



Internkontroll og kvalitetssikring av tjenestene i kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser.

Cathrine Hornbech Andersen

Veileder

Anne Marie Støkken

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2015
Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap
Institutt for sosiologi og sosialt arbeid

Skjult bak det psykotiske livet pågår et normalt psykisk liv inne i ethvert schizofrent menneske.

Vi kan legge til at det bak hverdagsatferden foregår et schizofrent liv inne i ethvert friskt menneske"

-Bleuler-

Forord

Masteroppgaven skrives innenfor Velferdsstudier med fordypning i sosialt arbeid ved UIA. Det å skrive masteroppgave har vært utfordrende og spennende. Utfordrende fordi det innebar mye arbeid og krevde en stor innsats. Spennende fordi jeg fikk fordype meg i noe som har vekket en faglig interesse og som jeg føler har tilført meg som sosionom mye praktisk kunnskap. Mitt første møte med arbeidslivet som nyutdannet sosionom var i en døgnbemannet kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser. Det var et møte med arbeidslivet og det å jobbe med mennesker, som både underveis og i ettertid, har gitt meg mange faglige utfordringer og refleksjoner. Jeg har fått utfordre meg selv på mange plan, både faglig og personlig. Det har i stor grad utfordret meg som person og har tvunget meg til å revurdere noen av mine holdninger og fordommer underveis.

Beboerne i denne boligen har tilført meg utrolig mye, og jeg vil spesielt rette en takk til dem. Dere har gitt meg en start på arbeidslivet jeg alltid kommer til å ta med meg videre. Dere har åpnet opp for at jeg kan bli en bedre tjenesteyter for andre jeg kommer til å møte videre som sosialarbeider. Dere har gitt meg et større perspektiv på de utfordringene dere sliter med, og hva som er viktig for dere. Likevel er det viktigste jeg sitter igjen med en ydmykhet i forhold til hva jeg ikke vet, hva jeg ikke kan, og hva jeg ikke ser. Jeg har fått en annen ydmykhet for hvem som eier deres sannhet. Jeg håper jeg aldri glemmer at det er dere, brukerne, som alltid vil være eksperten i eget liv.

Jeg vil også rette en stor takk til alle som sa seg villig til å delta i masteroppgaven, og som har holdt ut med min dårlige tid og alle endringer av tidspunkt. Jeg vil også takke min kjære Nikolai Løvig for å alltid ha troen på meg, stort sett mer enn jeg har hatt selv. En stor takk til mine to barn og tre bonusbarn som tidvis har forsøkt å utvise litt tålmodighet.

Takk til min veileder Anne Marie Støkken for god veiledning og gode drøftinger rundt temaet underveis. Kanskje aller mest takk for at du aldri stilte spørsmål ved om jeg kom til å rekke å bli ferdig ...

Froland, November 2015

Cathrine Hornbech Andersen

Sammendrag

Siden etableringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har det vært en målsetting å oppnå økt frivillighet i psykisk helsevern, med større fokus på brukervedvirkning og mindre bruk av tvang og makt. Det er i senere tid forsket mye på om man har nådd målsettingene i Opptappingsplanen. Mye av forskningen har blant annet fokusert på hvordan kommunene har klart å følge opp med antall boliger, hvordan instansene samhandler og om brukervedvirkning overholdes. De seneste årene har det også kommet noen nyere rapporter om kvalitet i tjenestene og bruk av tvang. Dataene fra disse rapportene er hentet fra helseforetakene og sier lite om hvordan situasjonen er i de kommunale tjenestene i boligene. En nyere evaluering av Opptappingsplanen utført av Brofoss og Larsen (2009) for Norges Forskningsråd viser at man vet lite om innholdet i det tjenestetilbudet som gis, og dermed også lite om kvaliteten i disse tjenestene. I denne masteroppgaven ser jeg på hvordan personalet håndterer kvalitetssikring av tjenestene som ytes i de kommunale boligene for mennesker med psykiske lidelser når det kommer til brukervedvirkning, tvang og makt.

Denne masteroppgaven er basert på kvalitative intervjuer med noen informanter fra personalet i noen slike boliger i en utvalgt kommune. Dataene ble hentet inn vår og sommer 2015 og er basert på data fra 5 informanter som har relevant utdannelse og lang erfaring fra psykisk helsearbeid i kommunal bolig. Det datamaterialet som ble generert gjennom intervjuene er videre tolket og analysert opp mot, lovverk, gjeldende retningslinjer og teori. Dette innebærer tre ulike teoretiske tilnærminger til materialet, gjennom lovverk, gjeldende retningslinjer og teoretiske perspektiver på brukervedvirkning, tvang og makt, kvalitetssikring og internkontroll.

Informantene sine fortellinger viser at de opplever mange utfordringer knyttet til forholdet mellom frivillighet og bruk av tvang og makt i tjenestene. Det fremkommer også utfordringer når det gjelder brukervedvirkning, og det er tydelig at informantene er opptatt av beboerne skal ha det best mulig og ha størst mulig medvirkning i egen hverdag. Et tema hvor det fremkommer store utfordringer er informantenes kjennskap til hvilket lovverk de jobber ut fra, og hva de rapporterer om når det gjelder kommunens system for kvalitetssikring.

Masteroppgaven er et lite bidrag med henblikk i Opptappingsplanens målsettinger i kommunens tjenester i boliger for mennesker med psykiske lidelser.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for studien	7
1.2 Hensikt med studien	10
1.3 Problemstilling og begrepsavklaring	11
1.4 Struktur	12
2.0 Gjeldende lovverk og retningslinjer	14
2.1 Lovverk	14
2.1.1 Kontrollkommisjonen	15
2.1.2 Fylkesmannen og kommunens ansvar	17
2.1.3 Helsetilsynet	18
2.2 Kvalitet og praksis i tjenestene	20
2.2.1 Internkontroll	21
2.2.2 Bruk av avviksmelding og merknader fra nasjonalt tilsyn	24
3.0 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning	26
3.1 Egen bolig – et bidrag mot normalisering	26
3.2 Målgruppen for kommunalt bofelleskap for psykisk syke	28
3.3 Brukermedvirkning	30
3.3.1 Journalføring	31
3.4 Tvang og makt i tjenesteoppfølgingen	34
4.0 Metodologisk tilnærming	37
4.1 Vitenskapsteoretiske tilnærminger og valg av metode	37
4.2 Rekruttering av informanter og utvalg	38
4.3 Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervju	39
4.4 Analyseprosessen	42
4.5 Metodologiske refleksjoner og forskerens bakgrunn	44
4.6 Reliabilitet og validitet	46

4.7 Valg og etiske refleksjoner	48
4.8 Utfordringer ved bruken av det kvalitative intervju	50
5.0 Presentasjon av funn og drøfting	52
5.1 Fra institusjon til egen bolig	52
5.2 Informantenes erfaringer rundt brukermedvirkning, tvang og makt	57
5.2.1 Hvordan ivaretar personalet beboers rett til medvirkning?	57
5.2.2 Bruk av tvang og makt i kommunal bolig	68
5.3 Kvalitetssikring og internkontroll.....	81
6.0 Konklusjon og anbefalinger.....	94
6.1 Veien videre	97
Litteraturliste.....	98

Vedlegg

Vedlegg 1 Forespørsel om å få rekruttere informanter

Vedlegg 2 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 3 Intervjuguide personal

Vedlegg 4 Intervjuguide ledelse

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven tar for seg internkontroll og kvalitetssikring av tjenestene i kommunale døgnbemannede boliger for mennesker med psykiske lidelser nå nær 20 år etter starten av Opptappingsperioden for psykisk helse i stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Masteroppgaven fokuserer på status nå i etterkant av Opptappingsplanen på et tidspunkt hvor man kan forvente at kommunen har etablert gode rutiner på hvordan disse tjenestene kvalitetssikres. Datagrunnlaget er kvalitative intervjuer med personal i et utvalg av disse boligene, i en utvalgt kommune.

1.1 Bakgrunn for studien

Opptappingsperioden for psykisk helse i stortingsmelding nr. 25 (1996-97) har satt et økt fokus på behovet for en god og tilpasset boligsituasjon for mennesker med psykiske lidelser. Kommunen fikk i oppgave å bygge et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser hvor avinstitusjonaliseringen og normaliseringstenkning var viktig. Dette innebærer en tanke om at mennesker med psykiske lidelser skal ha muligheten til å delta i samfunnet på lik linje med andre (Dyb og Nordahl 2006). I denne perioden ble det avsatt midler til anskaffelse av 3.500 boliger gjennom husbanken (St.prp.nr. 63 1997-1998). I perioden 1999 og til utgangen av 2004 ble det gitt tilsagn om tilskudd via Husbanken til 3.418 slike boliger (Dyb og Nordahl 2006). Selv om avinstitusjonalisering var en viktig faktor, så har likevel personer med alvorlige psykiske lidelser behov for behandling og vil også kunne ha behov for bistand til daglige gjøremål. Selve behandlingsbehovet vil være knyttet til lidelsen og er uavhengig av behovet for kommunale tjenester, men likevel vil det kunne være en sammenheng mellom disse tjenestene (Dyb og Nordahl 2006). Behandlingen er fortsatt lagt til spesialisthelsetjenesten, men bistand til daglige gjøremål ytes fra kommunen. Mennesker med psykiske lidelser som bor i døgnbemannet kommunal bolig får dermed bistand til daglige gjøremål fra personal ansatt i kommunen, og behandling for sin psykiske helse i spesialisthelsetjenesten. Tanken var at mennesker med psykiske lidelser skulle få et bedre tilbud, og et mer normalisert liv.

Nå snart 20 år etter Opptappingsplanen er det interessant å se på hvordan kommunen sikrer kvaliteten på disse tjenestene når lovgrunnlaget gir disse tjenestene andre rammer enn i institusjonene. Med et fokus på en bedret bosituasjon for mennesker med psykiske lidelser var

det også et mål i Opptrappingsplanen om at den enkelte skulle motta et bedre og mer helhetlig tilbud (St.prp.nr. 63 1997-1998). Min interesse for temaet er basert på min egen tidligere arbeidserfaring i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser. I denne masteroppgaven ser jeg på noen erfaringer fra personalet i slike boliger. Hvordan de opplever at tjenestene kvalitetssikres når det gjelder brukermedvirkning, tvang og makt. Ved å se på hvordan noe kvalitetssikres kan det også gi et bilde av kvaliteten i tjenesten, og om brukerne har fått et bedre og mer helhetlig tilbud i tråd med Opptrappingsplanens hensikt etter at kommunene overtok ansvaret.

Fra institusjon til egen bolig

Jagland regjeringen la fram Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene». Dette var en melding som ga en oversikt over status og utfordringer for tjenestene, og hovedlinjene for utviklingen av tjenestetilbudet. Etter dette ba Stortinget regjeringen om å fremme forslag om en forpliktende handlingsplan og en økonomisk opptrappingsplan for psykiatrien (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Regjeringen Bondevik fulgte opp med forslag om en 8-årig opptrappingsplan med konkrete tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Et hovedpunkt i planen var å legge til rette for planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, dermed ble det også behov for et forutsigbart økonomisk rammeverk for kommunene og fylkeskommunene. Noen av hovedproblemene knyttet opp mot bolig var at kommunen hadde for dårlig utbygde tjenester, det var for dårlig kvalitetssikring av tjenestene, og at oppfølgingen ikke var god nok. St.prp. nr. 63 (1997-98) oppsummerer det slik; «*Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.*» (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Som et resultat av Opptrappingsplanen ble de sentrale institusjonene bygget ned og beboerne ble bosatt i kommunene. De psykiatriske sykehusene ble opprettholdt for å ivareta akuttoppgaver (Holm 2012).

St.prp. nr. 63 (1997-98) vektlegger at brukerens behov må være i fokus og være utgangspunktet for all behandling og må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Den enkelte har også grunnleggende behov for blant annet;

- en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig
- å delta i meningsfylt aktivitet, i form av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller der dette permanent eller midlertidig ikke er mulig; annet meningsfylt aktivitetstilbud

- å inngå i en sosial sammenheng med familie og venner, og bryte sosial isolasjon
- å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap (St.prp. nr. 63 1997-98).

Regjeringen legger til grunn følgende overordnede prinsipper for den foreliggende opptrappingsplanen:

- forebygging der dette er mulig, og i hvert fall å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- ansvaret for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- pasienten først, - brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- mest mulig frivillighet, - behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- mest mulig normalt liv, - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. (St.prp. nr. 63 (1997-98)

Det ble et fokus på at det kommunale ansvaret er i form av at det ordinære tjenesteapparatet skulle møte behovet til mennesker med psykiske lidelser. For denne gruppen er særlig bolig viktig, og det å ha et fellesskap for å unngå sosial isolasjon. Det er også viktig å ha tilgang på meningsfylte aktiviteter og om mulig sysselsetting. Mange mennesker med psykiske lidelser vil ha behov for kommunal bistand for å få dekket disse behovene (St.prp. nr. 63 (1997-98). Det ble anslått at det ville være behov for 3400 nye omsorgsboliger i løpet av planperioden til mennesker med psykiske lidelser. Disse boligene skulle tilfredsstillende forskriftenes krav til pleie- og omsorgsbehov. Der det ble fastslått at den daværende praksis var ikke var god nok, og at det ville være mer hensiktsmessig for flere med psykiske lidelser å bo i egne boliger med hjemtjenester fra kommunen. Dette skulle i større grad sikre at den enkeltes behov avgjør hva slags tjenester som ytes og at brukermedvirkning skulle få større fokus. Spørsmålet da blir hvordan dette fungerer i praksis, og om hvordan kommunen sikrer brukerens rettigheter. Det er få studier og evaluering som sier noe om hvordan man har oppnådd Opptrappingsplanens målsettinger i kommunene, eller noe om kvaliteten i tjenestene som ytes her.

Brofoss og Larsen (2009) har sammen med Norges forskningsråd foretatt en forskningsbasert evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse som også retter seg mot kommunens tjenester. Evalueringen var i tidsrommet 2001-2009. Denne viser at de kvantitative målene i forhold til antall nye boliger i kommunen er nådd i løpet av Opptappingsplanens periode. I perioden har det kommet nær 3000 nye boliger for mennesker med psykiske lidelser. Hovedfunnene når det gjelder tvang er at kvaliteten på data om tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler er gjennomgående dårlig og at det særlig er vanskelig å få pålitelige tall for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Evalueringen av omfang og om det er noen endring i tvangsbruken blir dermed vanskelig å anslå. Rapporten viser til at et sentralt problem er at man vet lite om innholdet i det tjenestetilbudet som gis, og dermed også lite om kvaliteten i disse tjenestene (Brofoss og Larsen 2009).

1.2 Hensikt med studien

Med bakgrunn i dette er hensikten med masteroppgaven å undersøke hvordan kommunen kvalitetssikrer tjenestene i boligene nå i etterkant av Opptappingsplanen. Som et grunnlag for å kunne si noe om tjenestene som ytes vil jeg også drøfte funn fra intervjuene som gjelder brukermedvirkning, tvang og makt. Dette for å kunne vise til hvordan deler av tjenestene fungerer. Opptappingsplanens mål og verdigrunnlag er at en person med psykiske problemer ikke bare må ses som en pasient, men som et helhetlig menneske med kropp, sjel og ånd. En som skal få medvirkning i sitt eget liv og tjenester basert på frivillighet (St.prp.nr. 63 1997-1998). En informant sier følgende om en beboers situasjon;

*«Beboer tror h*n skal få tilbake friheten i livet sitt, og vi lar h*n leve i troen.»¹*

Sitatet viser at det å jobbe med mennesker med psykiske lidelser kan være utfordrende og at arbeidet i slike boliger kanskje kan innebære mange etiske, faglige og juridiske problemstillinger.

¹ For å ivareta personvernet vil beboerne anonymiseres ved å bruke h*n ved hun/han i direkte sitater fra informantene.

Kvalitet i tjenestene er viktig innen psykisk helsevern, og med et stort fokus på bruk av tvang og makt. Med en økende andel med psykiske lidelser som nå bor i egen bolig, så mottar de også de fleste av de daglige tjenestene fra kommunen dersom de har vedtak om tjenester. Det er også en forutsetning at kommunene, i større grad kan være med på å utvikle tilbud som fremmer arbeid og aktivitet og som gir en meningsfull hverdag for mennesker med psykiske lidelser. Mangler i de kommunale tjenestene kan føre til øk risiko for forverring og tilbakefall også påvirke antall tvangsinnleggelses (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Kvaliteten i kommunens tjenester i det psykiske helsearbeidet anses dermed som svært viktig for å nå Opptrappingsplanens mål. Hensikten med masteroppgaven er å belyse hvordan kommunen kvalitetssikrer de tjenestene som ytes i boliger til mennesker med psykiske lidelser når det gjelder brukermedvirkning, tvang og makt. Denne masteroppgaven kan dermed være med på å belyse hvordan dette er organisert i kommunene og hvordan personalet i boligene opplever at arbeidsrutinene fungerer opp mot tjenestene de yter.

1.3 Problemstilling og begrepsavklaring

Det kan være mange aktuelle innfallsvinkler for å undersøke om kvaliteten i de kommunale tjenestene er god i etterkant av Opptrappingsplanen. Jeg vil ikke foreta noen ren evaluering opp mot målsettingene i Opptrappingsplanen, men disse vil være med videre for å danne rammene for videre drøfting. Mitt bidrag her retter seg mot hvordan tjenestene kvalitetssikres gjennom kommunens rutiner for internkontroll og personalet sine arbeidsrutiner. I forkant av masteroppgaven var det er flere spørsmål jeg antok ville være aktuelle. Hva gjøres med de utfordringene beboerne eventuelt måtte oppleve med tjenestene de mottar? På hvilke måter avdekkes utfordringer i tjenestene? Hvordan ivaretas brukermedvirkning, og hvordan er praksisen rundt tvang og makt? Hvordan vet personalet at den jobben de utfører har kvalitet? Et annet viktig spørsmål kan være hvordan man oppdager juridisk og faglig svikt, og om det er helt avhengig av at det meldes om dette fra bruker eller personal. Med den enkelte kommune som ansvarlig for kvaliteten i tjenestene blir spørsmålet hva slags rutiner de har for å sikre at tjenestene er etisk, juridisk og faglig gode. Samt at det ikke foregår ulovlig bruk av tvang og makt og at brukermedvirkningen ivaretas. Problemstillingene i denne masteroppgaven vil således være:

- *På hvilke måter kvalitetssikres tjenestene som ytes i kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser når det kommer til brukermedvirkning, tvang og makt?*

Masteroppgaven bygger på en kvalitativ undersøkelse. Intervjuene ble gjennomført våren og sensommeren 2015 i noen boliger for mennesker med psykiske lidelser i en kommune på Sørlandet. Kommunen har flere slike boliger og jeg har intervjuet personal ved noen av disse boligene. Totalt har fem informanter deltatt.

