget for vores analyse er et eksplorativt studie (*Metodeudvikling med patienten som partner*), som vi udførte i 2015-16 i samarbejde med Region Sjælland, Danmark. Målet med det overordnede projekt var at undersøge potentialer og barrierer for regionens forskellige inddragelsesmetoder af langtidssyge borgere/kronikere. Projektet indebar en lang række aktiviteter som fælles workhops med praktikere, eksperter og forskere, hospitalsbesøg i andre regioner, litteratursøgninger og endelig casestudier af udvalgte brugerinddragelsesmetoder i regionen.

I dette kapitel trækker vi på det samlede projekts indsigter eksemplificeret ved to anvendte brugerinddragelsesmetoder på de store kronikerområder psykiatri og KOL, som vi undersøgte, brugerstyrede indlæggelser i psykiatrien (BSI) og teleKOL-samtaler. Hvor BSI handler om at tilbyde udvalgte borgere med en lang psykiatriske historie mulighed for i en periode at indlægge sig selv i særligt afsatte "senge" på en hospitalsafdeling, tilbyder teleKOL relativt lange åbne ugentlige samtaler, som ikke nødvendigvis har et medicinsk formål, men tager udgangspunkt i brugerens samlede livssituation. Metoderne og kontakten til nøglepersoner er valgt via regionens samarbejdspartnere i det overordnede projekter med det mål at finde håbefulde metoder for brugerinddragelse, der inddrager brugernes hverdagslivsperspektiver og lægger op til en form for myndiggørelse.

Metoderne og deres udfoldelse i praksis er studeret via eksplorative casestudier baseret på analyse af observationer og interviews af/med professionelle og brugere fastholdt via feltnoter og transskriberede båndoptagelser af interviews. Dertil kommer analyser af skriftligt materiale om metoderne. Desuden er der gennemført samtaler med nøglepersoner både på regionsniveau og lokalt, hvor metoderne anvendes. Det, vi især har bragt i spil som grundlag for denne artikel, er:

BSI: 1 dags observation i afdelingen, 4 interviews med borgere tilknyttet projektet (2 hjemme hos borgeren, 2 i afdelingen), 1 interview med 2 sygeplejersker i afdelingen, 3 interviews med nøglepersoner (tovholdere for projektet), skriftligt materiale om projektet, rapport om projektet, 2 informationsfilm om projektet (det empiriske materiale for BSI er produceret af Mari Holen og Agnes Ringer).

TeleKOL-samtaler:1 dags observationsstudier af interaktionen mellem telesygeplejersker og borgere samt 3 semistrukturerede interviews med telesygeplejerske, kommunens policydokumenter samt en 'erfa-rapport' om teleKOL-arbejdet udarbejdet af kommunens telesygeplejersker. Rapporten omfatter beskrivelse af formål, fremgangsmåder og forløb; refleksioner over, hvordan metoden kan være med til at skabe sundhed (i bred forstand) for borgerne på baggrund af små casebeskrivelser af brugerforløb (det empiriske materiale for teleKOL er produceret af Annette Kamp).

Analytisk er vores artikel inspireret af to teoretiske positioner. Den ene position tager udgangspunkt i Nicolas Rose (Rose, 2006), som er optaget af, hvordan neoliberal styring lægger til rette og stimulerer etablering af bestemte udgaver af individuel frihed og valg.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn
Nordiske tidskrifter på nett

Rose er hjælpsom ift. kritisk at analysere frihed og valg, som problematiserede og forhandlede aspekter af brugerinddragelse. Det er gennem analyse af frihed og valg, at vi udforsker transformationerne af relationerne mellem brugere og professionelle som en del af neoliberal styringsregime. For det andet er vi inspireret af teknologisociologien og actor netvork theory (Latour, 2005), som har fokus på de sociomaterielle praksisser, der udfolder sig. Her er særligt Annemarie Mols bidrag om 'the logic of choice' og 'the logic of care' interessant (Mol, 2006). Hun forholder sig – som Rose – kritisk til samtidens tendens til hylde individuel frihed og valg og har fokus på, hvordan 'valg' og 'omsorg' som logikker sameksisterer og etableres som praksisser i specifikke kontekster. Denne tilgang åbner blikket for paradokser og clash i komplekse kontekster, men også for uintenderede, potentielt mulighedsskabende praksisser.