Teorien jeg benytter refererer til den som mottar tjenester innen psykisk helsetjenester som «pasient», «bruker» og «beboer». I masteroppgaven refererer jeg til brukerne av disse tjenestene som beboere, bortsett fra i noe teori hvor begrepet pasient er mer korrekt å bruke for å best mulig gjengi kilden korrekt. I teorien jeg anvender er det også flere forskjellige begrep på den som utfører tjenestene, blant annet «ansatt», «helsepersonell», «pleier» og «personal». Jeg benytter begrepet «personal» videre i masteroppgaven, da det gir best samsvar med det begrepet som brukes om de som jobber i slike boliger. Jeg bruker også noen steder begrepet «den profesjonelle» om tjenesteyter.

1.4 Struktur

KAPITTEL 2 presenterer gjeldende lovverk og retningslinjer. Jeg vil innledningsvis redegjøre for noe gjeldende lovverk for tjenestene i de kommunale boligene. Jeg tar også med lovverk knyttet opp mot eksterne tilsynsorgan for å skissere hva som er ulik praksis for tilsyn og kvalitetssikring i andre typer kommunale boliger eller innen spesialisthelsetjenesten. Videre presenterer jeg lovverket som er knyttet opp mot kvalitet og tilsyn og noen relevante former for kvalitetssikring.

KAPITTEL 3 presenterer noe relevant teori, veiledere og tidligere forskning som kan knyttes til tjenestene som ytes i boliger for mennesker med psykiske lidelser. Jeg har innledningsvis en kort redegjørelse for hva en døgnbemannet bolig for mennesker med psykiske lidelser er, og hvem som er målgruppen for denne typen bolig. Teorien som presenteres er relevant for problemstilling og tema. Videre teori trekker veksler ut fra analysen og vil presenteres i drøfting av funn.

KAPITTEL 4 beskriver metode og metodevalg. Det redegjøres for hvilken vitenskapelig metode jeg har brukt for å besvare problemstillingen. Jeg har lagt hovedvekt på den praktiske

gjennomføringen og har beskrevet valg av metode, informanter og utvalg, gjennomføring av intervjuene, beskrivelse av analyseprosessen, metodologiske refleksjoner og forskerens bakgrunn, validitet og reliabilitet, valg og etiske refleksjoner og avslutningsvis en drøfting rundt utfordringer ved bruken av det kvalitative intervju.

KAPITTEL 5 presenterer funn, fortolkning og en drøfting av funnene opp mot gjeldende lovverk og retningslinjer, tidligere forskning og relevant teori.

KAPITTEL 6 inneholder konklusjon og videre anbefaling.

2.0 Gjeldende lovverk og retningslinjer

I min forberedelse til denne masteroppgaven har jeg snakket med flere om temaet, og de fleste antar at det enten er kontrollkommisjonen eller fylkesmannen som har ansvar for de tjenestene som ytes i kommunale boliger til mennesker med psykiske lidelser. Det har vært en utfordrende prosess å skulle orientere seg i hvilke lover og forskrifter som til enhver tid er gjeldende for tjenestene i disse boligene. Det har vært utfordrende å finne ut hvem som har ansvar for hva, og hvordan dette organiseres i praksis. I den forbindelse antok jeg også i forkant av intervjuene at det også må være vanskelig for personalet å skulle orientere seg i hvilke retningslinjer og lovverk som gjelder i tjenestene. Jeg har også fått flere ulike svar når jeg har henvendt meg til representanter fra kommune og fylke. Blant annet har flere jeg har vært i kontakt med hatt problemer med å svare på hvordan kvalitetssikring og internkontroll gjennomføres i praksis. Jeg vil her presentere noen gjeldende lover med aktuelle paragrafer som er aktuelle for tjenestene i kommunen, og også hva som er kontrollkommisjonen, fylkesmannen og helsetilsynets ansvar og oppgaver. Jeg anser det som viktig å belyse disse kontrollorganene for å vise hvilket skille det ligger i krav til kontroll i helseforetakene i forhold til i kommunale boliger, og disse vil jeg ta med videre i senere drøfting. Videre vil jeg vise til gjeldende lovverk og retningslinjer for kommunens kvalitetssikring og internkontroll. Jeg vil se på noen hovedprinsipper for hva kvalitet er, og hvordan det kan måles. Dette er viktige referanserammer for videre drøfting av problemstillingen.

2.1 Lovverk

Kommunens tjenester ytes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (sist endret 2015) og § 3-2 omhandler kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Sjette ledd, bokstav c omhandler de tjenestene som ytes i boliger, som personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i disse tjenestene er videre omtalt i lovens kapittel 4.

§ 4-1.Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. *den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*

- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
 - c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
 - d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*
- Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.*

§ 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Tilsyn i helse og omsorgstjenestene er hjemlet i Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. Helsetilsynsloven (2015) § 3. omhandler plikten til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll.

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i tjenestene.

I boliger for mennesker med psykiske lidelser er det kommunen selv som skal føre kontroll med egen virksomhet gjennom en strukturert internkontroll. Dette står også beskrevet i kommunens håndbok for omsorg og rehabilitering kapittel 1.5.3 hvor det henvises til Helsetilsynsloven (2015) § 3 som et ledd i å sikre kvalitet i de kommunale tjenestene.

2.1.1 Kontrollkommisjonen

Denne bestemmelsen vil ikke omhandle kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser. Jeg velger likevel å belyse den for å vise til hvilken rolle kontrollkommisjonen har,

og noen av de tilfellene hvor bestemmelsen gjelder. Kontrollkomisjonens oppgaver og funksjon er også omdiskutert, men vil ikke være videre drøftet i denne masteroppgaven.

Kontrollkomisjonens oppgave med tilsyn er beskrevet i kapittel IV i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) (sist endret 2015). I § 62. heter det at kontrollkomisjonen minst 1 gang per måned skal ha tilsyn med institusjoner og avdelinger som har ansvar for pasienter under tvunget psykisk helsevern med døgnopphold. De kommunale boligene jeg har inkludert i denne masteroppgaven har beboere som kan være under både frivillig og tvunget psykisk helsevern, men uten døgnopphold. I andre institusjoner og i privat forpleining skal det gjennomføres tilsyn minst 4 ganger i året. Disse besøkene bør skje uanmeldt (Sosial og Helsedirektoratet 2006). Dette er blant annet institusjoner som DPS, psykiatriske sykehus og poliklinikker som er underlagt lov om psykisk helsevern. Denne bestemmelsen gjelder heller ikke de kommunale boligene.

Kontrollkomisjonenes har en rolle som uavhengig tilsynsorgan, og de kan ikke anses som interne i den enkelte virksomhet, det er da et eksternt tilsynsorgan. Kontrollkomisjonene kan utføre sin virksomhet ved å være til stede i institusjonene noen dager i løpet av en uke. Den ansvarlige i virksomheten må da tilrettelegge slik at kontrollkomisjonen får tilgang på nødvendige pasientopplysninger. Kontrollkomisjonen kan også ha uanmeldte tilsyn (Sosial og helsedirektoratet 2007).

Helsepersonellet skal også alltid informere beboere om at kontrollkomisjonen finnes og bistå med retten til å klage. Kontrollkomisjonen plikter også å kontrollere at det er utarbeidet en individuell plan². Det skal også føres nødvendig kontroll som dreier seg om forhold i posten, husordensregler, ulike rutiner eller personalets oppførsel (Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri – LPP 2013).

Kontrollkomisjonens kontroll skal etter psykisk helsevernloven (2015) § 63 innebære;

Kontrollkomisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak.

Kontrollkomisjonen skal under sine besøk gjennomgå protokollene om bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler. Kontrollkomisjonen skal

² Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning. Planen skal ta utgangspunkt i den enkelte brukers mål og behov, og samhandlingsprosessen skal vektlegges. Brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett på en individuell plan (Larsen, Aasheim og Nordal 2006).

undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og påse at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning.

Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gi pasientene anledning til å fremsette klager over vedtak etter psykisk helsevernloven, og ellers ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen eller forpleiningsstedet. Pasienter som er innlagt i institusjonen uten eget samtykke etter siste besøk, skal få tilbud om samtale med kontrollkommisjonen. For øvrig kan kontrollkommisjonens medlemmer så vidt mulig bistå pasientene med råd og hjelp.

Kontrollkommisjonen skal varsle Fylkesmannen om alvorlige forhold ved institusjonen. Ellers kan kontrollkommisjonen ta forholdet opp med institusjonens ledelse eller den faglig ansvarlige for vedtak (Sosial og Helsedirektoratet, 2006)

Kontrollkommisjonen har imidlertid ingen kontroll i psykisk helsearbeid i kommunene (Sosial og Helsedirektoratet, 2006). Likevel er det et mål at flest mulig skal bo i egne boliger i et kommunalt tilbud. De kommunale boligene for mennesker med psykiske lidelser har i stor grad overtatt for institusjonene i spesialisthelsetjenesten, men uten å få med seg kontrollkommisjonen som eksternt tilsynsorgan. Kontrollkommisjonen har dermed ingen kontroll og tilsyn med kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser, annet enn med vedtaket om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ³.

2.1.2 Fylkesmannen og kommunens ansvar

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (Helsetilsynsloven) (2015) § 1. fjerde ledd sier at Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn. Etter samme lov § 3 andre ledd skal Fylkesmannen påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Sist endret 2015) omhandler kapittel 12 blant annet statlig tilsyn, og fylkesmannen sitt ansvar for å føre tilsyn. Fylkesmannen skal særlig føre tilsyn med tiltak etter kapittel 9, som omhandler tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming.

³ Tvang uten døgnopphold (TUD) innebærer at man fortsatt er pasient selv om man oppholder seg i eget hjem, utenfor institusjon (Løvsletten 2014).

§ 12-3. Statlig tilsyn

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn. I forbindelse med tiltak etter kapittel 9 kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

Jeg har i forkant av masteroppgaven hatt kontakt med Fylkesmannen, og ble opplyst at Fylkesmannen ikke gjennomføres noen systematisk kontroll av kvalitetene i de tjenestene kommunen gir i boliger for mennesker med psykiske lidelser. Det heter seg at de leier egen leilighet og har hjemtjenester fra kommunen. Den enkelte kommune stilles til ansvar i forhold til å sørge for at den tjenesten de yter er tilfredsstillende og at tjenestene er innenfor de juridiske rammene. Det er ingen kontroll fra Fylkesmannen på at kommunen overholder gjeldende lover og forskrifter dersom ikke noe avvik eller klage rapporteres. Spørsmålet er da hvordan kommunen kvalitetssikrer de tjenestene de yter og hva slags rutiner de har på å avdekke bruk av tvang og makt eller mangel på brukervedvirkning. Kommunens jurist informerer om at det er kommunen som er ansvarlig for de tjenestene de yter til enhver tid er forsvarlige. Med forsvarlig mener de at tjenestene ytes til rett tid, med riktig omfang og tilstrekkelig kvalitet. Videre har kommunen et internkontrollsystem som skal fange opp avvik i forhold til kvalitet og i forhold til HMS. Dette innebærer at det blant annet føres avvik dersom personalet opplever eller observerer situasjoner som ikke er i tråd med gjeldende rutiner/lover/prosedyrer. I tillegg kan også verger eller pårørende melde om forhold som er utilfredsstillende eller ulovlige. I forhold til personalets ansvar for å melde avvik ved situasjoner som ikke er i tråd med gjeldende rutiner og prosedyrer, så fanger ikke det opp om selve rutinen eller prosedyren er utilfredsstillende eller ulovlig. Jeg antar at det også kan være vanskelig for det enkelte personal å vite hva som er gjeldende lover og forskrifter og dermed vanskelig å vurdere om arbeidet man utfører er utilfredsstillende eller ulovlig.

2.1.3 Helsetilsynet

Helsetilsynet har tilsyn med barnevern og helse- og sosialtjenestene. Fylkesmennene står for det utøvende tilsynet, og helsetilsynet har oppgaver med planlegging, koordinering og oppsummering av tilsynene. Dette er hjemlet i Helsetilsynsloven (Sist endret 2015).

Fylkesmennene kan med grunnlag i lokal kjennskap og risikovurdering velge hvilke områder

og virksomheter det skal føres tilsyn med. Helsetilsynet velger årlig ut områder for landsomfattende tilsyn.

Et pågående tilsyn i helse – og sosialtjenestene nærmer seg de tjenestene som kommunen gir i kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser. Helsetilsynet (2015) har med bakgrunn i ønske fra fylkesmennene utarbeidet en veileder for tilsyn med kommunale tjenester der pasientene bor i egne hjem og pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Veilederen er for tilsyn med om kommunene gir nødvendig helsehjelp med tvang etter Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (sist endret 2015) kapittel 4A til pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet. Veilederen ble utarbeidet til bruk for planlagte systemrevisjoner med kommunenes tjenester etter pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A, når pasienten bor i eget hjem. Den er rettet mot kommunens styring og ledelse i form av internkontroll, og er utarbeidet med tanke på at tilsynet skal utføres som en systemrevisjon. Dette tilsynet vil bare omfatte tjenester til somatisk helsehjelp, jf.

Avgrensningen mot undersøkelse og behandling av psykisk lidelse i § 4A,2 annet ledd (Helsetilsynet 2015). Begrunnelsen for dette er i Rundskriv IS-8/2015 beskrevet som å unngå dobbelt sett med tvangsregler for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten samtykke. Slik helsehjelp kan bare gis med hjemmel i psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet 2015).

Dette aktuelle tilsynet har en forutsetning at helsehjelp som er til vurdering under de ulike tilsynsområdene gjelder somatisk helsehjelp, og vil dermed ikke omfatte tjenestene i de kommunale boligene for mennesker med psykiske lidelser. Likevel er det en gråsoner i hjemmebaserte tjenester hvor pasienter har tilstander der skillet mellom somatisk og psykisk sykdom er uklart (Helsetilsynet 2015). Bestemmelsen i kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (sist endret 2015) gir ikke hjemmel for tvungen behandling av psykiske lidelser, men pasienter med psykiske lidelser kan likevel på annen helsehjelp knyttet til somatisk sykdom. Pasienter som mangler samtykkekompetansen⁴ på grunn av psykiske lidelser vil dermed være blant den gruppen som gis adgang til å yte tvungen somatisk helsehjelp (Helsedirektoratet 2015). Dersom noen av beboerne i boligene også har behov for, og motsetter seg somatisk helsehjelp, kan dette tilsynet omfatte dem. Det vil likevel bare være et tilsyn rettet mot den somatiske helsehjelpen.

⁴ Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd 2015).

2.2 Kvalitet og praksis i tjenestene

Kvalitet i offentlige og kommunale tjenester har fått økende oppmerksomhet. Ordet kvalitet kommer av det latinske ordet qualis, som betyr hvordan eller hvilken (egenskap). Ordet kvalitet beskriver den vesentlige egenskap ved noe (Smoland 2009). Den definisjonen av kvalitet som er mest brukt er ISO- standardene for kvalitetsstyring. Den lyder; «*i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav*» (Smoland 2009: s.10). Definisjonen av kvalitet finner vi også gjengitt i Rundskriv av 1997 om kvalitet i kommunens pleie og omsorgstjenester hvor kvalitet betegnes som "*Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.*" (Arbeids – og sosialdepartementet 1997, Rundskriv I-13/97 etter Norsk Standard, NS-ISO 8402). Kvalitet kan generelt defineres som egenskaper ved tjenesten og dens evne til å tilfredsstille krav eller behov (Borge m.fl. 2012). Krav er: «*behov eller forventninger som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk*» (Smoland 2009 s. 10). Kravene til kvalitet i tjenestene ligger i lovverket og er obligatorisk å følge. Samtidig er det også krav til kvalitet ut fra de yrkesetiske retningslinjene. Kravet til kvalitet i tjenestene vil i boliger som dette innebære å følge lovverket i tjenestene som ytes, være etisk forsvarlig innenfor yrkesetikk og være faglig godt innenfor hva lovverket sier om de tjenestene som ytes. Kvalitetssikring er i rundskriv om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene definert som:

«alle planlagte og systematiske aktiviteter som er iverksatt som en del av kvalitetssystemet og påvist som nødvendige for å skaffe tilstrekkelig tiltro til at en enhet vil oppfylle kravene til kvalitet» (Arbeids – og sosialdepartementet 1997 i Rundskriv I-13/97).

Kvaliteten i tjenestene som ytes i boliger for mennesker med psykiske lidelser skal evalueres av den enkelte kommune i en internkontroll. Dette vil være en del av den planlagte og systematiske aktiviteten som skal kvalitetssikre tjenestene. Rutiner for evaluering står beskrevet i kommunens håndbok for omsorg og rehabilitering kapittel 1.4.1.3. En internkontroll skal ifølge håndboken bestå av medarbeidersamtaler, brukerdiallog, risiko- og sårbarhetsanalyser og avvikrappoterter. Enhetsleder har det overordnede ansvaret for at evalueringene foretas etter bestemmelsene i rutinehåndboken. Videre beskrives det i håndbokens kapittel 1.5.3 at kvaliteten i tjenestene skal sikres ved at det utarbeides prosedyrer og andre administrative tiltak som dokumenterer hvem som er ansvarlig på de ulike nivåene, hva som skal gjøres, og hvordan de ulike arbeidsoppgavene skal løses. For å sikre at kvaliteten i de kommunale tjenestene er gode nok står det i håndbokens kapittel 1.5.2 om

kvalitetskrav, at kommunen tar utgangspunkt i Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene av 27. juni. 2003. Forskriftens formål er å sikre at personer som mottar helse – og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivaretatt sine behov og rett til selvbestemmelse, egenverd og livsførsel.

Senter for økonomisk forskning AS i Trondheim (SØF) fikk i 2012 utarbeidet en rapport på oppdrag fra KS Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon om kvaliteten i kommunale tjenester. I rapporten skilles det mellom ulike typer kvalitet; strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultatkvalitet (Borge m.fl. 2012). I kommunens rapporteringsprogram, KOSTRA defineres de ulike typene kvalitet som følgende; Strukturkvalitet omfatter forhold som kan knyttes til institusjonen som produserer tjenesten og defineres for eksempel av de økonomiske rammebetingelser som personalets kompetanse og utdanning. Prosesskvalitet er knyttet til produksjonsprosessene og dreier seg om smidighet og effektivitet. Det kan for eksempel dreie seg om organiseringen av arbeidet, oversiktlige rutiner, metodebruk og klare ansvarsforhold. Produktkvalitet er egenskaper ved tjenesten som defineres ved tjenestens innhold og service. Og sist er resultatkvalitet den virkning eller resultat tjenesten har for den enkelte bruker. Dette kan være om behovsdekningen er oppnådd ved hjelp av tjenesten (Borge mfl. 2012). Rapporten setter et hovedskille mellom strukturkvalitet og prosesskvalitet på den ene siden og produktkvalitet og resultatkvalitet på den andre. Sistnevnte to har størst betydning for den enkelte bruker. I tjenestene som ytes i boliger er det først og fremst egenskaper ved tjenesten og dermed produktkvalitet som er aktuelt. Dette vil være trygge og sikre tjenester, samordnede tjenester, medvirkning og tilgjengelighet. Kvalitet i denne tjenesten vil i størst grad være knyttet til selve produktet, tjenesten som gis, mer enn en behandlingsprosess med et bestemt resultat (Borge m.fl. 2012).

2.2.1 Internkontroll

I kommunens håndbok for omsorg og rehabilitering kapittel 1.4.1(2010) heter det at internkontroll er kommunens interne styring og egen kontroll. Den henviser til Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (Sist endret 2013), og at denne regulerer hvordan internkontrollarbeidet skal skje når det gjelder å sikre kvaliteten på tjenestene. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige tjenester og at lovgivningen oppfylles gjennom krav

til systematisk styring og forbedringsarbeid i tjenesten. Kommunens internkontroll etter forskriftens §4 skal inneholde;

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Kommunens håndbok for omsorg og rehabilitering kapittel 1.4.1 fastsetter at den som har ansvaret for enheten også har ansvaret for internkontrollen. Dette ansvaret er prinsipielt lagt til øverste leder, men er i praksis stort sett delegert til nærmeste leder for avdelingen. I kommunen vil den øverste leder være enhetsleder, og delegert myndighet vil være gitt til avdelingsleder i de enkelte boligene. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (2013) §5 omhandler krav til dokumentasjon av internkontrollen. Denne dokumentasjonen skal til enhver tid være tilgjengelig. Avdelingsleder i den enkelte bolig skal dermed foreta en systematisk internkontroll på punktene a til h i §4 i tjenesten og dokumentere tjenestene i virksomheten.

Veilederen som ble utgitt av Helsedirektoratet i 2005, kapittel 9 omhandler internkontroll og kvalitetssikring. Denne viser til Sosial- og helsedirektoratets veileder «*Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i Sosial- og helsetjenesten*» og at denne kan være et godt hjelpemiddel for å etablere og vedlikeholde internkontrollsystemer (Sosial og helsedirektoratet 2005).

God kvalitet i tjenestene kjennetegnes av at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og samordnet

(Sosial og helsedirektoratet 2005).

Denne masteroppgaven vektlegger temaer innen trygghet og sikkerhet og hvordan brukerne involveres og har innflytelse på tjenestene. Trygghet og sikkerhet vil kunne innebære hva slags rutiner personalet har på å utarbeide prosedyrer og ukeplaner og hvordan brukermedvirkning ivaretas. Trygghet og sikkerhet er også relevant innen temaer som tvang og makt.

Kommunal- og regionaldepartementet fikk utarbeidet en rapport i 2009 om internkontroll i kommuner. Rapporten gir tilrådinger om hvordan kommunen kan styrke sin internkontroll. Rapporten definerer internkontroll som; «*Internkontroll er et formalisert kontrollsystem der kontrollaktiviteter utformes, gjennomføres og følges opp med basis i vurderinger av risiko for styringssvikt, feil og mangler i virksomhetens arbeidsprosesser*» (Mortensen og Ohm 2009).

Det er ledelsen som har ansvaret for internkontroll gjennom utforming, gjennomføring, oppfølging og vedlikehold. Dette ansvaret knyttes til at et internkontrollsystem må være etablert og etterlevd og at internkontrollen er koordinert i virksomheten. Ledelsen har også ansvaret for utforming og gjennomføring av overordnede ledelseskontroller og for oppfølging og overvåkning av kontrollaktiviteter. Ansvaret for utforming av kontrollaktiviteter og gjennomføring av internkontrollen vil oftest være delegert til mellomledere og medarbeidere (Mortensen og Ohm 2009). Internkontroll dreier seg om risikovurdering og mot hendelser som kan ha negative konsekvenser for virksomheten. En slik kontroll over virksomheten er en viktig del i de fleste norske virksomheter, kommuner og statlige etater. En slik kontroll er nedfelt i lov- og regelverk, plan- og rapporteringsrutiner, målstyring, interne arbeidsrutiner, kvalitetsutvikling, lederoppfølging, profesjonsnormer, innarbeidede holdninger blant ansatte og dag-til-dag ledelse (Mortensen og Ohm 2009).

En god internkontroll inkluderer tiltak som skal sikre at kontrollkravene følges, og kravene må gjøres kjent for ledere og medarbeidere. Det må sikres at de ansatte er i stand til å gjøre oppgavene og at det er tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse. Kompetanse knyttet til kvalitetsarbeid og internkontroll kan være opplæring, etterutdanning og interne arbeidsmøter, og denne typen kompetanse bør også vektlegges ved rekruttering (Mortensen og Ohme 2009). Rapporten foreslår at den enkelte virksomhet benytter et årshjul som en årlig prosess for oppfølging og vedlikehold av internkontroll. I kommunens rutinehåndbok kapittel 1.4.1.6 heter det at enhetsleder har ansvaret for at det blir gjennomført årlig intervensjon ved sin enhet og internkontrollnettverket skal sørge for den praktiske gjennomføringen. Formålet med internkontrollen er å sikre at virksomheten ved enhetene er forsvarlige og i tråd med lovbestemmelser, forskrifter og overordnede mål. Tidspunktet for en slik revisjon skal fremgå av virksomhetens årshjul.

2.2.2 Bruk av avviksmelding og merknader fra nasjonalt tilsyn

I følge Borge m.fl. (2012) utgjør rapportering av avvik den største delen av internkontrollen i kommunene. Det at den enkelte personal kan melde ifra om avvik regnes også som en del av kvalitetssikringen av tjenestene. Avviksrapportering innebærer at brudd på lov og forskrift, samt også brudd på egne prosedyrer og instruksjoner meldes av medarbeidere. Ansvarlig leder skal kartlegge årsaken til avviket og vurdere om det er nødvendig å iverksette tiltak (Borge mfl. 2012). Avviksmeldinger i de kommunale boligene i min undersøkelse har inntil nylig hatt et system med skriftlige avviksmeldinger i papirform. På denne måten skal avvik rapporteres til nærmeste leder og melder skal selv vurdere alvorlighetsgrad på avviket.

I en tilsynsrapport fra et nasjonalt tilsyn gjennomført av Helsetilsynet i 2007 fremgår det en kort omtale av tjenestetilbudet samt avvik og merknader til hvordan tjenesten er utført i de aktuelle kommunene, i alt 68 kommuner (Helsetilsynet 2008). Tilsynsrapportene inneholder merknader og avvik, og Borge m.fl. (2012) har sammenfattet noen av de merknadene og avvikene som forekommer mest i tilsynsrapportene;

- Uklarheter i forhold til hvem som har ansvar for å tildele tjenester
- Tjenester som ytes uten at det fattes formelle vedtak, lite mangelfull skriftlig informasjon etter vedtak om tjenester
- Ufullstendig dokumentasjon om innhold i vedtak/tiltak, herunder formål med tiltak, mangelfull journalføring

- Mangelfulle beskrivelser av de tjenestene brukeren faktisk mottar
- Avvik mellom vedtatt bistand og faktisk bistand
- Avvik mellom ønske om individuell plan og faktisk bruk av dette
- Ingen oppfølging av brukerne i form av hjemmebesøk
- Ingen akuttberedskap utenom arbeidstid
- Mangelfull håndtering eller registrering av avvik
- Mangelfulle rutiner for innhenting av opplysninger fra andre tilgrensede tjenester
- Mangelfulle rutiner for samarbeid på tvers av tjenestene

Listen viser at det er noen utfordringer i psykisk helsearbeid i kommunene og at flere av disse merknadene og avvikene rammer den enkelte bruker. Ett tilsyn fant blant annet en gjennomgående mangel på hensyn til brukerens ønsker:” *Det er i flere tilfeller innvilget andre tjenester enn det brukeren har søkt om uten at det er begrunnet i dokument. Flere har hatt ønsker om endring i tjenesten, uten at det har ført til nye tiltak, eller at det fattes vedtak. Ingen faglig begrunnelse for hvorfor nye tiltak ikke kan eller bør gjennomføres.*” (Helsetilsynet 2008: s.17)

Helsetilsynet (2008) stiller også spørsmål om regelverket gir for lite konkrete anvisninger, og at det derfor blir vanskelig for kommunene å forvalte disse tjenestene. Tilsynsrapporten viser til at det bør være en bedre veiledning til kommunene om hvilke tjenester de skal yte og hva innholdet i disse tjenestene skal være (Ibid). Resultatet i tilsynsrapportene fra det nasjonale tilsynet peker på ulike utfordringer som kan kreve ekstra oppfølging i form av egen internkontroll i den enkelte kommune.

3.0 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning

Dette kapittelet er todelt, først vil jeg redegjøre for hvem som er målgruppen i denne typen boliger, overgangen fra institusjon til egen bolig, og belyse relevant teori, veiledere og tidligere forskning knyttet til brukermedvirkning, tvang og makt.

Flere tidligere studier ser på om kommunen har fulgt opp med boliger til mennesker med psykiske lidelser, og om de får de tjenestene de har krav på i etterkant av Opptappingsplanen. I Dyb og Nordahl sin kartlegging fra 2006, av bolig- og tjenestebehovet for personer med psykiske lidelser fremkommer det at behovet for tjenester var vagt definert i kommunene. En studie av Ose og Slettebak fra 2013 ser på unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. Larsen, Aasheim og Nordal (2006) har skrevet en rapport om brukermedvirkning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hensikten med rapporten er å intensivere arbeidet med å nå overordnede mål og prinsipper for brukermedvirkning. Rapporten er ment som hjelp for brukere og tjenesteutøvere for å bedre brukermedvirkningen i tråd med Opptappingsplanens målsetting. Brukermedvirkning er også sentralt i Rune Karlsen sin studie fra 2012 hvor han problematiserer dagens praksis innenfor det desentraliserte psykiske helsearbeid og om det er samsvar mellom idealer og realiteter i nåtidens desentraliserte psykiske helsearbeid. Når det kommer til hvordan kommunen kvalitetssikrer de tjenestene de faktisk gir, så foreligger det lite dokumentasjon eller tidligere forskning. Holm (2012) har i en NIBR rapport om «En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid» drøftet forholdet mellom frivilligheten og tvang overgangen til kommunale psykiske helsetjenester. Boformen og dagliglivet i en psykiatrisk institusjon er beskrevet i en doktorgradsavhandling av Skorpen og Øye (2008). Jeg har valgt å ha fokus på noen viktige temaer som går igjen i andre studier, veiledere og rapporter, og ta dette videre i problemstillingen og i mine intervjuer med personalet. Blant annet er brukermedvirkning et sentralt tema, sammen med tvang og makt.

3.1 Egen bolig – et bidrag mot normalisering

Det overordnede formålet med Opptappingsplanen for psykisk psyke var å bedre levekårene. Blant annet har muligheten til på bo i egen bolig vært ansett som en viktig del av å det gi den enkelte bedre levekår (Holm 2012). Normalisering er et sentralt mål, pasientene skal integreres ved hjelp av blant annet normale boformer, arbeidslivstrening, fritidstilbud, og

skolering (Skorpen og Øye 2008). En egen bolig er en viktig faktor for å sikre fysiske behov og bidra til normalisering. Her er det en rekke kriterier for hva en egen bolig skal inneholde, blant annet eget bad, kjøkken, soverom og stue. Boligen skal også ha egen inngang (Dyb og Nordahl 2006). En døgnbemannet psykiatribolig er en tjeneste som leveres av den enkelte kommune, og alt personal er ansatt i den aktuelle kommunen. Denne tjenesten var omtrent ikke-eksisterende i kommunehelsetjenesten før «Opptappingsplanen for psykiske helse» (1999-2008), og det har skjedd store endringer i kommunene i denne perioden (Ose og Slettebak 2013). I Norge så man en økt desentralisering og nedbygging av de psykiatriske institusjonene fra rundt 1970 (Ekeland 2011 etter Måseide 1984, Øverås 2000, Sørgaard 2002). En årsak til nedbyggingen av institusjonene var både økonomi, en faglig utvikling, forskning, ideologiske endringer og ny farmaka. Den kanskje viktigste årsaken til nedbyggingen var forskning på de negative konsekvensene av institusjonalisering. Likevel var det først på 80 – tallet at disse endringene ble til politiske reformer (Ekeland 2011). Fram til Opptappingsplanen (1999-2008) var de med de mest alvorlige psykiske lidelsene mer langvarig bosatt i psykiatriske institusjoner.

I en doktorgradsavhandling av Skorpen og Øye (2008) om «*Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*», beskrives både de fysiske forholdene i avdelingene og den miljøterapeutiske praksisen. I denne institusjonen hadde pasientene egne rom, eller delte rom med andre pasienter, avhengig av hvor mange som var innlagt. Avdelingene på institusjonen beskrives som å fortsatt bære preg av asylets historie. Den fysiske utformingen beskrives som lukket og bygget for overvåkning og kontroll. Blant annet med glassvegg fra personalrommet mot korridoren, dagligstuen og inngangsdøren, på denne måten kunne personalet ha fullt utsyn i fellesarealene. Dører og vinduer er låst i avdelingene slik at pasientene ikke kunne komme og gå når de ville. Flere av pasientene kunne heller ikke forlate avdelingen uten av minst en av personalet fulgte etter. Enkelte pasienter ble også fulgt på toalettet (Skorpen og Øye 2008). Dagliglivet i avdelingen var i Skorpen og Øye (2008) sin studie organisert etter et fastlagt husholdsmønster og rutinene var bestemt av personalet. Måltidene var felles, og menyen var bestemt av kjøkkenpersonalet. To av måltidene var delvis bestemt av pasientene, kos på fredagskvelden som f.eks kunne være bakerverer, og lørdagens kveldsmat (Ibid).

Dyb og Nordahl (2006) viser til at hvordan kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser er organisert og denne organiseringen vil ha en betydning for om boligen fungerer i

henholdt til alle de ulike dimensjonene i boligbegrepet. Boligtilbudet kan vanligvis deles inn i fire kategorier, bokollektiv, bofelleskap, samlokaliserte boliger og spredte boliger (Ibid). Boligene jeg har valgt å fokusere på i denne masteroppgaven er bofelleskap med døgnbemanning. Bofellesskap er ikke en lovregulert boform, og vil juridisk betraktes som beboers private hjem. Boformen kan ha likhetstrekk med institusjoner, hvor mange beboere bor sammen i et bofellesskap med bemanning, selv om den fysiske utformingen er fellesområder og egne separate leiligheter (Helsetilsynet 2015). I et bofelleskap har beboerne egne leiligheter som er separate boliger. Det vil si at leiligheten minimum har et rom og vanligvis eget kjøkken og bad. De fleste bofellesskap har også noen fellesarealer som er til disposisjon for både beboere og personell. Den enkelte beboer har leiekontrakt på sin leilighet (Dyb og Nordahl 2006). Dette innebærer at den enkelte beboer leier egen leilighet og får hjemmetjenester fra kommunen etter behov. Hvilke tjenester beboer får skal være beskrevet i den enkelte beboers vedtak. I kommunen i denne masteroppgaven er tildeling av en slik bolig hjemlet i forskrift om tildeling av omsorgsbolig, §2 første ledd, 3 og er boliger til utviklingshemmede/rus/psykiatri med base.

De tre boligene i mitt utvalg er noe ulik i den fysiske utformingen. Alle boligene har et personalrom, leiligheter til hver enkelt beboer og fellesarealer. I to av boligene har personalrommet noe utsikt mot gangene i form av vinduer. På denne måten kan personalet i større grad ha utsyn til gangene fra personalrommet. Noen av leilighetene har egen inngangsdør, andre har inngang gjennom en hovedinngang. Dette medfører at personalet i større grad kan følge med på når beboerne kommer og går. Leilighetene har også terrassedør ut mot hage/uteområde. I enkelte tilfeller holdes dører og vinduer låst i leiligheten for å hindre at beboer drar uten følge av personal. Dette vil jeg komme tilbake til i drøfting av funn. To av boligene har fellesmåltider med middag. Beboerne kan være med på å komme med ønsker til middagsretter, men her har økonomi også en avgjørende betydning.

3.2 Målgruppen for kommunalt bofelleskap for psykisk syke

Beboerne i de tre boligene i mitt utvalg er de med de mest alvorlige psykiske lidelsene, og som har behov for døgnbemanning og hjelp i hverdagen. Noen av disse beboerne er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Løvsletten (2014) skriver i en artikkel i tidsskriftet «Psykisk helse og rus» at nøyaktig hva selve behandlingstilbudet for disse

beboerne skal inneholde er lite definert i sentrale krav og føringer i lovverk, retningslinjer og veiledere. Pasienter med TUD-vedtak bor i kommunene, men er spesialisthelsetjenestens ansvar. Hva slags oppfølging og kvalitet det er i behandlingen vil være avhengig av samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og hvilken kompetanse personalet har (Løvsletten 2014). Her har kontrollkommissjonen et ansvar i forhold til selve vedtaket om tvungent psykisk helsevern, men har ikke noen oppfølging i forhold til tjenestene som leveres av kommunen.

I mitt utvalg er boligene kommunale bofelleskap. Bofellesskap egner seg godt for personer som er mer tilbaketrukket. Dette kan være diagnoser som psykoser eller schizofreni og ofte er dette blant de som er sykest (Holm 2012). Schizofreni innebærer omfattende personlighetspatologier med langvarige forstyrrelser i tenkning, følelsesliv, impulsivitet og i forholdet til andre mennesker (Karterud, Wilberg og Urnes 2011). Symptomene gir en gjennomgripende svikt i evnen til realitetstesting, noe som fører til at den normale selvorganiseringen bryter sammen, og individet opplever uforståelige krefter i og rundt seg selv. Psykosen vil naturlig nok være i hovedfokus ved utredning og behandling, og emosjonell ustabilitet, paranoide, antisosiale og impulsive trekk er også knyttet mot økt risiko for voldsepisoder og kontakt med politiet (Karterud m.fl. 2011). Schizofreni er først og fremst en svært alvorlig og kompleks diagnose med flere symptomer og kjennetegn. Pasienter med schizofreni har ulike personlighetsprofiler som også kan tenkes å påvirke symptomutforming, mestringssevne, sosial tilpasning og prognose (Karterud m.fl. 2011). Likevel er det viktig å være bevisst at de med denne diagnosen er like individuelle som alle oss andre både i sykdomsbildet og som individ. Diagnosen fører ikke til at man blir en ensartet gruppe med like behov. Det er verd å være bevisst at en person med schizofreni er noe mer enn bare diagnosen;

«Skjult bak det psykotiske livet pågår et normalt psykisk liv inne i ethvert schizofrent menneske.