BRUGERINDDRAGELSE I PRAKSIS

BSI – forhandlinger af autoritet, egnethed og nye omsorgsrum

Indlæggelser i BSI-regi sker på en helt almindelig psykiatrisk sengeafdeling, men uden lægefaglig visitation (modtagerafdeling). Det er altså BSI-patienterne selv, der vælger at blive indlagt og udskrevet ud fra deres egen vurdering. Dette opfattes af brugerne som noget meget attraktivt. Som en af brugerne udtrykker det: *"Hvis jeg kan blive indlagt på den måde, så holder jeg op med at spille lotto. Så har jeg vundet."* Visitationsafdelingen betegnes af samme bruger som *"et sorteringsapparat. De skal hitte ud af, hvem der har det dårligt, og dem, der har det mindre dårligt."* Det radikale i BSI-projektet er, at brugerne og ikke de professionelle har mandatet til at afgøre behovet for indlæggelse.

Men det betyder imidlertid ikke, at de professionelle helt afgiver deres autoritet. For at blive en del af projektet skal man visiteres. En af kriterierne er, at man skal have haft mere end 4 indlæggelser eller mere end 2 tvangsindlæggelser de seneste 2 år, eller længerevarende indlæggelser defineret som mere end 30 dage. Der er imidlertid også andre mere kvalitative krav for at blive visiteret: et krav om *egnethed og vurderinger om patienten vil have nytte af projektet.* Dermed bliver de professionelles faglige vurderinger rammesættende for brugernes adgang til egenvurdering.

Et gennemgående træk i denne egnethedsvurdering er jævnfør interviews med både professionelle og patienter, at der kræves en særlig form for ansvar hos brugeren – et ansvar, der ofte defineres som *psykiatrisk kompetence i selvvurdering*. Flere professionelle understreger, at patienterne skal have *god sygdomsindsigt*. Det er nærmest et gode ved brugerinddragelse, som Fie udtrykker: *"Det er en god ting, at man bliver mere bevidst, måske også om sin sygdom, og hvad man kan gøre."* Og har man ikke sygdomsindsigt, er det en nærliggende forklaring på manglende evne til at håndtere brugerinddragelse på en relevant måde:

> Der er i hvert fald nogle stykker, som slet ikke kan … Så … altså så … De kan ikke … Jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det. Hvad siger man. De kan ikke administrere det. Kan man sige det? Det er også lidt hårdt at sige sådan. (Fie, sygeplejerske)

Således bliver evnen til inddragelse et spørgsmål om at netop trække på psykiatriens vidensrationaler, som ikke nødvendigvis flugter med egne blikke og synspunkter på éns

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn Nordiske tidskrifter på nett

situation. Selv om psykiatriens grundbegreber som tidligere beskrevet er til overordnet diskussion, og forskning peger på det problematiske i, at 'sygdomsindsigt' er indgangsbilletten til inddragelse (Ringer, 2013), bliver det tydeligt, at ansvarlighed er koblet til 'compliance' i denne særlige psykiatrisk udgave.

Samtidig gør BSI-projektet meget ud af at få brugerne til at lade sig indlægge, inden de får det alt for svært. En pointe er, at de brugerstyrede indlæggelser skal virke forbyggende på ordinære indlæggelser. Som en af brugerne udtaler:

> Jeg trækker den lidt hver gang. Eeeeej, men nu skal du bare se i morgen og sådan noget. Men det har jeg fået at vide af hende, blandt andet, Mona (projektsygeplejerske) der. Du skal ikke trække den. Du skal bare komme lidt før. Hellere før end for sent.

Således pålægges det borgerne at balancere mellem ikke at indlægge sig selv hverken for meget eller for lidt – en balancegang, det ikke altid er nemt at ramme, og som samtidig er nøglen til at blive vurderet egnet.

Et andet aspekt ved BSI-projektet er det forhold, at patienterne er indlagt under nogle andre rammebetingelser end ordinære patienter. Fordi patienterne ikke er lægefagligt visiteret til afdelingen, har man valgt, at patienterne hellere ikke har lægesamtaler, får justeret medicin eller er underlagt andre tiltag, der kræver lægefaglige afgørelser (fx tvang).

Omvendt er de institutionelle rammebetingelser ikke uændret fra sædvanlig psykiatri, og personalet og rutiner i afdelingen er i mange tilfælde de samme for ordinære som for BSI-patienter. Man kan derfor sige, at indlæggelsen sker i en gråzone, som gør territoriet ukendt for både professionelle og patienter. Som en af brugerne, som også sidder i brugerrådet for ordningen, udtrykker det, har der fra nogle brugere været kritik af, at der ikke var nok tid til BSI-patienterne, når de var indlagt. På den måde kan man sige, at BSI-patienterne internt i afdelingen kan føle sig andenklassespatienter.