Vi kan legge til at det bak hverdagsatferden foregår et schizofrent liv inne i ethvert friskt menneske» (Rund 2008 etter Bleuler).

Det er også verd å merke seg at mange også har dobbeltdiagnoser. Både psykisk utviklingshemming og rus kan også for eksempel forekomme sammen med en psykisk lidelse, noe som kan være ekstra utfordrende for både personal og bruker. Ved kombinasjonene rus/psykiatri, psykiatri/psykisk utviklingshemming og kombinasjon av alle tre kan det også

være vanskelig å avgjøre hva som er det primære. Ifølge Helsetilsynet defineres dobbeltdiagnose blant annet ved at pasientene faller mellom flere stoler (Dyp og Nordahl 2006). Hva slags diagnose og hva slags behov man har vil avgjøre hva slags hjelpetilbud man har krav på og hvilke lovverk man får tjenestene ut fra. Dette vil også være avgjørende for hva slags kvalitetssikring og tilsyn det skal være med tjenestene. I boliger for mennesker med psykiske lidelser er det kommunen selv som skal føre tilsyn i form av internkontroll, mens det i boliger til mennesker med psykisk utviklingshemming blant annet skal ha stedlig tilsyn fra Fylkesmannen som oppfølging av tvangsvedtak. Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming er underlagt et eget kontrollregime, dette er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 (Helsetilsynet.no 2015). Boligene jeg har mine informanter fra er boliger med de mest syke beboerne, og også der tjenesteoppfølgingen vil være størst.

3.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er sentralt i tjenestene i denne typen bolig og har vært et viktig fokus i Opptappingsplanen for psykiske helse. Et mål med Opptappingsplanen skulle være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. For å nå et slikt mål ville det kreve at både tjenestetilbud og behandling ses i et slikt perspektiv. Brukerperspektivet står sentralt, og har utgangspunkt i en respekt for det enkelte menneske. Det kan bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser, og «gi disse et ansikt» og bidra til en holdning at «også vi kan» (St.prp. nr. 63 1997-98). Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekt for den enkelte og innehar et mål om at brukermedvirkning skal bidra til en økt kvalitet i tjenestene. Det er flere nivåer av brukermedvirkning og brukerne skal ha mulighet til å utøve innflytelse over egen behandlingssituasjon og også ved utforming av tjenestetilbudene (St.prp. nr. 63 (1997-98)). I den forbindelse er det blant annet behov for opplæring av brukerrepresentanter som skal delta i kontrollkommisjoner, kvalitetsutvalg og i kommunale og fylkeskommunale planleggingsgrupper (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

I veilederen som ble utgitt av Sosial og Helsedirektoratet i 2005 står det at bruker har rett til nødvendig praktisk bistand og opplæring, og at denne bistanden skal ytes med utgangspunkt i hva brukerne selv ønsker med livet sitt. Brukernes rett til selvbestemmelse skal være grunnleggende og personalet må ta hensyn til at det er brukers hjem som er arbeidsarena. Personalet må ivareta brukers rett og mulighet til å delta. Det er ulik grad av brukers

involvering i beslutningsprosesser avhengig av hvilket perspektiv man anvender.

Brukerorientering kan være at fagfolk setter seg ned og forsøker å tenke som brukere, eller at brukerne orienteres om beslutningene personalet har fattet. Brukermedvirkning vil si at brukerne er med på å utforme tilbudet sammen med personalet (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Brukermedvirkning i denne typen tjenester kan være når helsepersonellet ser og hører brukeren, og når de skjønner hva vedkommende sier, tar hensyn til det og søker å gi de beste rådene og den beste behandlingen (Storm 2009). Det er også en prosess som skal oppnå størst mulig grad av brukerstyring og mestring for brukeren, for at han eller hun skal klare å leve med sykdommen og delta i samfunnet (Storm 2009). Noen brukere kan ha vanskeligheter med relasjoner og det å formidle sine behov kan være så vanskelig at deltakelse og formidling av sin forståelse og opplevelse blir for vanskelig. I disse tilfellene har brukeren behov for hjelp fra personalet for å få dette til. Det er den profesjonelle sin oppgave å hjelpe beboerne med å få formidlet det som er viktig for dem, det er derimot ikke den profesjonelle sin oppgave å definere hva som er viktig for dem (Storm 2009). Det er brukeren selv som kan gi nyttig informasjon og hva som kan forbedres i tjenestene, og hvordan det bør forbedres. Hva brukeren opplever som kvalitet er viktig, og brukerne bør involveres i utviklingen av tjenestene.

En evaluering av Opptappingsplanen viser at arbeidet med brukermedvirkning ikke er godt nok ivaretatt. Dette fremkommer i en rapport fra 2006 utarbeidet av Sosial og Helsedirektoratet om brukermedvirkning, mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen (Larsen, Aasheim og Nordal 2006). Kommunen anbefales å innarbeide brukermedvirkning i alle relevante planer for psykisk helsearbeid. Brukermedvirkning skal også inngå i tjenestenes internkontrollsystem etter forskrift om internkontroll §3. Tiltak som sikrer brukermedvirkning og hvordan dette utøves bør journalføres av personalet, eller det bør vises til generelle tiltak for brukermedvirkning i et eget kvalitetssikringssystem. Mange momenter innen brukermedvirkning er lovpålagt og må dermed være tilgjengelig for systemrevisjon (Larsen m.fl. 2006).

3.3.1 Journalføring

Etter lov om helsepersonell m.v. § 39 er den som yter helsehjelp pliktig til å føre journal. Lovens § 40 omhandler krav til journalens innhold. Den skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger. Dette kan være

opplysninger om pasienten, helsehjelpen og de opplysninger som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt. Dette kan blant annet også være hvordan brukermedvirkning ivaretas, i tråd med Larsen m.fl. (2006) sin anbefaling.

Rune Karlsen ved universitetet i Nordland har utført en studie i 2012 hvor han problematiserer dagens praksis innenfor det desentraliserte psykiske helsearbeid. Han undersøkte om det er samsvar mellom idealer og realiteter i nåtidens desentraliserte psykiske helsearbeid. Dataene er hentet fra 48 pasientjournaler fra 13 psykiatriske sykehusavdelinger, 7 distrikts psykiatriske sentre og 4 kommuner. Analysen baserer seg på funn gjort i pasientjournaler fra 6 distrikts psykiatriske sentre og 4 kommunale hjemmetjenester (Karlsen 2012). Dette viser at journalen kan være et viktig redskap for å innhente opplysninger om tjenestene som ytes.

Karlsen (2012) mener at en journal vil være et redskap for å bringe kunnskap om en beboer videre, og kan være viktig ved et vaktskiftet og for å dokumentere den jobben som gjøres. Dette kan være en form for makt ved at det blir en subjektiv vurdering av hva som er gyldig og viktig kunnskap å rapportere om. Det er den enkelte personal som vurderer hva som er viktig å journalføre, og dermed hva som er viktig kunnskap. Personalet som skriver journalen har med seg et grunnsyn og en forståelsesmåte som bestemmer hvordan beboer skal kategoriseres. På denne måten kan dette påvirke hvordan beboerne blir behandlet og hvordan avgjørelser tas. Dermed vil journalen kunne være med på å konstruere og vedlikeholde virkeligheten. (Karlsen 2012). Vestekjær, Engebretsen og Heggen (2012) viser til at Martinsen (2000) identifiserer og kartlegger to typer av blikk for hva som er viktig i omsorgsarbeid, den registrerende og de sansende blikket. Å registrere innebærer at man som sosialarbeider leter etter sammenhenger som gir muligheter for å rangere, klassifisere og sette i system. På denne måten ser man etter felles trekk for å kunne innordne etter fastsatte begrep. Dette kan være forhåndsdefinerte kategorier på arbeidsplassens journalsystem. Det kan være punkter i journalen man skal fylle ut, og med dette leter man etter det som passer. På denne måten kan blikket bli fiksert og man mister den potensielle åpenheten man trenger for å kunne registrere pålitelig (Vestekjær m.fl. 2012).

Det å sanse er derimot å være åpen for det som kommer til oss slik at man ser den andre i og med sin betydning (Vestekjær m.fl. 2012 etter Martinsen 2000). Når man er sansende er man oppmerksom, deltakende og sensitiv i den konkrete situasjonen. Likevel mener Martinsen

(2000) at man har behov for både den sansende og den registrerende tilnærmingen, og at dette gir et samspill. Her kan arbeidsplassens krav til effektivitet og produktivitet spille inn slik at man har behov for å raskere kunne fremskaffe hurtig kunnskap om beboeren (Vestekjær m.fl. 2012). Måten personalet gir beskrivelser av beboer på i journalen er avhengig av hva man ønsker å formidle og ut fra forventninger. Hvordan personalet beskriver beboer har en bakgrunn i de referanserammene for hvordan beboer må være for å bli klassifisert på den måten. Språket som brukes er dermed også et medium som kan brukes for å påvirke andres oppfatning av en situasjon. Det er språkets retoriske funksjon (Karlsen 2012 etter Säljö 2001).

Hvilke ord man velger å bruke i journalnotatene kan også sees i et maktperspektiv, fordi hvordan vi tolker de ulike ordene kan være subjektivt. Denne teksten som journalen blir skal i utgangspunktet være en objektiv beskrivelse av beboer, og er som nevnt et verktøy for andre personal til å skaffe seg en rask kunnskap om beboer. Likevel har språket i seg selv mange begrensninger fordi man aldri kan beherske alle språkets denotasjoner og konnotasjoner (Engebretsen og Heggen 2012) Dette innebærer at samme ord kan ha et broket meningsinnhold. Dette er et eksempel på denotasjon, ved at det kan gi flere betydninger (Engebretsen og Heggen 2012). Språket har også konnotasjoner, som innebærer hva vi assosierer med ordet eller tegnet. Dette kan være kulturelt betinget (Engebretsen og Heggen 2012). Det er derfor viktig at vi har en dekonstruerende lesning ved å ta språket på alvor, og se hva det egentlig uttrykker. Ved å være bevisst dette kan det også være enklere å reflektere over hvordan man kan skrive en så objektiv journal som mulig, eller hvordan man leser journalnotat andre har skrevet.

I journalene Karlsens (2012) studie fremkommer det at det er vanlig at personalet setter betingelsene for forholdet mellom personal og beboer/pasient. Han så i journalene at det var vanlig å omtale pasienten som «Fin å forholde seg til» eller «Rolig og grei». Dette tilsier at det er beboer som skal endre sin væremåte slik at personalet blir fornøyd, og dette gir en manglende gjensidighet i forhold til å opprette en likeverdig du-jeg relasjon mellom personal og beboer. Forholdet fremstår isteden som hierarkisk og ensidig (Karlsen 2012). Han fant også at journalene ikke hadde med pasientenes vurdering av relasjonen mellom «hjelper og pasient». En slik relasjon anses i dag for å være en av de viktigste forutsetningene for vellykket terapi, og i Karlsen (2012) sin studie var slike beskrivelser av etablering og vedlikehold av relasjoner nesten ikke mulig å finne.

I studien fant han også at det er beskrivelse av miljøtiltak som mangler. Personalet beskriver ofte beboers atferd, men det står lite om hvilke hjelpetiltak som er iverksatt eller om hvordan eventuelle tiltak har virket. Journalrapportene var ofte dominert av beskrivelser av atferden. Det var også lite brukermedvirkning i journalføringen. Systematisk opplegg som skal medvirke til at pasienten kan mestre viktige utfordringer var lite beskrevet i journalene i studien. Brukermedvirkning var i liten grad fulgt opp av miljøpersonalet og pasienten var relativt passiv. Han konkluderer studien med at det kan se ut som om gamle og uønskede forståelsesmåter fra de gamle institusjonene har diffundert ut i den kommunale tjenesten (Karlsen 2012).

3.4 Tvang og makt i tjenesteoppfølgingen

Siden etableringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har en det vært en målsetting om å oppnå større grad av frivillighet i psykisk helsevern (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) satte også et fokus på psykiatriens bruk av tvang, og et mål er å redusere alle former for tvang og på den måten styrke prinsippet om økt frivillighet (se Sosial- og helsedirektoratet IS-1370 - Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern). Behandlingen skal gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. I de tilfellene hvor bruk av tvang er nødvendig, skal tvangen være regulert på en måte som sikrer rettssikkerhet, klageadgang og kontroll fra uavhengige organer (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Kommunene har andre rammebetingelser for sine tjenester enn det er i institusjoner, og det er en stor forskjell å skulle gi tjenester og oppfølging på institusjon i forhold til å følge opp beboere i egen bolig. Holm (2012) har i sin studie funnet at flere tjenesteansvarlige i boligene rapporterer om store begrensninger i rammebetingelsene i de kommunale boligene i forhold til det man hadde i institusjonene. En av årsakene til dette ligger først og fremst i frivilligheten som et fundament for de kommunale tjenestene. De færreste motsetter seg kommunens oppfølging, så er det noen som gjør det, og det er oftest de som har mest behov for oppfølging. I en institusjon kan man benytte tvang for å nå fysisk fram til brukeren ved å låse seg inn gjennom eventuelt låste dører. Det kan også benyttes makt bak ulike behandlingsopplegg (Holm 2012). Makt har vært et sentralt tema de seneste tiårene, og Empowerment og brukermedvirkning er nøkkelord for å beskrive maktfordelingen mellom

brukere og myndighetene (Lundgren, Juritzen, Engebretsen og Heggen 2012). Både Empowerment og brukermedvirkning er ment til å skulle flytte makten fra myndighetene til bruker. Sosialarbeideren har i regi at sitt mandat en form for makt i møtet med de brukerne man møter på i sitt arbeid, likevel er det ikke alltid like klart definert hva som er makt. Det finnes flere former for makt, og makt behøver ikke å være fysisk tvang, det er også mer vage former for makt (Järvinen og Mortensen, 2005). Makten sosialarbeideren har i regi av sitt arbeid er basert på lover og forskrifter om hvordan man som profesjonell aktør skal utføre arbeidet. Sosialarbeideren er ikke bare utøver av makt, de er også underlagt makt ovenfra (Henriksen og Prieur 2004). Personalet i kommunale boliger vil være underlagt kommunens ledelse og det lovverket man jobber inn under. Dette lovverket har andre bestemmelser når det gjelder bruk av tvang og makt enn det som gjelder i institusjoner. Dette var noe av selve det ideologiske fundamentet som lå til grunn for Opptappingsplanen, at man skulle redusere bruken av tvang ovenfor personer med psykiske lidelser. I Holm (2012) sin undersøkelse er det flere kommuner som rapporterer om at det er vanskelig å yte tilstrekkelige tjenester uten bruk av tvang. Dette kan blant annet gjelde det å i det hele tatt få slippe inn i boligen, og den enkelte beboer kan selv velge å nekte å ta imot tjenester. I møte med ulike utfordringer ga flere av studiens respondenter uttrykk for at fraværet av tvangsmidler kan gi en avmaktsfølelse (Holm 2012).

Graden av tvangsbruk er avhengig av et vedtak som er basert på en legeundersøkelse etter psykisk helsevernloven (2015) § 3-1 og 3-2. Slike vedtak skal kontrolleres av kontrollkommisjonen, som skal sikre pasientens rettssikkerhet. Psykisk helsevernloven § 4-2 har tre hovedprinsipper for bruk av restriksjoner og tvang under gjennomføringen av psykisk helsevern (Helsenorge.no);

1) Nødvendighetsprinsippet, dette innebærer at restriksjoner og tvang under oppholdet bare skal gjennomføres når det er absolutt nødvendig.

2) Medbestemmelsesprinsippet, dette gir pasienten en rett til å ha innvirkning på sin egen hverdag. Dette innebærer også at pasientens syn skal vektlegges når det er mulig

3) Forholdsmessighetsprinsippet, dette innebærer at tiltak bare kan gjennomføres når virkningen av tiltaket er så gunstig at det overveier ulempene med tiltaket.

Etter tredje ledd skal det også legges til rette for at beboer får;

a) Delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient

b) Anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer

c) Tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene

d) Anledning til daglige uteaktiviteter.

Bestemmelsen slår også fast at det skal tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn. I siste ledd er det gitt adgang til å gi forskrifter om utarbeidelse av husordensreglement (Helsenorge.no). Slike husordensreglementer vil også være en del av boligens rutiner og prosedyrer. Tvang og makt i boliger til mennesker med psykiske lidelser kan komme til uttrykk i form av husordensreglement, og i utarbeidelsen av prosedyrer og rutiner i boligen. Dette kan for eksempel være å kreve rusfrihet og regulering av besøk. Holm (2012) har i en NIBR rapport om «En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid» vist til at flertallet av kommunene i studien hadde husordensregler som omfatter rusfrihet og ulike besøksregler. En kommune svarer at de nekter beboerne besøk av personer de mener er destruktive, hvor både rus og utnyttelse av økonomi nevnes. Noen av kommunene svarte også at de avholder husmøter for å la beboerne ta del i rutinene i boligen (Holm 2012). I samme studie mener en av respondentene å se en tiltakende tilfriskning blant beboerne og at det har skjedd mer de siste par årene enn de foregående 20. Rammene i kommunale boliger kan være beskyttende, uten å bygge opp en institusjon. Tilbakemeldingene er at rammene som settes forhold til den individuelle friheten er viktig i og med at det er i friheten problemet ligger (Holm 2012). Mange av de tjenesteansvarlige i studien rapporterer om store begrensninger i rammebetingelsene for de kommunale tjenestene versus de oppfølgingsmulighetene institusjonene hadde. Dette ligger først og fremst i frivilligheten som er fundamentet i kommunens tjenester og selv om de færreste beboere motsetter seg tjenestene så er det noen som gjør det. Dette er også ofte de med størst hjelpebehov. Mange av kommunene rapporterte om at de ser et behov for bruk av tvang for å få den enkelte til å samarbeide. Dette bryter med de idémessige forutsetningene i Opptrappingsplanen. Kommunene mener imidlertid at dette i stor grad vanskeliggjør arbeidet med de mest krevende og utagerende beboerne (Holm 2012). Disse utfordringene fremheves i Holm (2012) sin oppsummeringen som en av de største utfordringene i tjenesteoppfølgingen av beboerne. Med frivillighet som fundament for tjenestene vil det være vanskelig å unngå bruk av tvang og makt ovenfor de beboerne som har mest hjelpebehov. Spørsmålet er hvordan disse utfordringene håndteres i det daglige og om det kreves en grundig kvalitetssikring og internkontroll for å sikre at det ikke utøves brudd på lovverk og forskrifter som skal sikre beboernes rettigheter.

4.0 Metodologisk tilnærming

I denne masteroppgaven benytter jeg kvalitativ metode. I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for metodevalg og gi en begrunnelse for dette. Jeg vil også beskrive utvalget, valg av informanter og valg og avveininger som oppstod underveis i datainnsamlingen. Videre redegjør jeg for min egen rolle som forsker, etiske refleksjoner og valg, samt en drøfting av validitet og reliabilitet. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg se på hva som kan være kritikken mot metoden og hvordan jeg som forsker forholder meg til denne kritikken.