En af ildsjælene for BSI bekymrer sig af samme grund for, om BSI-patienterne føler, at de er velkomne i afdelingen: *"(…) de ønsker [måske] lidt mere opmærksomhed, mens de er indlagt. Og der kan de nok føle sig lidt afvist. At der er lidt tid til det. At de føler sig sådan som … ikke ordentlige patienter."*

Udtalelsen kunne tyde på, at de professionelle har svært ved at håndtere forskellige kategorier af patienter. En BSI-indlæggelse er netop ikke som andre indlæggelser, fordi traditionel medicinsk behandling er taget ud af ligningen. Dette beskrives af andre som projektets styrke. I samtaler med en anden af ildsjælene bag projektet, Solveig, får vi at vide, at hun helst havde set, at BSI-indlæggelserne ikke var på psykiatrisk afdeling. Hun synes, det *"ville være fantastisk med fx en villa, der var mindre institution end en afdeling og derfor måske bedre kunne distancere sig fra en almindelig afdeling."*

Udtalelsen kan ses som et ønske om at frigøre sig fra den medicinsk psykiatri og at kunne tænke i nyopdagede omsorgsrum for de tilknyttede patienter.

Opsummerende kan man sige, at BSI tilbyder en ganske omfattende form for brugerinddragelse, som de interviewede patienter ganske entydigt er glade for. Især muligheden for at blive indlagt uden om visitationen opfattes som en stor lettelse. BSI indebærer også en anerkendelse af brugernes egen evne til at vurdere og tage beslutninger og giver løfter om nye rum uden for den etablerede psykiatri. Imidlertid indebærer ordningen usikkerhed

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn
Nordiske tidsskrifter på nett

og ambivalens hos de professionelle, som manifesterer sig i diskussioner om patienternes egnethed og legitimitet i afdelingen – og at spørgsmålet om afgivelse af autoritet ikke er betinget nemt.

TELEKOL SOM BRUGERINDDRAGELSE

Udgangspunktet for teleKOL som brugerinddragelse er, at brugerne styrer samtalen. Det betyder, at samtalerne oftest drejer sig om brugernes hverdagslivsproblemer og ikke struktureres af professionelle begreber og målinger. Brugerne forbereder normalt ikke spørgsmål til sygeplejersken, men fortæller om de problemer, der optager dem. De professionelle får dermed nye opgaver og roller. Ofte optræder sygeplejersken som en slags fortrolig ven og diskussionspartner, som nedenstående eksempel viser.

> Gerda, en ældre dame, som skal tilbringe juleaften hos familien, ville helst melde afbud, fordi hun ikke kan tåle røgen fra stearinlys. Hun synes imidlertid ikke, at hun kan melde fra, men vil heller ikke ødelægge julestemningen for andre. Sygeplejersken Maria og Gerda diskuterer dette dilemma og diskuterer, hvordan man kan få sagt fra på en god måde. (Feltnoter)

I andre tilfælde sørger sygeplejersken for, at brugeren får den rigtige hjælp via hendes netværk og kendskab til sundhedssystemet. Brugere med KOL får typisk mange andre helbredsproblemer, og derfor trækkes specialister fra forskellige områder ofte ind på tværs af formelle forretningsgange. Men sygeplejersken tager også på sig at være brugerens advokat. Maria fortæller for eksempel om, hvordan en psykisk sårbar bruger oplevede det at få besøg af 22 forskellige personer fra hjemmeplejen over 22 dage. Maria bemærker, at brugeren bliver så psykisk dårlig, at hun slet ikke får lavet de KOL-øvelser, hun skal.