4.1 Vitenskapsteoretiske tilnærminger og valg av metode

Begrepet metode betyr opprinnelig veien til målet (Kvale og Brinkmann 2014: 199). Valg av metode beror på hvordan man best kan gå frem for å belyse problemstillingen på best mulig måte. Et forskningsprosjekt begynner gjerne med en idé om noe man ønsker å undersøke. Ved valg av metode, er det ut fra problemstillingen det velges hvilken metode som er best egnet (Ryen 2012). Forskningsmetode skilles mellom kvantitativ og kvalitativ forskning, hvor kvantitativ forskning vanligvis er beskrivelser av virkeligheten hentet fra spørreundersøkelser ved hjelp av skjemaer, med et stort utvalg. Kvalitativ forskning kan være et kvalitativt intervju, som oftere har et mindre utvalg. Videre kan kvalitativ forskning deles inn i intervju, observasjon, analyse av tekst eller dokumenter og bruk av visuelle medier. Disse har flere felles kjennetegn, blant annet data i form av bilder og ord, og ikke tall som i kvantitativ forskning. De har naturlige data som observasjon og ustrukturerte intervju (Ryen 2012). Jeg ønsker å undersøke hvordan personalet selv opplever at tjenestene kvalitetssikres, og personalets subjektive fortellinger. Mitt ønske er å utforske og beskrive kvalitetssikringen i boligene ut fra personalets egne erfaringer. Det kvalitative intervjuet er den mest benyttede måten å samle inn slike kvalitative data på. Intervjuet har spor helt tilbake til de gamle egypterne og i klinisk praksis og i samfunnsvitenskapelig praksis går bruken av intervju tilbake til slutten av 1800-tallet (Ryen 2012).

Kvalitativ forskning deles inn i ulike epoker, og i enkelte av disse epokene har man ulik forståelse av hva kvalitativ forskning er eller har vært. I hver av disse epokene betyr kvalitativ forskning ulike ting, og hver epoke lever videre inn i den neste (Ryen 2012). Gjennom disse epokene har ulike spenninger og motsetninger innen kvalitativ forskningsmetode skapt flere ulike paradigmer. Gubrium og Holstein (1997) deler disse epokene inn i fire paradigmer

(Ryen 2012). I følge Gubrium og Holstein (1997) kan disse ulike paradigmenes måten å forstå den sosiale verden på, kan deles inn i naturalisme, etnometodologi, emosjonalisme og postmodernisme. Disse er delt inn etter språket forskeren bruker, og hvordan forskeren betrakter og beskriver sosialt liv. Språket kan danne et bilde av hvordan forskeren ser på verden (Ryen 2012). Naturalisme har en forståelse av at subjektets egne fortolkninger representerer sannheten, og dataene sannsynligvis sanne. Det innebærer en tro på at svaret ville være det samme om man spør det samme spørsmålet med for eksempel noen dagers mellomrom. Dette er den mest rådende tilnærmingen innen kvalitativ forskning (Ryen 2012) og er den tilnærmingen jeg har brukt i denne masteroppgaven. For å innhente opplysninger om hvordan personalet opplever ulike aspekter ved tjenestene de yter, valgte jeg å gjennomføre kvalitative intervju. Jeg mener det kvalitative intervjuet er en god metode så lenge jeg er bevisst de utfordringer og svakheter som kan foreligge. Dette er også i tråd med Kvaales fokus på kritikk for å skjerpe forskerens oppmerksomhet (Ryen 2012).

4.2 Rekruttering av informanter og utvalg

I og med at problemstillingen retter seg mot tjenestene som ytes i boligene, var det viktig å henvende seg til personalet og ledelsen i disse boligene. Det var da et naturlig valg å ha kvalitative intervjuer av personalet. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å ha en studie hvor jeg intervjuet både personal og beboere. I etterkant av søknaden til NSD valgte jeg å avgrense utvalget til å kun intervju personalet. Årsaken til avgrensingen av utvalget var at det vil kreve ytterligere godkjenning for å få tilgang til å intervju beboere. Samtidig er det også et større etisk aspekt i form av at beboere vil kreve mer i forhold til tilrettelegging og ivaretagelse. Jeg så også underveis i planleggingen at en studie med et utvalg bestående av både personal og beboere ville være for omfattende og ville kreve en videre problemstilling. Jeg har også endret noe på tema og problemstilling i etterkant av søknaden til NSD og presentasjonen til kommunen, men endringene er kun små justeringer og har ikke noe å si for hva jeg ønsker å undersøke.

Jeg har valgt å avgrense masteroppgaven til å omhandle en kommune. I denne kommunen valgte jeg ut tre boliger for mennesker med psykiske lidelser. Jeg kontaktet kommunens jurist og enhetsleder for den aktuelle enheten for å presenterte masteroppgaven (vedlegg1).. Senere leverte jeg informasjon om studien til noen boliger slik at leder kunne informere personalet

om masteroppgaven. Utvalget er valgt etter godkjenning fra enhetsleder for disse tjenestene i kommunen og to er direkte spurt av avdelingsleder om å delta. Jeg utformet et informasjonsskriv til informantene med informasjon om masteroppgaven og med samtykkeskjema (vedlegg 2). Samtykkeskjemaet ble underskrevet før jeg startet intervjuet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2014) bør intervjuet starte med at forskeren forteller litt om formålet med intervjuet og andre sentrale aspekter rundt intervjuene. Alle informantene ble informert om hensikten med masteroppgaven og om hvordan jeg ville ivareta personvern og anonymisering. Jeg opplyste at samtalene ville bli tatt opp med båndopptaker, hvordan dataene ville bli oppbevart og hvordan det ville bli brukt videre i studien. Informantene fikk også informasjon om at de når som helst kan velge å trekke seg. I snitt har informantene jobbet i boligen i 7 år, og alle har utdanning innen helse, hvorav noen på universitetsnivå. Utvalget bestod av både menn og kvinner, med tilknytning til en eller flere av boligene.

4.3 Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervju

I det naturalistiske intervjuet er hensikten å unngå at forskeren påvirker informanten slik at vedkommende gir en ufullstendig eller skjev versjon. I dette paradigmet tenker man at dataene befinner seg «inni» informanten, og forskeren ønsker å samle inn dataene slik de er, uten å påvirke dem. For å i størst mulig grad fange opp informantenes eget perspektiv kan graden av forhåndsstruktur være viktig. På denne måten er det også enklere å sammenlikne svarene og se hvor mange som svarer det samme. Forhåndsstruktur er også et godt argument for å unngå å samle inn en mengde overflødig informasjon. Noen hevder også at en viss struktur er nødvendig for å kunne sammenlikne på tvers av studier (Ryen 2012).

Jeg valgte et semistrukturert intervju ved at jeg på forhånd hadde satt opp hovedspørsmål uten at jeg hadde fastsatt rekkefølgen av spørsmål, eller i detalj ha fastlagt spørsmålsformuleringen. For å få en viss grad av struktur, er de fleste forskere enige i at man bør ha en intervjuguide (Ryen 2012). En intervjuguide kan være som McCrackens oppbygging for struktur i intervjuets åpning, hovedfase og avslutning. McCracken mener at alle intervju bør starte med at forskeren noterer ned dato, sted, tid og navn (Ryen, 2012). I åpningen av intervjuet bør man også tilpasse åpningsspørsmålene til informanten, og gjerne ved å ha litt kunnskap om det miljøet man er i. Dette kan danne et viktig grunnlag for å bli kjent. Dette innebærer det McCracken kaller biografiske data, eller deskriptive data om selve informanten (Ryen 2012). Jeg valgte å følge en struktur som dette, samt åpningsspørsmål i

forhold til utdanning, stilling og hvor mange år informanten har vært ansatt i boligen. Jeg introduserte også meg selv, min bakgrunn og erfaring, og min motivasjon for masteroppgaven.

I forkant av intervjuene har jeg laget to intervjuguider, én til ledelsen (vedlegg 4) og en til øvrig personale (vedlegg 3). Disse er utformet med spørsmål i seks kategorier, introduksjon, brukermedvirkning, kvalitetssikring, tvang og makt, prosedyrer og rutiner, avvik og avsluttende spørsmål. Her valgte jeg spørsmål jeg antok kunne belyse min problemstilling på best mulig måte. Spørsmålene er basert på masteroppgavens problemstilling, forforståelse, lovverk og tidligere forskning. Jeg valgte å ha en grad av forhåndsstruktur i intervjuet, men uten å låse det helt. Dersom det blir for mye struktur så kan man risikere at man ikke fanger opp, eller at man misforstår fenomener som er viktig for informanten. Denne forhåndsstrukturen er også viktig for å unngå at man samler inn unødvendig mye data. Samtidig kan en altfor stor grad av struktur hindre at man får informantens perspektiv fordi man misforstår eller ikke fanger opp viktige momenter (Ryen, 2012). Jeg så underveis i intervjuene at det var nødvendig med litt varierende rekkefølge på spørsmålene for å få en god flyt i samtalen. I noen av intervjuene var det også noen av spørsmålene som ble overflødige. I de av intervjuene med mest fri fortelling ble noen av spørsmålene unødige, da enkelte spørsmål ble besvart under andre spørsmål i en mer fri fortelling. Jeg lot informantene fortelle fritt selv om de beveget seg noe bort fra spørsmålet. Ved et likeverdig forhold i intervjuet vil informantene kunne påvirke interaksjonen. Min hensikt er å fange informantens perspektiv og en for stor grad av forhåndsstruktur vil kunne virke mot intervjuets hensikt. Det vil også kunne ekskludere betydningen av konteksten, noe som er det mest sentrale i kvalitative studier (Ryen 2012).

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass på et egnet rom og i det jeg antok ville være informantenes mest naturlige setting i denne sammenhengen. Denzel og Lincoln (1992) utdyper kvalitativ forskning med å si at; *«forskere som nytter kvalitativ metode, studerer ting i deres naturlige setting, der de prøver å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem»* (Ryen, 2012:18 etter Denzel og Lincoln, 1992). Jeg opplevde at et par intervjuer ble veldig korte, med enkle konkrete svar på spørsmålene. Andre intervjuer varte lenger og jeg fikk mer utfyllende svar på spørsmålene. Disse intervjuene var mer preget av fri fortelling, og ga flere oppfølgingsspørsmål. Det viktigste er at informantene får fortelle sin historie, og at forskeren er en god lytter (Ryen 2012). I ett av intervjuene oppdaget jeg i

transkriberingen at jeg altfor ofte avbrøt informanten med oppfølgingsspørsmål. Jeg oppdaget at etter kun litt stillhet fulgte jeg opp med spørsmål samtidig som informanten hadde mer å si. Et resultat av dette kan være at jeg gikk glipp av informasjon, selv om jeg overlot ordet til informanten. Jeg erfarte at jeg i større grad bør tillate taushet før jeg snakker. Det er likevel ifølge Ryen (2012) viktig å komme med oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene er også med på å sikre at jeg kommer dypere inn i temaer som kan være med på å belyse problemstillingen. Jeg erfarte at oppfølgingsspørsmålene var nyttig, og at det også var noe behov for begrepsavklaringer underveis. Blant annet måtte jeg i noen av intervjuene avklare at jeg med tvang ikke nødvendigvis mente fysisk tvang.

Videre i avslutningsfasen bør man forsøke å lage en positiv slutt. Det er også anbefalt at man kort oppsummerer det man selv synes er de viktigste delene i intervjuet slik at informantene får mulighet til å oppklare og presisere (Ryen, 2012). I noen av intervjuene opplevde jeg at informantene søkte en bekreftelse på det de hadde fortalt underveis, og at det var naturlig med en kort oppsummering av hva de hadde fortalt gjennom intervjuet. Jeg opplevde også i enkelte av intervjuene at informantene fortalte mer etter at båndopptakeren ble slått av, og at det var da noe av det mest interessante ble fortalt. Dette kan innebære at bruk av båndopptaker påvirker intervjuet (Ryen 2012). En mulig årsak til at informantene fortsatte med tematikken etter at båndopptakeren ble slått av kan være fordi de da reflekterte mer over det de hadde fortalt i selve intervjuet. Det er mulig derfor jeg opplevde at noe av det mest interessante kom fram da, fordi informantene kan ha opplevd det som en friere refleksjon. Noen av informantene noterte også i etterkant av intervjuet og fortalte at de fikk nye tanker rundt masteroppgavens tematikk.

Det er viktig å være klar over min mulige påvirkning både gjennom valg av informanter, og fokuset i intervjuet. Jeg tror også at jeg bevisst eller ubevisst kan påvirke svarene jeg får, og retningen intervjuet tar. Gjennom kroppsspråket kan jeg blant annet påvirke ved å for eksempel virke interessert, flau, sint, eller uinteressert i svarene eller samtalens retning (Ryen 2012). Jeg tror dette kan føre til at det ikke er så enkelt å få et reelt bilde av virkeligheten om man ikke er dyktig. Jeg anser også at betydningen av følelser kan være viktig innen mitt fagfelt. Det gir en helt annen mening om noe sies samtidig som man griner, eller om det sies med et smil. Utfordringene vil nok likevel være hvordan disse følelsene skal kategoriseres, og hvor mye de skal vektlegges. I mine intervju føler jeg det ble lite fokus på følelser, mindre enn jeg hadde trodd på forhånd. En av informantene opplyste å være overgitt over situasjonen,

og hadde i enkelte av svarene et tonefall som jeg tolket som mer irritert. Ikke over intervjuet eller spørsmålene, men over det som informanten selv fortalte. Noen av informantenes svar ble avsluttet med; «ikke sant?». Jeg tolker det som at de ønsket bekreftelse fra meg på det de fortalte. At jeg skulle bekrefte eller avkrefte, eller bare vise en respons med kroppsspråket. Jeg forsøkte å forholde meg nøytral, men det er naturlig at jeg med kroppsspråk kan ha gitt uttrykk for hva jeg finner interessant og ikke. Det at flere av informantene fortsatte med refleksjoner rundt temaet i etterkant av at båndopptakeren ble slått av kan også være forbundet med at informantene hadde en del følelser rundt temaet.

Selv om det også er mange utfordringer å være bevisst, mener jeg at det kvalitative intervjuet var en god metode for å komme nærmere det sosiale fenomenet jeg ønsket å skrive om. Det kan kanskje være med på at jeg får en annen, og bedre innsikt enn jeg ville fått om jeg utførte en kvantitativ forskning ved hjelp av et spørreskjema. Det ville innebære at jeg selv måtte hatt en hypotese og en større forforståelse som jeg ønsket å teste. Da kunne jeg gått glipp av den subjektive forståelsen av fenomenet, som den enkelte aktør tross alt sitter med. I et spørreskjema er det en stor sjans for at jeg ville få med spørsmål og kategorier som ikke er relevante, og samtidig ikke få med det som er viktig. I et kvalitativt intervju har jeg også muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål og avklarende spørsmål underveis. Det kan være med på å sikre at jeg ikke går glipp av viktig informasjon.

4.4 Analyseprosessen

Analyseprosessen startet med transkribering av intervjuene. Å transkribere betyr å transformere, det vil si å gjøre muntlig språk om til skriftlig (Kvale og Brinkmann 2014). Jeg har en naturalistisk tilnærming i dataene, og denne tilnærmingen legger vekt på at det finnes en sannhet eller én virkelighet og da er min oppgave å få tak i dette i intervjuet. Min oppgave er å gjengi eller representere den så riktig som mulig i rapporten. I en naturalistisk tilnærming lytter man til informantens representasjon av virkeligheten og man har tillit til at de kan referere til hvordan virkeligheten er for dem (Ryen 2012). Likevel kan man ikke ta for gitt at den versjonen man får er nøyaktig, men man tar for gitt at man får autentiske data (Ryen 2012 etter Gubrium og Holstein 1977). Jeg vil også komme nærmere inn på utfordringer med det kvalitative intervjuet i senere avsnitt. Ryen (2012) viser til at Silverman (2001) mener det er naivt å tro at man i et åpent kvalitativt intervju kan fange opp autentiske

opplevelser. Jeg benyttet båndopptaker for å i størst mulig grad kunne gjengi informantens egne ord. Jeg tok ikke notater underveis i intervjuene. Ved å transkribere fra en muntlig til en skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de i egner seg bedre for analyse (Kvale og Brinkmann 2014). Intervjuene ble i så stor grad som mulig ordrett transkribert, men på bokmål. Der informantene har nevnt navn på annet personal, leder, navn på bolig eller annet som kan være gjenkjennelig, har jeg valgt å transkribere det uten navn. Dette for å ivareta personvernet også i transkripsjonen. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2014) sin anbefaling om å vurdere de etiske aspektene rundt konfidensialiteten også i transkriberingen. Jeg har transkribert intervjuene selv, noe som også gir meg en bedre bearbeidelse av datamaterialet. Da har jeg som forsker deltatt i hele prosessen fra å utarbeide tema og problemstilling, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av intervjuene, transkribering, analyse og så presentasjon og drøfting av funn. Den delen av intervjuet som ble tatt opp på bånd varte i alt fra 30 minutter til rett i overkant av 1 time.

Analyse av kvalitative data handler alltid om å redusere datamengden. Når man analyserer kvalitative data må man dele inn i deskriptive kategorier. Erlandson ofl. (1993) deler analyseprosessen inn i tre hovedfaser; å slå sammen data, å peke ut hvilke kategorier som framtrer og å analysere negative eksempler. Han har også en fjerde fase han kaller brobygging for å analysere det som skjer mellom periodene med datainnsamling. Datainnsamling foregår ikke nødvendigvis i en sammenhengende periode, men i flere avgrensede perioder. Her bygger man ut og får overflatekjennskap til dataene (Ryen 2012). En annen utfordring kan være i bearbeidningen av dataene i form av at funnene kan kategoriseres i allerede fastsatte kategorier, slik at man finner det «man ønsker å finne». Dette er også en større svakhet fordi jeg hadde kjennskap til feltet fra eget arbeid. Analyse av kvalitative data vil alltid innebære å redusere datamengden. Når data fra intervjuet skal analyseres må det deles inn i deskriptive kategorier som refererer til personer, steder, aktiviteter, eller andre relevante tema. Når man foretar et nytt intervju deltar man i en dialog mellom teori, tidligere intervju, og pågående intervju. Under intervjuet får man da assosiasjoner til teori og tema, og det at teorien springer ut fra dataene og ikke omvendt, kalles induktiv analyse (Ryen, 2012).