> Så skriver jeg til min områdeleder: 'I må ordne det her. Alternativet er, at vi er nødt til at tilbyde hende (brugeren) en privat udbyder på hjemmepleje, fordi de ikke kan sikre kontinuitet. Altså, kan vi ikke tilbyde hende det, hun har brug for, i kommunalt regi, må vi jo tilbyde hende privat [hjælp]. Det kan de ikke lide at høre, vel. Men ... jeg er jo hendes sagfører, hendes advokat. Jeg vil meget, meget gerne være loyal over for systemet … Men ret skal være ret. (Maria, telesygeplejerske)

Telesygeplejersken optræder således både som brugerens advokat, som netværksressource og som ven og diskussionspartner, i forhold til hvordan man håndterer hverdagens sundhedsmæssige og sociale problemer. Den professionelle vurdering af brugerens tilstand er nedtonet i disse samtaler, men danner alligevel en ramme om dem. Den overordnede dagsorden er at få styr på kost, motion, søvn, vægt, medicin og psykisk status. I tråd med de principper om hjælp til selvhjælp, som er kernen i rehabilitering, skal samtalerne i princippet ikke anvise handlinger, men 'så frø' og understøtte borgernes egen handlen, også – men ikke kun – i forhold til gode levevaner og rytmer.

Maria beskriver telesygeplejerskernes rolle som sundhedspædagog som 'de små trins politik'. Der er meget hyggesnak, men også jokes om nogle af de mål, hun får borgerne til at sætte sig, fx at gå tre trappetrin tre gange dagligt. Selv om udgangspunktet er 'at så frø' og opfordre til handling, indgår Maria faktisk aftaler med de fleste borgere om mål og handlinger, fx at nedsætte forbruget af tobak eller alkohol, motion mv. Det bliver en balance i

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn
Nordiske tidskrifter på nett

samtalen at opretholde ligeværdigheden og fortrolighed, samtidig med at der laves små 'kontrakter'. Der altså tale om en særlig form for guidning og udvikling af brugerne til at tage ansvar og udvise en god sundhedsmæssig adfærd baseret på deres egne mål og beslutninger.

De nye identiteter, som telesygeplejerskerne indtræder i, som ven og fortrolig, advokat og læremester, fordrer en særlig relation mellem bruger og professionel. At udvikle tillid i relationen beskrives som et vigtigt omdrejningspunkt som grundlag for, at samtalerne overhovedet giver mening. Der tales om ærlighed i kommunikationen, men også evne til at rumme meget forskellige livsvalg og mennesker og at etablere ligeværdighed i samtalen. Som Maria udtrykker det: *"Det handler om kommunikation ... det handler om dialog ... det handler om meget om empati ... om interesse i at nå det hele menneske."*

Maria fortæller, hvordan de virtuelle samtaler skaber en særlig intensitet og intimitet:

> Om der er gammel mad i køleskabet … de ting, vi observerer, når vi kommer i hjemmet, det ser vi ikke hen over skærmen. Men til gengæld så ser vi ... Vi ser faktisk sindsstemninger på en helt anden måde. Så jeg kan godt sige til en borger: Jeg synes, du virker lidt fraværende ... lidt nedtrykt? Altså gå ind og gå i dybden. (Maria, telesygeplejerske)

> Relationen er meget intens. Relationsarbejdet er mere intenst over skærmen, end det er, når vi er der fysisk. Der er ikke noget at gemme sig i. Man kan ikke sidde og gemme sig i et sår, [som] hvis man er ude at lave sårpleje ... man snakker ikke om blomsterne i vindueskarmen, hvis der er en, der bliver ked af det. (Maria, telesygeplejerske)

Det er altså relationer præget af intimitet og intensitet og også en form for nøgenhed. Ansvaret er distribueret, så de professionelle guider brugeren til selv at tage ansvar for at tage små skridt i den rigtige retning, mens den professionelle roser og opmuntrer. Men samtidig går de professionelle også langt bredere ind – observerer 'sindsstemninger' og understøtter brugeren i at løse eller bearbejde de mange små og store hverdagsproblemer, som kan hindre fremgang i sundhedsmæssig henseende.

Det er således arbejde, der opleves som meget meningsfuldt, men som også kan indebære stort ansvar og stærke følelsesmæssigt belastninger, hvilket illustreres af følgende casehistorie:

> Maria fortæller om en bruger, som hun stødte på på torvet, hvor han var i selskab med en gruppe af andre misbrugere, og som netop da akut havde vejrtrækningsproblemer. Han havde ingen tillid og kontakt til det professionelle system. Hun hjalp ham akut og fik ham i et teleKOL-forløb, og nu, et halvt år efter, er der sket mange små forbedringer i hans liv, baseret på deres ugentlige samtaler og etablering af et stærkt tillidsforhold. Han ringer således til hende for at fortælle, at hans eneste rigtig gamle og nære ven netop er død; hun minder ham om, hvor vigtigt det er ikke at falde i igen (med alkohol), og de aftaler at holde kontakt over julen. (Feltnoter)

Sammenfattende forsøges det via disse samtaler at tilbyde borgerne en position, hvor der i højere grad er respekt for dem og deres livsvalg, og hvor der sigtes på at sætte dem i stand til at mestre deres liv. De professionelle får her i højere grad en sundhedspædagogisk og terapeutisk position. Men de involveres også i en mere intim relation med brugeren, hvor gensidig respekt og autenticitet er bærende. Det relationelle og emotionelle arbejde er der-

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn
Nordiske tidsskrifter på nett

for ganske stort og kan være både berigende og belastende. Også for brugerne stiller det nye krav at indgå i denne intime relation. Samtidig forpligtes de på at holde deres del af de små uformelle kontrakter og vise vilje til fremskridt.

KONKLUDERENDE DISKUSSION – BRUGERINDDRAGELSE OG NYE OMSORGSRUM?

Denne artikel peger på, hvordan brugerinddragelse i praksis indebærer inddragelse af nye former for viden og distribuerer ansvar mellem brugere og professionelle på nye måder, men også, hvordan dette udfordrer og forandrer relationer i omsorgsarbejdet. De metoder til brugerinddragelse, vi har studeret, bygger begge på principper om samproduktion, men er indlejret i to forskellige felter, psykiatrien og KOL-/ældreplejen, som adskiller sig i de rationaler og forståelser af brugerinddragelse, der dominerer.

Brugerstyrede indlæggelser i psykiatrien (BSI) kan således ses som udtryk for en myndiggørelseslogik udviklet i et felt, hvor demokratiseringsdiskursen er stærk og bæres af brugerbevægelser på området. Der er tale om en metode, der tilbyder brugeren at indgå i en kritisk valgsituation og vælge (indlægges/ikkeindlæggelse, udskrivelse/ikkeudskrivelse) på baggrund af egen vurdering af behov. Her sker altså en forskydning af ansvar og autoritet fra professionel til bruger. TeleKOL-samtalerne i ældreplejen er derimod i højere grad udtryk for en neoliberal empowermentlogik, der er udviklet i et felt, hvor denne type tænkning indgår i diskurser om effektivisering og kvalitetsløft. Her tilbydes langvarige forløb, der ansporer og støtter brugeren til at træffe og fastholde de rigtige valg, rutiner og praksisser tilpasset til en kompleks hverdagssituation. Der indledes således en proces, hvor de professionelle arbejder med skoling og ansvarliggørelse af brugeren i forhold til egen sundhed i bred forstand.

I begge tilfælde indebærer det, at professionelt ansvar udøves på nye måder. I BSI-casen er det nu brugerens vurdering, der gælder. Men det betyder ikke, at de professionelles vurderinger er lagt på hylden. Det er de professionelles vurdering af, om man som borger er 'egnet' til at indgå i ordningen, som i sidste ende er afgørende. Her spiller klassiske medicinske forestillinger om 'sygdomsindsigt' en vigtig rolle, så sat lidt på spidsen kan man, sige at der åbnes for myndiggørelse af brugeren; brugerens egne perspektiver på situationen inviteres ind, men forudsætningen er, at den overordnede medicinske forståelsesramme fastholdes. I teleKOL-casen struktureres samtalen af brugeren, og de professionelle nedtoner deres vurderinger, men der er et pædagogisk sigte. Relationelle, emotionelle og sundhedspædagogiske vidensformer indgår som nye elementer i fagligheden og kommer til at spille en stor rolle i den professionalisme, der praktiseres. Der opstår også nye professionelle områder – en pædagogisering af fagligheden, som når kompetencer i motivation og coaching træder i forgrunden (se fx Meldgaard Hansen & Kamp, 2016; Mik-Meyer og Järvinen 2012). Der er imidlertid ofte tale om uklare og svært afgrænselige faglige områder, og det kan betyde, at der opstår mange tavse og usynlige dele af det professionelle arbejde (Suchman, 1995).

Også brugerens ansvar forandres. Mens den psykiatriske bruger nu må mestre at balancere sine selvindlæggelser ud fra refleksioner over sine behov, må den KOL-ramte bruger mestre at indgå i intense og intime relationer med den professionelle, hvor brugerens

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn
Nordiske tidsskrifter på nett

bekymringer og sundhedsadfærd lægges frem til diskussion. Relationerne mellem brugere og professionelle forandres således på forskellig vis på de to felter, men på en kompleks og ikkeforudsigelig vis, ikke simpelt som udligning af 'magtdifferentiale'.