I første fase av analysearbeidet delte jeg opp dataene i minste informasjonsbitene eller enhetene som ga mening når de står alene. Enheten må også kunne forklare et eller annet aspekt ved konteksten eller noe jeg må gjøre videre i analyseprosessen (Ryen 2012). Når enhetene er avklart må de kodes slikt at de senere kan kontrolleres. Etter at datamaterialet var

delt opp i enheter kunne jeg gå videre i neste og andre fase av analyseprosessen. I neste trinn sorterte jeg enhetene inn i kategorier. I denne fasen tilordnet jeg de små enhetene inn i større kategorier og datamengden reduseres. Disse kategoriene bør reflektere at det er en analytiker som står bak organiseringen av dataene og at det ikke finnes noe fasitsvar (Ryen 2012). Jeg leste gjennom dataenhetene og sorterte dem inn i ulike kategorien jeg mente var forklarende. Enheter som ikke passet inn i eksisterende kategorier eller som ikke da kvalifiserte for en ny kategori ble plassert i en «diverse» kategori. Erlandson ofl. (1993) fremhever at man må være fleksibel og ikke binde seg til originalkategoriene. Dersom det er behov for det bør man kunne lage nye kategorier og eventuelt tømme de gamle (Ryen 2012). Kategoriene danner grunnlaget for de ulike temaene i drøftingen og jeg har hentet inn sitater fra informantene for å mer konkret kunne belyse deres subjektive opplevelse. Jeg tok utgangspunkt i kategoriene i intervjuguiden, men fikk også noen underkategorier som i dataanalysen fremhevet seg mer enn andre. I tillegg til hovedkategoriene; brukermedvirkning, tvang og makt og kvalitetssikring og internkontroll som er hentet fra tema og problemstilling kom det fram noen fremtredende underkategorier i intervjuene;

- Forholdet mellom institusjon og egen bolig
- Kommunikasjon
- Dagtilbud og økonomi
- Journalføring
- Forholdet mellom tvang og frivillighet
- Lovverk
- Diagnose og vedtak, fysiske plager og dobbeltdiagnoser
- Personalmøter
- Avviksmelding

Jeg sorterte dataene inn i disse kategoriene. Disse ble senere sortert inn under hovedkategoriene og vil presenteres slik i kapittel 5 om presentasjon og drøfting av funn.

4.5 Metodologiske refleksjoner og forskerens bakgrunn

Jeg har selv i en periode arbeidet i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser. I min egen erfaring fra disse boligene har jeg gjort meg opp noen tanker om kvaliteten i tjenestene og hvordan de kvalitetssikres. Min største undring i forhold til hvordan en form for tilsyn i boligene gjennomføres kom etter at jeg begynte å jobbe som saksbehandler i

barneverntjenesten. Barnevernet og barneverninstitusjoner er underlagt strengt tilsyn fra Fylkesmannen. Denne erfaringen gjorde at jeg i større grad begynte å reflektere rundt praksisen i de kommunale boligene for mennesker med psykiske lidelser, og at jeg aldri hadde opplevd noen form for tilsyn, ei heller hørt snakk om noe. I egen arbeidserfaring i boligen opplevde jeg flere ganger etiske, faglige og juridiske problemstillinger og erfarte at disse ble håndtert ut fra hva man antok var mest riktig i situasjonen. Min erfaring tilsier at det i altfor liten grad ble sjekket juridisk. Jeg har også i forkant av masteroppgaven drøftet temaet med flere og dette førte til en større nysgjerrighet i forhold til hvordan personalet i disse boligene opplever at tjenestene kvalitetssikres og hvordan det kan påvirke tjenestene. Jeg har gjennom denne masteroppgaven forsøkt å være bevisst min egen førforståelse. Ved å være bevisst den førforståelsen jeg har med meg, vil det være lettere å skille den fra de nye inntrykkene jeg møter gjennom litteraturen (Dalland, 2000). Det jeg bærer med meg av forhistorie, kunnskap og holdninger er med på å påvirke hvordan jeg tolker og bearbeider litteratur og forskning (Dalland, 2000). Det er derfor av betydning at jeg redegjør for min egen posisjon i forhold til temaet i oppgaven. Det er viktig at forskerens rolle avklares i forkant, slik at de ulike partene vet hvordan de skal forholde seg til hverandre. Forskeren bør presentere sin subjektive teori, som omfatter egne erfaringer og opplevelser. Dette innebærer at man sier noe om egen yrkeserfaring eller interesseområde. Dette bør også redegjøres for i forskningsteksten (Postholm 2011).

Dette var noe jeg forsøkte å være bevisst da jeg utarbeidet intervjuguiden, ved at min førforståelse kan påvirke slik at jeg i større grad søker å bekrefte, og at intervjuene kunne bli mindre eksplorative. Det er en fare for at man leter for å finne det man allerede tror eller vet om temaet. Jeg har forsøkt å være bevisst på at jeg ikke ønsker å få en bekreftelse på at jeg fra egen erfaring følte på manglende kvalitetssikring. Jeg har i undersøkelsen forsøkt å være åpen for at jeg ikke har hatt full oversikt over hvordan dette fungerer, og har søkt å finne et svar på hva som er gjeldende praksis. Både gjennom intervjuene med personalet og i teori. Da jeg søkte på litteratur og tidligere forskning om emnet påvirket dette også min forståelse om emnet. Jeg oppdaget at det er mange gode veiledere, forskrifter og retningslinjer på hvordan kvalitetssikringen skal gjennomføres. Postholm (2011) poengterer at den teorien jeg som forsker har lest vil kunne farge analyser og tolkninger. Blant annet blir jeg kanskje ubevisst påvirket av å lese lovverket, rundskriv og håndboken om hvordan rutineene skal være. Ved å presentere disse teoretiske perspektiver i forskningsteksten vil leseren bedre kunne forstå forskerens ståsted. Min egen arbeidserfaring gjør at jeg startet med en forforståelse og ikke

som en helt nøytral forsker. Jeg kan ikke se bort fra at jeg har hatt en viss feltblindhet underveis i intervjuet i forhold til hvilke utsagn jeg fester meg ved, og dermed hvilke oppfølgings spørsmål jeg valgte å stille. Forskeren skal møte med et åpent sinn, men ikke med et tomt hode (Postholm 2011 etter Malinowski 1922 og Fetterman 1998). Dette innebærer at man ikke kan legge bort sin forforståelse, men at man må være den bevisst og klargjøre den både for seg selv og andre (Postholm 2011).

4.6 Reliabilitet og Validitet

Ryen (2012) viser til at innen kvalitativ metode er både reliabilitet og validitet kontroversielle fenomener. Kritikken består av at om det ikke finnes noen virkelighet «der ut» som man kan enes om, så er det heller ikke mulig å oppnå en direkte kunnskap om den. Dette gjelder også språket, når det ikke lenger kan anses som å kunne referere til en stabil og ytre virkelighet, når ulike personer kan gjengi flere ulike konstruksjoner av virkeligheten. På denne måten kan disse kriteriene bare et forsøk på å oppnå kunstig konsensus, for hvordan kan det være mulig å omfavne et bestemt synspunkt når man samtidig avviser at det finnes én sannhet (Ibid).

Kvale og Brinkmann (2014) viser til at reliabilitet har med forskningens pålitelighet å gjøre, om forskningsresultatene er troverdige. Validitet dreier seg om metoden du har valgt måler det du tror den skal måle. Det har med sannhet, riktighet og styrke å gjøre og begrepene gyldighet og troverdighet benyttes ofte (Ibid).

Reliabilitet

I kvalitativ forskning kan reliabilitet ifølge Hammersley (1992b:62) defineres som graden av konsistens mellom funn utført av forskjellige forskere eller av samme forsker til ulike tidspunkt. Dette innebærer at dersom man finner de samme tendensene i en tilsvarende annen studie, så styrkes tiltroen til at funnene kan være sanne (Ryen 2012). Dette støttes også av Kvale og Brinkmann (2014) om at reliabilitet ofte settes i sammenheng med om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere, eller om informanten vil endre sine svar dersom en annen forsker intervjuet. Reliabilitet i kvalitativ forskning er som nevnt innledningsvis i kapitlet et kontroversielt fenomen. Dersom virkeligheten bare eksisterer som konstruksjoner som ikke er stabile på kort eller lang sikt, gir det ingen mening at man som samme forsker, eller av ulike forskere skal bruke funn av like konstruksjoner som

kriterium for kvalitet. Ryen (2012 etter Silverman 2001:226) viser til Seals begrep «low-inference-descriptors» hvor betydningen av at data er så konkret som mulig. Det innebærer at man bør ha verbale versjoner av det informantene sier, ikke bare forskerens rekonstruksjoner av hva de sa.

Ryen (2012) viser til flere tiltak for å bidra til høy reliabilitet. Blant annet anbefales forskeren å ta alle intervju opp på bånd, og også la ulike forskere kategorisere samme materiale og så sammenlikne. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2014) sin anbefaling om at reliabiliteten i transkriberingen kan sjekkes ved at to forskere hver for seg transkriberte det samme intervjuet for så å telle antall ord som er ulike i de to transkripsjonene. På denne måten ville man foretatt en kvantifisert reliabilitetssjekk (Kvale og Brinkmann 2014). Jeg har ikke hatt anledning til å foreta en slik reliabilitetssjekk i min masteroppgave, men med bare fem informanter ble ikke transkriberingen en så omfattende prosess, og faren for å transkribere feil blir noe mindre. Jeg valgte likevel å bruke mye tid på å høre intervjuene om igjen etter transkribering for å være sikker på at jeg oppfattet riktig. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2014) sin anbefaling om å lytte til opptakene en gang til for å kunne oppdage eventuelle feil. Ryen (2012) anbefaler også at man i rapporten redegjør for prosedyrene ved datainnsamlingen og at man presenterer større utdrag fra data, ikke bare oppsummeringer. Jeg har valgt å ta med flere sitater for å i størst mulig grad gjengi informantenes egne ord. Jeg har også redegjort for datainnsamlingen og prosedyrene som er benyttet i datainnsamlingen. Jeg vurderer at jeg i størst mulig grad har forsøkt å oppfylle krav til reliabilitet.

Validitet

I en bred fortolkning av validitet i samfunnsvitenskapen vil validitet si noe om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Men denne vide tolkningen av validitet kan den kvalitative forskningen gi gyldig, vitenskapelig kunnskap (Kvale og Brinkmann 2014). Å validere vil si å kontrollere og validiteten sjekkes ved å undersøke feilkildene. Med dette mener Kvale og Brinkmann (2014) at jo sterkere falsifiseringsbestrebelse en påstand har overlevd, jo mer gyldig eller troverdig er påstanden. Falsifikasjonskriteriet innebærer at man ikke kan bevise hva som er sant, bare hva som er usant. Dette kan ifølge Ryen (2012) gjøres ved at man lager en problemstilling og hypotese for så å sjekke opp med et eksempel eller tilfelle. Dersom dataene ikke støtter hypotesen, må man enten omformulere problemstillingen slik at det negative eksempelet kan ekskluderes.

Når man ikke lenger finner negative tilfeller, har man kommet fram til en universell generalisering (Ibid).

Kvale og Brinkmann (2014:256) viser til at «å validere er å stille spørsmål». Når gyldigheten skal fastslås går studiens formål og innhold forut for metodespørsmålet. Spørsmålene hva og hvorfor må besvares før hvordan. Når det gjelder intervjuer, kan det være at informanten ikke forteller sannheten om de faktiske forhold, men utsagnene kan likevel være sannheten om informantens oppfatning av seg selv eller fenomenet. En vanlig kritikk mot forskningsintervjuene er dermed at funnene ikke er valide fordi informantenes svar kan være usanne. Validere er også ifølge Kvale og Brinkmann (2014) å teoretisere. Når man skal avgjøre om en metode undersøker det den er ment å undersøke, må man også ha en teoretisk oppfatning om det som skal undersøkes. Å vurdere validitet i transkripsjonen er mer komplisert enn å vurdere reliabiliteten. Det er ifølge Kvale og Brinkmann (2014) umulig å avgjøre hva som er en korrekt transkripsjon, det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form.

For å sikre validiteten i denne oppgaven ble fulgt har jeg i størst grad et utvalg bestående av informanter som har lang erfaring fra boligene og som har relevant utdanning. Det gir en forventning til at de kan reflektere rundt temaet og at de hadde erfaring rundt temaene i spørsmålene. Jeg har redegjort for gjennomføringen av intervjuene og valg og avveininger underveis. Dette er i tråd med Postholm (2011) sin anbefaling for å sikre validitet. Hun viser til at validiteten er avhengig av at leseren kan følge med gjennom hele forskningsprosessen. På den måten kan leseren se hva som er gjort i hver enkelt fase. Postholm (2011) viser videre til at analysedelen kan være en fallgrube hvor forskeren lett kan komme til å plukke ut iøyenfallende eksempler og «glemme» det motsatte eller tvetydige funn. Jeg har forsøkt å i størst mulig grad analysere og presentere funn uten å lete etter det som «passer» med min forforståelse. På denne måte presenterer jeg også funn som kan være tvetydige eller også motsatt enn majoriteten av informantene for å sikre økt validitet.

4.7 Valg og etiske refleksjoner

Det nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsfag, jus, humaniora (NESH 1999) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som har relevans for min studie. Blant annet stilles

det krav til informert samtykke og informasjon til informantene (Postholm 2011). Jeg har også fått godkjent prosjektet av NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Informantene har gitt frivillig, informert samtykke til å delta i studien og har fått informasjon om tema for masteroppgaven i forkant av intervjuene.

Anonymisering og beskyttelse av informantene identitet er viktig, og har vært et stort fokus for meg i Masteroppgaven. Masteroppgaven er basert på et utvalgt fra én kommune, og fra noen få boliger, dette krever at jeg er særlig bevisst på anonymisering av informantene. Informasjon som kan bidra til at informantene gjenkjennes bør utelates fra forskningsteksten. Dette innebærer at informantene må få fiktive navn og at datamaterialet holdes konfidensielt (Postholm 2011). Jeg har valgt å ikke gi informantene fiktive navn, men valgt anonymisere dem helt. Dette for å redusere risikoen for at noen informantene vil kunne gjenkjennes i form av meninger eller personlighetstrekk som kommer fram i sitater jeg velger å bruke. På mange måter har det gjort drøftingen noe vanskeligere fordi jeg ikke kan presentere de enkelte informantenes opplevelser opp mot hverandre gjennom oppgaven. Hvert sitat blir stående alene uten at jeg gjennom oppgaven kan knytte de ulike sitatene opp mot den enkelte informant.

Jeg har også valgt å unnlate å ta med enkelte funn som jeg i utgangspunktet mener er relevante for masteroppgaven fordi jeg mener det ville være uetisk å presentere dem. Jeg velger å la det etiske prinsipp gå foran masteroppgavens målsetting, i samsvar med Fontana og Freys (1998,2000) prioriteringer (Postholm 2011). Informantene har bidratt med fortellinger fra hendelser i boligene og som er gode eksempler opp mot masteroppgavens problemstilling. Noen av dem har jeg vært i tvil om jeg skulle presentere eller ei, fordi innholdet i dem var informasjon det har vært vanskelig å håndtere. Noen av fortellingene har gått sterkt inn på meg. Det må nevnes at alle informantene har forholdt seg til sin taushetsplikt slik at jeg ikke vet hvem opplysningene gjelder. Forskningsteksten skal kunne leses av alle uten at deltakerne eller andre berørte kan bli støtt. Hva som innlemmes i forskningsteksten og hvordan det utformes angår vernet av deltakernes identitet (Postholm 2011). Jeg har også valgt å ikke opplyse om informantenes utdanning og nøyaktige ansiennitet da dette kan medvirke til at de lettere kan gjenkjennes. Jeg velger likevel å presentere gjennomsnittlig ansiennitet på informantene da dette gir en bedre forståelse av erfaringsgrunnlaget til informantene og også troverdigheten i svarene.

En etisk utfordring i utforming av rapporten er dermed også hva som skal inkluderes og hvordan det bør gjøres. Kvale mener at det er et etisk aspekt ved «lojale skriftlige gjengivelser av de muntlige beretningene gitt av den undersøkte» (Ryen 2012 etter Kvale 1996). Selv om det som er skrevet gjerne kan være en lojal representasjon, så sier ikke rapporten noe om hva som ikke er tatt med. Dette innebærer en utfordring i forhold til både reliabilitet og validitet. Det er viktig at selv om jeg har en førforståelse og en egenerfaring rundt temaets problemstilling så må jeg gjengi det informanten svarer, selv om det ikke skulle være i tråd med min egen erfaring eller oppfatning. Dette støttes av Postholm (2011) om at det i forskningsteksten er viktig at ikke jeg som forsker legger ord i munnen på informantene og at sitatene gjengis korrekt. Sitatene jeg har valgt å ta med kan likevel være fortalt sammen med noe mer som jeg utelater. Noe som kanskje var mer viktig for informanten, men som jeg ikke oppfatter. Den totale sammenhengen i det informanten sier kan dermed være noe mer enn det sitatet jeg henter fram i drøftingen, uten at det er min hensikt.

4.8 utfordringer ved bruken av det kvalitative intervju

Kvalitativ forskning representerer ikke et enhetlig syn på empirisk arbeid. Som nevnt er kvalitativ forskning delt inn i flere epoker, og ulike tradisjoner innen kvalitativ forskning kan ha et konfliktnivå. Kritikken kan være konstruktiv ved at den innleder til en debatt som peker framover (Ryen, 2012). Ved å være bevisst kritikken av det kvalitative intervjuet kan forskeren i stedet bruke ressursene på å forbedre kvaliteten på arbeidet i stedet for å bruke ressurser på å forsvare prosjektet (Ryen, 2012). En kvalitativ studie har gjerne et langt mindre utvalg og dermed færre informanter enn kvantitativ metode. Dette gjør at kvalitativ metode i mindre grad kan si noe om funnene er representative for den populasjonen den ønsker å si noe om. Mine funn i denne masteroppgaven er basert på intervjudata fra fem informanter og sier noe om forholdene i noen boliger i en kommune.

Det positivistiske synet på empirisk arbeid beskrives av kvalitative forskere som en datainnsamling med mål om «rene» intervju i en steril kontekst. Ønsket er å oppnå en speilrefleks av det sosiale liv i den virkelige verden. Dataene fra disse intervjuene skal helst fremstå som fakta. Man bør unngå skjevhet eller andre forstyrrelser som kan svekke statusen til data som fakta om virkeligheten (Ryen 2012). Et viktig moment i denne kritikken mener jeg er i hvilken kontekst man utfører intervjuet. Ofte gjennomføres intervjuet et annet sted enn

der informanten utfører sine naturlige aktiviteter (Ryen, 2012). Jeg valgte å ha intervjuene på informantenes egen arbeidsplass, bortsett fra ett intervju som jeg hadde hjemme hos informanten, etter informantens eget ønske. Selve intervjueteknikken er også viktig, i forhold til hvordan man skal spørre, rekkefølgene av spørsmålene og hvordan man bør forholde seg til vanskelige eller ømtålige spørsmål. En annen kritikk er at det kvalitative intervjuet er for individualistisk fordi det foregår mellom en forsker og en respondent. Da mister man de utsagn som for eksempel kommer fram i en mer naturlig sosial interaksjon i en gruppesamtale. Det kan medføre at man overser hvordan samspill virker inn på meningsdannelse (Ryen, 2012). Min opplevelse av mine intervju er likevel at intervjuene var frie for informantene til å få fram deres egne erfaringer, men at de kanskje var litt bundet i forhold til at et par av informantene virket til å tro at jeg som forsker satt med en slags fasit. Likevel vil min rolle som forsker alltid påvirke informantene ved at noe skapes i selve intervjusituasjonen. Mine spørsmål og informasjon om tema i forkant kan ha påvirket informantenes svar. Informasjon om problemstilling kan også ha fått informantene til å tenke gjennom temaene på en måte som de ikke har gjort tidligere. Jeg kan derfor ikke anta at jeg har funnet sannheten i informantenes svar, men i tråd med den naturalistiske tilnærmingen vil informantenes svar drøftes som at det er det som er sannheten for dem, og slik de i tidsrommet rundt intervjuene oppfattet tjenestene i boligene.

5.0 Presentasjon av funn og drøfting

I dette kapittelet vil jeg presentere en analyse av datamaterialet og drøfte funn fra intervjuene opp mot tema og problemstilling i lys av tidligere forskning, lovverk og retningslinjer, veiledere og teori. Problemstillingen er; *På hvilke måter kvalitetssikres tjenestene som ytes i kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser når det kommer til brukermedvirkning, tvang og makt?*

Tidligere forskning peker på ulike utfordringer i kommunens tjenesteoppfølging, blant annet Holm (2012) problematiserer at kommunens rammeverk er basert på frivillighet, mot institusjonene som har anledning til å benytte mer tvang og makt. Jeg vil derfor innledningsvis drøfte hva personalet mener er forskjellen på institusjon og kommunal bolig. Jeg har videre valgt å dele kapittelet i to. Jeg ønsker først å presentere og drøfte funn fra intervjuene som omhandler brukermedvirkning, tvang og makt. Funnene drøftes opp mot problemstillingen for å se på hvilken måte informantene opplever at disse aspektene i tjenestene kvalitetssikres. På denne måten redegjøres det for hvordan informantene opplever at tjenestene fungerer i forhold til disse temaene. Videre drøftes funn fra intervjuene opp mot hvordan tjenestene kvalitetssikres og mot kommunens internkontroll.

Jeg har valgt å ha med flere sitater under hvert tema for å i størst mulig grad gjengi informantenes egne ord. Sitatene er brukt så å si ordrett, noen sitater er endret til et mer skriftlig språk for å sikre anonymisering. Noe er også omskrevet for å verne om taushetsplikten og personvernet, blant annet er ord som han eller hun er endret til beboer eller h*n. Sitater er skrevet i kursiv.

5.1 Fra institusjon til egen bolig

Opptappingsplanens mål;
Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand.

I Opptappingsplanen er det et stort fokus på avinstitusjonalisering og normaliseringstenkning (Dyb og Nordahl 2006). Opptappingsplanens målsetting er å gi brukerne en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig (St.prp.nr. 63 1997-1998). Brukeren skulle ha følelsen av å bo i egen bolig. Psykisk syke

skulle flytte fra institusjonene og ut i egne boliger for å sikre den enkelte bruker uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Dyb og Nordahl 2006).

Avslutningsvis i intervjuene spurte jeg alle informantene om hva de mener skiller en institusjon fra kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser. Bakgrunnen for spørsmålet er å fram hva informantene mener skiller rammene i en institusjon fra en kommunal bolig, utover et ulikt lovverk. Tre av informantene svarer at kommunale boliger i en eller annen grad har likhetstrekk med en psykiatrisk institusjon. En informant svarer dette;

«Det er jo egentlig det at det er deres hjem, og de har jo i utgangspunktet rett til å flytte når de vil. På en institusjon er det jo mer bestemt at de må være der. Men de opplever vel kanskje selv at det er en del press på at de skal bo her i perioder. Det er noen som ytrer ønske om å flytte, men de ønsker jo ikke å miste en del av de tilbudene de har og den, ja folkene her. De ville gjerne bodd for seg selv, men at vi var en to-tre stykker tilgjengelig hele tiden. Så det er vel det som gjør at de holder seg her for noen. For andre her det her hjemmet. Når det er et hjem så må de også få sette sitt preg på det. I forhold til tjenestene som ytes så er det mye institusjonselementer, og at det er en del av personalet som har jobbet i institusjon.»

Informanten forteller at beboerne kanskje helst ville bodd for seg selv, men med to-tre personal tilgjengelig. Slik jeg har tolket Opptappingsplanens målsetting og lovverket er vel også det den boformen disse kommunale bofelleskapene innen psykisk helsevern skal ha. Et av Opptappingsplanens mål var at brukeren skulle ha følelsen av å bo i egen bolig. Så hva er det da som gjør, om jeg tolker sitatet riktig, at kanskje enkelte beboere ikke opplever det slik? Videre bruker informanten også benevnelsen «hjem», og at de får sette sitt eget preg på eget hjem, at selve den fysiske utformingen av det å ha egen bolig er positivt. Informanten sier også at tjenestene som ytes har mye institusjonselementer i seg og at en del av personalet har jobbet i institusjon. Innebærer det, som Karlsen (2012) fant i sin studie, at kommunen har tatt med seg mye av praksisen fra institusjonene?

En annen informant svarer dette;

«Jeg føler det er et mer verdig liv å bo slik som dette enn å bo på en post⁵. Det ser en jo også på de som har vært lenge på post, at de blir veldig institusjonalisert. Det er en litt sånn spesiell greie altså. Virker det som da, på meg. Leilighet istedenfor rom, mer et hjem. Det kan jo likevel kanskje oppleves litt institusjonsaktig.»

Informanten her vektlegger betydningen av en leilighet fremfor et rom, dette med å ha en egen bolig, at det er en mer verdig boform enn på en institusjon. Informanten sier også at enkelte av beboerne er mer institusjonalisert. Men hva vil det si å være institusjonalisert? Kan det ha en sammenheng med hvilke forventninger man har til personalet, og hvilke forventninger man har til medvirkning? I ordboken er begrepet institusjonalisert referert til å «gjøre til institusjon, få i faste former». I denne definisjonen vil det å være institusjonalisert innebære å være vant til, eller kanskje avhengig av å ha det daglige i faste, avtalte rammer. Spørsmålet er om det er noe negativt, eller om beboerne kan ha nytte av, eller trygghet i disse rammene. I likhet med informanten i det forrige sitatet viser også denne informanten til at en egen kommunal bolig er en mer verdig boform og peker på forskjellen mellom egen leilighet i forhold til bare et rom, at det er mer som et hjem. Det er i tråd med Dyb og Nordahl (2006) sin studie, hvor følelsen av eget hjem vektlegges. En annen informant opplever at det er en stor forskjell mellom kommunal bolig og institusjon også i form av frihet;

«Det er jo to forskjellige ting det. Her har de frihet. De har frihet her, de kan gjøre hva de vil og de kan flytte herfra om de vil også. De har «utegang», kan treffe de de vil treffe, begrensningen er at de ikke kan få besøk av hvem de vil. Det kan vi nekte. De leier en leilighet selv.»

Begrepet «utegang» går igjen når man snakker om institusjon. Det kan vises til studien av Skorpen og Øye (2008) om at pasientene i institusjonen ikke hadde mulighet til å gå ut uten å bli låst ut. Noen pasienter måtte også ha følge av personal og har dermed ikke har fri «utegang». Informanten i sitatet over mener at friheten i en kommunal bolig klart skiller seg fra begrensningene i «utegangen» i en institusjon. Det fremkommer likevel restriksjoner i forhold til hvem beboerne kan ha besøk av.

⁵ Med «post» menes en psykiatrisk sykehuspost/avdeling.

En annen informant sier også noe om friheten til å forlate boligen på egenhånd, og også noe begrensningene i forhold til besøk;

«Alle beboerne kan forlate boligen dersom de ønsker det, på egenhånd. Det er ikke noen begrensninger på det. Det har vi ikke lov til heller. Vi har derimot begrensninger på hvem som kan komme på besøk her. Det er jo en sånn litt grensetilfelle, men det har vi diskutert litt sånn juridisk med juristen i forhold til hvilken type begrensninger vi kan ha og har vel kommet frem til at de begrensningene vi har satt er innenfor rammene utfra at vi har store fellesarealer her. Og begrensningene går på at mange av våre brukere har jo, det de har av nærmeste venner er jo rusvenner. Og dette skal ikke være en bolig man kan komme til å ruse seg. Dermed sier vi nei til en del personer, men vi kan ikke nekte dem å treffes borte på bussholdeplassen eller for så vidt på utsiden av eiendommen her, men de får ikke lov til å komme inn.»

Informantene nevner noen begrensninger for beboerne, og noen av disse kan kanskje være de samme som på en institusjon. Blant annet begrensninger i forhold til besøk, i et forsøk på å beskytte mot rus. Begrensningene i forhold til hvem beboerne kan ha besøk av er også beskrevet i NIBR rapporten om «En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid» hvor flertallet av kommunene rapporterte om at de har husordensregler på hvem beboerne får ha besøk av (Holm 2012). Et argument for å ha restriksjoner på besøk i boligen er for å beskytte den enkelte mot rus og kanskje også økonomisk utnyttelse. Det er også beskyttelse mot rus som nevnes av informantene i denne masteroppgaven. Tre av informantene sier også at beboerne ikke kjøres til personer de vet ruser seg. Alle informantene nevner rus som et stort problem, og at mange prosedyrer og husordensregler er laget med tanke på å forebygge og begrense rusbruk, både i boligen og for den enkelte beboer. I institusjoner har kontrollkommisjonen ansvar for å undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen, og om dette i så fall er i samsvar med lovgivningen (Sosial og Helsedirektoratet 2006). I kommunale boliger er det kommunen selv som har ansvaret for å sikre at slike husordensregler er i samsvar med aktuell lovgivning.

En annen informant viser også til forskjellen mellom bare et rom, og et eget hjem i form av leilighet. Videre sier også denne informanten noen om tjenestene i boligene og en positiv forskjell mellom institusjon og kommunal bolig;

«Jeg vet ikke helt, jeg har aldri jobbet i institusjon. Her har de sin egen leilighet, det har de ikke på institusjon. Det er jo hjemmet deres, for de har jo et rom da på den institusjonen. Vi er med beboerne hele veien her. Her får de mye mer tjenester. Det er mye mer gjennomiktig hva som skjer. Vi vet hvordan den andre jobber.»

Informanten mener det er positivt at det er en forholdsvis liten personalgruppe, med få beboere. På den måten kjenner personalet hverandre godt, og at det er trygt å vite hvordan den andre jobber. En annen informant viser også til tjenestene som ytes og at blant annet matlagingen er felles. Innledningsvis viser også informanten til at det er liten forskjell mellom institusjon og kommunal bolig. Det sies også at beboerne kan ha en psykisk utviklingshemming, og beboers økonomi problematiseres;

«Akkurat nå er det veldig liten forskjell. Hadde det vært på institusjon, så, ja, det er vel litt annet regelverk. Men det er vanskelig. Mange av de som bor i boligene burde vært på institusjon om man tenker på utviklingshemmingen. Trygt og godt. Jo, sånn som hos oss, de har jo egen leilighet og alt mulig. Matlagingen foregår i fellesarealet. Hvorfor skal de da ha eget kjøkken? Hvorfor skal de ha så store leiligheter? De kunne heller hatt halvparten av størrelsen og heller rimeligere husleie sånn at de hadde hatt penger til andre ting istedenfor å betale seg i hjel.»

Variasjonene i hvordan informantene ser på forskjellen mellom institusjon og kommunal bolig kan skyldes om informantene har arbeidserfaring fra institusjon og mulig hva informantene legger i begrepet institusjon. Tre av informantene sier at det er liten forskjell mellom institusjon og kommunal leilighet. En informant nevner at regelverket er ulikt. Informantene nevner også flere eksempler på hva som er positive forskjeller, som større frihet, en egen leilighet istedenfor bare et rom, og at de har nytte av tjenestene de får. Alle informantene nevner at det er positivt med leilighet og ikke bare et rom. Likevel har de kommunale boligene fysiske likhetstrekk med institusjonen Skorpen og Øye (2008) beskriver. Blant annet utsyn til deler av fellesarealet fra personalrommet, inngangsdør via fellesgang, og også noen restriksjoner i forhold til «utegang». Dette skal jeg komme nærmere tilbake til under kapittelet om tvang. Ellers er dette med frihet til å kunne komme og gå som man ønsker, noe som nevnes som positivt fra alle informantene.

5.2 Informantenes erfaringer rundt brukervedvirkning, tvang og makt

Opptappingsplanens mål;

Sikrer at brukeren behandles med respekt, både som individ og gruppe, samt at brukeren, også som individ og gruppe, har tillit til dem som skal utøve tjenesten, og opplever å bli tatt med på råd

5.2.1 Hvordan ivaretar personalet beboers rett til medvirkning?

Brukermedvirkning innebærer at bruker har rett til å medvirke. Medvirkning har også en egenverdi, en terapeutisk verdi og er samtidig et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene (Larsen, Aasheim og Nordal 2006). En evaluering av brukervedvirkning i Opptappingsplanen fra 2006 viste at arbeidet med brukervedvirkning ikke var godt nok, og at god brukervedvirkning også er en forutsetning for at man når målene i Opptappingsplanen (Larsen, Aasheim og Nordal 2006). I den forbindelse ble det utarbeidet en rapport fra Sosial og helsedirektoratet i samarbeid med Brukerorganisasjonen innen psykisk helse. Rapporten tar for seg brukervedvirkning innen psykisk helse og omhandler mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse (Larsen, Aasheim og Nordal 2006). Brukermedvirkning er også sentralt i intervjuene, og samtlige informanter svarte på hvordan brukervedvirkning blir ivaretatt i den boligen de arbeider i. Det var noe ulikt hva de la i begrepet brukervedvirkning og hvordan de mener de ivaretar brukervedvirkning. Jeg har spurt om brukervedvirkning på et mer generelt grunnlag, i form av om informanten opplever at beboerne får medvirke i egen hverdag, og videre mer konkret ved å spørre om hvordan de innlemmes i utarbeidelsen av rutiner og prosedyrer. Rutiner og prosedyrer er i utgangspunktet summen av de tjenestene kommunen yter i boliger for mennesker med psykiske lidelser. Det er tjenestene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 hvor sjette ledd, bokstav c omhandler de tjenestene som ytes i boliger, som personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring. Personlig assistanse som praktisk bistand og opplæring vil utformes i overordnede rutiner og prosedyrer og i ukeplaner for den enkelte beboer. Rutiner og prosedyrer vil videre være de begrepene jeg bruker om tjenestene i boligen. Jeg har også spurt om journalføring fordi journal kan være et viktig redskap for å redegjøre for tjenestene ytes. Journalføring kan være viktig redskap i tilsyn og rapportering.

Brukermedvirkning eller brukerpåvirkning?

Alle pasienter innen psykisk helsevern med «sammensatte og langvarige behov for tjenester» har krav på Individuell plan. Den individuelle planen skal utarbeides sammen med den enkelte. Det psykiske helsearbeidet i kommunene er også lovpålagt å utarbeide individuell plan (Brofoss og Larsen 2009). Ingen av informantene nevner individuell plan som en del av deres rutiner på brukermidvirkning. Jeg har ikke eksplisitt spurt om individuell plan, dermed behøver det ikke å bety at beboerne ikke har det. Årsaken til at jeg ikke spurte om dette var at jeg ønsket mer åpne spørsmål rundt brukermidvirkning for å i minst mulig grad stille ledende spørsmål. På spørsmål om på hvilke måter beboerne får medvirke i egen hverdag, fremkommer det at dette er et vanskelig tema med flere utfordringer. En av informantene mener at det er mer brukerpåvirkning i boligene, heller enn midvirkning;

«Vi har jo også diskutert litt brukermidvirkning, hva er forskjell på brukermidvirkning og brukerpåvirkning. For hvis en tar det strengt tatt så ligger jeg der at de kanskje ikke har brukermidvirkning, men de har veldig stor påvirkning på det som skjer her. Men det er vi som egentlig beslutter litt om hva som lar seg gjøre og ikke lar seg gjøre».

Informanten viser også til at personalet kanskje har begrensninger i forhold til hva de kan gjøre, og at dette kanskje står i motsetning til hva beboerne hadde ønsket om de kunne «velge fritt». Dette sitatet kan tyde på en form for «brukermidvirkning» som det Helsedirektoratet i sin veileder fra 2005 betegner som brukerorientering, at personalet forsøker å tenke som brukeren, eller at personalet informerer bruker om beslutninger i etterkant. Dette skiller fra brukermidvirkning, hvor bruker utformer tjenesten sammen med personalet. Veilederen sier ingenting om dette anses som en god form for brukerperspektiv, men kommer med noen råd i forhold til hvordan brukermidvirkning kan sikres. Blant annet anbefales det et godt samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner og at det er nødvendig for å rette opp svikt i tjenestene og for å gjøre tjenestene bedre. En forutsetning for et godt samarbeid med brukeren er at brukere og pårørende sikres nødvendig informasjon. Den muntlig informasjon må tilpasses brukers forutsetninger og bør understøttes av skriftlig materiale (Sosial og helsedirektoratet 2005).

En informant forteller at det kan være vanskelig å sikre at beboer forstår informasjonen som blir gitt. Denne informanten sier også at beboerne får beskjed i etterkant av en beslutning, noe som kan tyde på at beboerne ikke direkte er med på utformingen av ukeplan og dagsplan. Informanten sier at de understøtter informasjonen skriftlig, noe som er i tråd med Sosial og helsedirektoratet sin anbefaling. På denne måten kan personalet også i større grad sikre at beboer har mottatt informasjon. Informanten fikk spørsmål om på hvilken måte innlemmes beboerne i utarbeidelsen av rutiner og prosedyrer.

«De blir informert. De får beskjed i etterkant, når det er blitt gjort så har noen av beboerne fått et skriv på det. Som på ukeplan og dagsplan. Det er ikke alle som har forståelse av det, men da har vi diskutert med dem. Nå gjør vi det sånn og sånn fordi sånn og sånn. Om de forstår det, det er noe helt annet.»

Svarer tyder på at det er en form for brukerorientering, samtidig som det sier noe om at det kan være vanskelig å være sikkert på om beboer har forstått innholdet.