Brugerinddragelse kan dermed ikke simpelt ses som en bevægelse, hvor professionel viden og ansvar må vige for at give plads til andre vidensformer – ofte benævnt som lægviden – brugernes særlige ekspertise og erfaringer fra eget liv. For det andet er der snarere tale om, at de professionelles viden og vurderinger bringes i spil på nye måder, end at den afmonteres.

Fælles for de to metoder er imidlertid, at de bringer brugernes hverdagsforståelse ind i feltet og giver legitimitet til denne vidensform. Symbolsk og konkret lægges der op til en større anerkendelse og respekt for brugerne og deres livsvalg. Og dermed ser vi spirer til alternative omsorgsrum. Rummene udfordrer etablerede normer og rationaler, og vi ser, at de i nogle tilfælde omdefineres og koopteres. På den baggrund må vi se dem som skrøbelige; de er på nogle måder fremmede ift. et velkendt medicinske paradigme med dets tænkning og praksis, hvilket indebærer, at aktører og systemer må eksperimentere med, hvordan de skal tænkes og udfyldes.

REFERENCER

Barnes, M., & Cotterell, P. (Eds.) (2011). *Critical Perspectives on User Involvement.* Bristol: The Policy Press.

Braye, S. (2000). Participation and Involvement in Social Care. In H. Kemshall & R. Littlechild (Eds.), *User Involvement and Participation in Social Care* (pp. 5–21). London: Jessica Kingsley Publisher.

Christensen, K., & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitikk: Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for Velferdsforskning, 19*(3), 261–277. DOI: http://dx.doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04

Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2013). *Psychology, Mental Health and Distress.* Palgrave Macmillan.

Czarniawska, B., & Sevón, G. (Eds.) (2005). *Global ideas: How ideas, objects and practices travel in the global economy. Advances in Organization Studies series.* Malmö: Liber and Copenhagen Business School Press.

Gøtzsche, P. C. (2014). Why I think antidepressants cause more harm than good. *The Lancet Psychiatry, 1*(2), 104–106. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70280-9

Holen, M. (2011). *Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital.* Roskilde University.

Holen, M. (2015). Patientinddragelse som politik – hvordan blev det muligt og hvad bliver det til? *Gjallerhorn, 20,* 37–47.

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjær, P., & Reff, A. (Eds.) (2010). *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet.* (1. udgave.). København: Handelshøjskolens Forlag.

Latour, B. (2005). *Reassembling the social.* Oxford University Press.

Lupton, D. (2014). *Self-tracking Cultures: Towards a Sociology of Personal Informatics.* Sydney, Australia: Conference Paper OzCHI ´14 dec 2–5.

Lupton, D., & Jutel, A. (2015). "It´s like having a physician in your pocket!" A critical analysis of self-diagnosis smartphone apps. *Social Science & Medicine, 133,* 128–135. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.004

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn
Nordiske tidskrifter på nett

Meldgaard Hansen, A., & Kamp, A. (2016). From Carers to Trainers: Professional Identity and Body Work in Rehabilitative Eldercare. *Gender, Work & Organization, 25*(1), 63–76. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/gwao.12126

Mol, A. (2006). The logic of care: Health and the problem of patient choice. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*.

Pearson, C. (2000). Money Talks: competing discourses in the implementation of direct payments. *Critical Social Policy, 20*(4), 459–477. DOI: http:/dx.doi.org/10.1177/026101830002000403

Ringer, A. (2013). *Listening to patients: a study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice*. Roskilde: Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning.

Ringer, A., & Holen, M. (2016). "Hell no, they'll think you're mad as a hatter": Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health (London, England?: 1997)*, *20*(2).

Rose, N. (2006). *The Politics of Life Itself Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Woodstock: Princeton University Press.

Suchman, L. (1995). Making work visible. *Communications of the ACM, 38*(9), 56–64. DOI: http://dx.doi.org/10.1145/223248.223263

Sverdrup, S., Myhrvold, T. M., & Kristoffersen, L. B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter* (NIBR rappo). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care.* Philadelphia: Temple University Press.

Vrangbaek, K. (2015). Patient involvement in Danish Health Care. *Journal of Health Organization and Management, 29*(5), 61–624. DOI: http://dx.doi.org/10.1108/jhom-01-2015-0002

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown Publishers.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2018 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn
Nordiske tidskrifter på nett