Kommunikasjonsformen i dette er videre drøftet i neste kapittel. En annen informant har en litt annen opplevelse som dreier mer i retning av brukermedvirkning, og at det i større grad er opp til den enkelte beboer hvor mye de selv ønsker å delta;

«Jeg opplever at det blir gjort så langt en kan få det til. Men det er veldig varierende, noen er veldig mye med og andre er ikke fullt så mye med. Det kommer jo an på hvor aktive de er selv også.»

I hvilken grad den enkelte ønsker å delta er jo også en form for brukermedvirkning, og at den enkelte selv får velge graden av medvirkning. Det viktigste er at de har muligheten til å medvirke dersom de ønsker det. Brukermedvirkning i det psykiske helsearbeidet skal spille en erkjennelse av at brukeren er i stand til å medvirke og ta ansvar for sin egen behandling (Storm 2009). Beboerne i kommunale boliger er ikke pasienter, og de er ikke under behandling. Likevel er helsepersonellens faglige ansvar for brukermedvirkning den samme i en kommunal bolig som i en institusjon og brukermedvirkning er nedfelt i både spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesteloven. En informant forteller dette på spørsmål om i hvilken grad beboerne blir innlemmet i de daglige rutinene og utarbeidelsen av rutiner og prosedyrer i boligen;

«De må lages til beboernes beste, og det er ikke alltid. Det blir ofte til vårt beste og det må jo passe med de andre beboernes planer. Sånn må det jo være også.»

Det kan også være en utfordring for personalet at beboers egen vurdering av behovet for oppfølging og helsetjenester står i kontrast til hvordan personalet vurderer dette behovet (Storm 2009). Det er likevel verd å merke seg at det personalet anser som et godt liv, eller hva som er lykke ikke behøver å være det samme som beboerens. Järvinen og Mortensen (2005) viser til at Bourdieu mener at den enkeltes plassering i det sosiale rom, hvor profesjonelle og brukere ofte har en ulik plassering i det sosiale rom, har en betydning. Det innebærer gjerne et møte mellom de profesjonelle som en sterk gruppe, og brukerne som en svak gruppe. Det er i dette møtet det kan vise seg klare forskjeller i hva som anses som et godt liv, hva som er riktig oppdragelse og hva som er lykke. Den profesjonelle klassen har i form av sin myndighet en makt til å definere hva som er den legitime sannhet og dermed undergrave den andre klassens livsinnstillinger (Järvinen og Mortensen 2005). Dette kommer jeg også tilbake til i senere drøfting.

En annen informant problematiserer dette med «til den andres beste» på spørsmål om brukermedvirkning, og at det er et vanskelig skille mellom hvem som skal bestemme hva;

«Hvem er det som bestemmer hva som er best for hvem? Og der kommer jo tvang inn. Hvem er jeg til å bestemme det? Så det blir veldig ..., jeg blir veldig ambivalent etter det spørsmålet der. Ja, jeg kunne gjerne gjort det litt mer med noen ting, men det kan jeg kanskje ikke ha rett til å bestemme så mye på».

Järvinen og Mortensen (2005) problematiserer hvordan det som sosialarbeider kan være lett å tenke seg hva som er til beboers beste, selv om dette er på tvers av beboers egne ønsker. Med bakgrunn i en antakelse om hva som er best kan det utformes ulike rutiner og prosedyrer for hvordan personalet skal få gjennomført ulike tiltak for å nå de aktuelle målene (ibid).

Informantenes svar tyder på at en refleksjon rundt hva personalet har rett til å bestemme. Hva som er til beboers beste. Det er tydelig utfordrende å ønske mer for beboerne, og samtidig sette et skille på hva man kan bestemme og ikke. En informant forteller dette;

«Jeg tror egentlig at vi kjenner våre brukere ganske godt, og at vi bruker mye tid på å snakke med dem, og være sammen med dem. Og dermed har vi visse tanker om hva som kan passe, og det tar vi hensyn til når vi lager prosedyrer. Men jeg vil ikke si at de har en, at de er delaktige i det. Det er jo det som det er den forskjellen på medvirkning og påvirkning kommer litt inn. At de kanskje ikke sånn som jeg tenker i forhold til medvirkning kanskje ikke medvirker, men de har påvirkning utfra ting vi gjør her. Det er for beboerne, det er ikke for oss. Det er beboerne som står først. Fokuset er å gjøre hverdagen for dem best mulig.»

Nissen m.fl. (2007) er opptatt av at det er i møtet med den andre at man har størst mulighet til å gjøre en forskjell, på tross av begrensninger knyttet opp mot lover og regler.

Selv om personalet må forholde seg til de rutiner og prosedyrer som til enhver tid er gjeldende, så kan man gjøre en forskjell i hvordan man møter beboerne. Dette kan også være som informanten forteller, at beboerne blir spurt når det skal tas avgjørelser på hvordan ting skal være i fellesarealet. Det at personalet er interessert i å gjøre hverdagen for beboerne best mulig, og er reflektert over egen praksis kan være med på å bidra til at møtet mellom personal og beboer blir best mulig, og at beboer føler seg hørt i sin egen hverdag. En informant sier noe om at beboers brukermedvirkning mer ligger i de små delene av tiltakene, som for eksempel å bidra med punkter til avtalestyringen, eller velge type belønning og aktivitetsutstyr;

«Dersom det har noe med hvordan ting skal være ute i fellesarealene så kan de komme med innspill. Dersom det er noe som penger til å handle inn aktivitetsutstyr, så ønsker vi innspill.»

Alle informantene gir uttrykk for å være opptatt av å gi tjenester som er til det beste for den enkelte beboer, og at de ønsker å møte beboer på best mulig måte. De foregående sitatene viser at dette likevel kan være utfordringer nytt til brukermedvirkning. På denne måten blir det også viktig hvordan man er i stand til å imøtekomme beboer på de områdene hvor beboer kan være med å medvirke. Ingen av informantene nevner brukerorganisasjoner eller brukerrepresentanter.

Kommunikasjon som en del av brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan også sees i hvordan kommunikasjonen er med beboerne, og hvordan beboerne omtales. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan ha problemer med å få tillit og relasjoner med personalet. Dette kan skyldes erfaringer en del har gjort seg i sitt møte med hjelpeapparatet. Det kan være tillitsbrudd, vanskelige relasjoner og opplevelser av ikke å ha blitt behandlet med verdighet og respekt (Larsen mfl. 2006 etter Trefjord og Hatling 2004). Hvordan personalet møter beboer kan derfor være ekstra viktig for å skape tillit og en god relasjon som grunnlag for brukermedvirkning. En informant viser til at det også ligger et maktforhold i kommunikasjonen mellom personal og beboer;

«Og det er litt med hvordan de blir snakket til også, det er jo noe med maktforholdet her når vi jobber her. Du kan misbruke den makten utrolig mye og ja, noen enkelte er veldig maktsyke.»

Informanten viser til den makten man kan ha i kommunikasjonen med beboer, og at det er noe informanten tenker på og som viser til hvor viktig kommunikasjonsformen er. I det språklige fellesskapet skisserer Monsen (1992) seks grunnformer for kommunikasjon, «tilsnakk», «motsnakk», «medsnakk», «forbissnakk», «forhørssnakk» og «sammensnakk» (Storm 2009 etter Monsen 1992). Storm (2009) trekker fram de tre viktigste av disse, som kan synliggjøre i hvilken grad den ansatte får til en dialog med brukeren, får tak i brukerens erfaringer med å leve med en psykisk lidelse og oppfatter brukerens ønsker for egen behandling. «Tilsnakk» er når vi snakker til brukeren, og ikke med. Språket vil bære preg av holdninger om å vite hva som er til den andres beste og legger ikke til rette for dialog og medbestemmelse (Storm 2009). En informant forteller om en form for tilsnakk som synes å bære preg av å ikke være interessert i en god dialog med beboeren;

*«En gang beboer kom i fellesarealet fikk h*n beskjed av et personal om å komme seg inn på leiligheten sin fordi h*n ikke var ønsket i fellesarealet. Beboer blir snakket sånn til ofte. Det er fortsatt mange her som sier det til en annen beboer også; «gå inn på rommet ditt». Det heter leilighet. Det er to forskjellige ting, leiligheten din eller rommet ditt. Det der med rommet ditt, det er ikke greit.»*

Dette vitner om at beboer kan blir utsatt for å bli behandlet på en måte som ikke er preget av respekt. Dette er i strid med en av målsettingene i Opptappingsplanen om at brukeren skal

behandles med respekt, både som individ og gruppe. Innledningsvis i kapittel 5.1 fremkommer det at noen av informantene synes forskjellen mellom rom og egen bolig er viktig. Beboer skal ha følelsen av å bo i egen bolig. Dersom man ber beboer om å gå på rommet sitt, så kan det være med på å gi beboer en følelse av å ikke ha egen bolig. Det å ha et rom er ifølge informantene mer forbundet med å bo på institusjon. «Medsnakk» er høflige spørsmål om hvordan brukeren har det, men utfordrer brukeren lite (Storm 2009 etter Monsen 1992). Alle informantene gir uttrykk for at informantene blir spurt om hvordan de har det. En av informantene sier dette;

«Jeg forsøker å snakke med beboerne om hvordan de har det og hva de ønsker. Jeg tror at mye hadde fungert bedre om vi hadde jobbet litt annerledes.»

Informanten sier noe om at det kunne fungert bedre om de hadde jobbet litt annerledes, men dette mener informanten at det er behov for å i større grad snakke med beboerne om hvordan de har det, og en dialog om hva de selv ønsker. Den kommunikasjonsformen som fører til dialog er «sammensnakk». Denne formen våger både å kommunisere og konfrontere, men er ikke ute etter å ta makten fra den andre, eller gi fra seg makten (Storm 2009 etter Monsen 1992). Som i sitatet over, hvor informanten både er opptatt av å høre om hvordan beboer har det, og om hva beboer selv ønsker. En annen informant sier dette om hvordan kommunikasjonen er med beboer i forhold til å la beboer medvirke og ta del i planlegging;

*«Beboerne gjøres kjent med nye prosedyrer. De har mulighet til å være uenig, noen beboere er mer ressurssterke og vil klare å samarbeidsmøter om det. Den ene beboeren er flink til å ta tak i ting om h*n ikke er enig i. Noen av de dårligst fungerende beboerne opplever nok mer at det blir tredd ned over hodet på dem. De blir fortalt hvordan det skal være.»*

Denne informanten forteller også om en form for kommunikasjon med det informanten betegner som «de dårligst fungerende» beboerne, som mer tilsnakk, at de blir fortalt hvordan det skal være. Informanten forteller at den ene beboeren er flink til å ta tak i ting og be om samarbeidsmøter og som kan være en god form for det Monsen (1992) kaller sammensnakk. Hvor maktforholdet mellom personal og beboer er mer jevnet ut. Disse funnene kan tyde på at kommunikasjonen kan variere fra å være svært dårlig til å være veldig god. Noen av informantene forteller om kommunikasjon som tyder på grov svikt i respekten for beboerne

og også om god kommunikasjon med samarbeidsmøter og en interesse for å høre om hvordan beboerne har det. Det kan tyde på at formen for kommunikasjon er avhengig av beboers funksjonsnivå og i hvor stor grad beboer er frisk nok til å stille krav.

Meningsfylt aktivitet og dagtilbud

Et mål i Opptrappingsplanen var at mennesker med psykiske lidelser skal ha muligheten til å delta i meningsfylt aktivitet, ha en vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller annet meningsfylt aktivitetstilbud (St.prp.nr. 63 1997-1998). En av informantene forteller at den ene beboeren stadig ønsker seg jobb for å kunne ha mer penger å rutte med, men at det er vanskelig å finne noe som beboer klarer å stå i over tid. Informantens sier at dette også påvirker brukermedvirkningen;

*«Men kan jeg ikke få en jobb da», sier han. Så sier jeg at «jo, men ... Det har det jo vært snakk om tidligere, (...) så ville du jo plutselig ikke gå der lenger. For det har noe med det at du må nesten være der, og stå løpet ut det som er planlagt for deg. Og så skal man prøve å komme fram til noe underveis vet du. Det var jo egentlig det som var planen, men så orket du ikke mer.» (...) Vi må høre hva h*n sier og hjelpe med det. Mer fokus på at vi må ta alt på alvor, det h*n sier. Det er jo derfor vi er her.»*

Informanten forteller at det har vært forsøkt jobbaktivitet mange ganger før, og at når beboer nå gjentatte ganger ber om å få begynne å jobbe igjen, så avfeies det med at det ikke har fungert tidligere. En annen informantene forteller at det er vanskelig å gi beboerne et godt tilbud og at mye handler om økonomi;

«Hva er det vi skal jobbe for å få til? Det er jo begrensninger. Vi har ingen økonomi og brukerne har dårlig økonomi og vi har mange ønsker fra brukerne men det krever penger. Og det er egentlig litt slitsomt. Det er egentlig veldig lite penger som skal til for å kunne gi et bedre tilbud».

Informanten sier også at det er lite dagtilbud for de som ønsker en form for jobb. I den aktuelle boligen har de hatt et prosjekt hvor beboerne fikk forsøke seg med vedlikeholdsarbeid. Informanten sier at det er utfordrende å få arbeid til beboerne når det er så varierende hvor mye og hvor ofte de kan arbeide. Informanten sier videre noe om at det er

vanskelig å få et tilbud som er tilpasset beboernes sykdomsbilde og funksjon og at ingen er interessert i å ha dem i arbeid. For å kunne gi et bedre aktivitetstilbud i form av arbeid mener informanten at det krever et spesielt opplegg som er laget til dem. Informanten har en forståelse av at de ønsker å delta i samfunnet, men at det i perioder er vanskelig;

«Et par av brukerne er veldig opptatt av å delta i samfunnet og å gjøre en vanlig, normal og reell jobb men det er jo også per dags dato litt utopisk når de blir styrt av rus og at de er våkne i to eller tre døgn i strekk for så å sove i to eller tre døgn i strekk. Da er det vanskelig å komme på en reell jobb som gjør at du kan fungere. Det samme er jo egentlig at psykoselidelsen og stemmene eller hallusinasjonene som de har, både hørsels og synshallusinasjoner gjør at de må ha, de må knyttes opp mot spesielle personer. Og de vokser ikke på trær.»

En annen informant sier at det er viktig at ikke boligen skal fungere som en form for oppbevaring. Det krever at det foreligger en mulighet til å tilby en form for aktivitet eller fritidstilbud. Opplysninger fra informantene tyder på at dette er vanskelig. Både på grunn av økonomi, men også beboernes egne utfordringer i form av rus og sykdomssymptomer. En informant forteller at det også kan være vanskelig å motivere til dagtilbud og arbeidsaktivitet uten å kunne gi noen form for belønning. Informanten sier det oppleves som utfordrende å ikke ha noen rammer for hvordan dette med avlønning skal håndteres;

«(...) vi har jo egentlig noen begrensninger, jeg kan ikke lovverket godt nok i forhold til om vi har lov til å utbetale penger eller om det må gis eventuelt i gavefunksjon. Vi har nå valgt å bruke noen penger og det er til syvende og sist såpass små midler at det har de fint lov til å tjene utenom uføretrygden. Det kommer aldri opp i nærheten av beløp som de kan tjene.»

Et samarbeid med NAV kan kanskje være nødvendig, men med varierende grad av deltakelse vil det kunne være vanskelig å etablere en fast arbeidsgodtgjørelse eller arbeidskapasitet. I St.meld. nr. 25 (1996-97) står det at lønnet arbeid har en vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og uavhengighet. Mestring, selvtillit og selvrealisering er gjerne knyttet til det å ha arbeid. Hjelp til å finne arbeid kan være vanskelig, og forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen viser at når NAV ikke er en del av den kommunale forvaltning kan dette skape utfordringer med å få til et mer koordinert og helhetlig tilbud til brukere med psykiske

lidelser (Brofoss og Larsen 2009). Dette er også en erfaring fra informantene, hvor tre av informantene har fortalt om utfordringer med å gi et meningsfylt dagtilbud. Den ene informanten nevner også avlønning og belønning som en utfordring.

Journalføring

Journalføring av hvordan brukervedvirkning sikres beskrives som en viktig del av kommunens internkontroll etter forskrift om internkontroll §3. Tiltak som sikrer brukervedvirkning og hvordan dette utøves bør journalføres av personalet og skal være tilgjengelig for systemrevisjon (Larsen m.fl. 2006). Journalene vil også kunne si noe om tjenestene slik det fremkommer i Karlsen (2012) sin undersøkelse hvor han baserer seg på journalnotat. Han fant at journalrapportene ofte var dominert av beskrivelser av atferd. Han fant lite brukervedvirkning i journalene, og at brukervedvirkning var i liten grad fulgt opp av miljøpersonalet og pasienten var relativt passiv. Han konkluderer studien med at det kan se ut som om gamle og uønskede forståelsesmåter fra de gamle institusjonene har diffundert ut i den kommunale tjenesten (Karlsen 2012). Karlsen (2012) sin studie viser at journalføringen bør være slik at den sier noe om tjenestene, og at særlig beskrivelser av rutiner rundt brukervedvirkning bør vektlegges, i tråd med Larsen mfl. (2006) sine anbefalinger.

Alle informantene sier at journalføringen stort sett fungerer fint. En informant sier at de er nøye med å føre alle avvik i journal og dokumentere begrunnelse for avviket. Tre av informantene forteller at journalføring har vært et tema på kurs. En informant sier dette;

*«Vi har hatt kurs i journalføring. Ja, det er jo litt etter som hva vi mest aktive forteller de at de skal skrive, og vi har jo hatt kurs med juristen i kommunen. Skriv minst mulig sier h*n. Du skal egentlig bare skrive det som er utenom det normale egentlig.»*

Ingen av informantene nevner hvordan rutiner rundt brukervedvirkning journalføres, og dette nevnes ikke som noe tema fra kurset med juristen. Dette er heller ikke noe jeg eksplisitt spør om i intervjuene, hvor jeg mer har stilt det jeg opplever som åpne spørsmål rundt journalføringen. En informant sier dette;

«Vi skriver journal etter tiltaksplanene vi. Vekking, frokost, kjøretur, helse, medisiner. Ukeplan blir bygd ut av tiltaksplanen.»

Dette kan tyde på at journalsystemet som brukes i boligene har gode kategorier for journalføring og at dette er knyttet opp mot beboers tiltaksplan. Det kan være en god måte å sørge for en kvalitetssikring ved at journalen viser om tiltaksplanen er fulgt. Samtidig kan det medføre at man ifølge Vestekjær mfl. (2012) har det registrerende blikket ved å rangere, klassifisere og sette i system. På denne måten kan de forhåndsdefinerte kategoriene i journalsystem bidra til at personalet ser etter felles trekk for å kunne innordne etter fastsatte begrep og at man leter etter det som passer (Ibid). På en annen side kan forhåndsdefinerte kategorier være med på å hindre det Karlsen (2012) viser til, ved at journalen kan være en form for makt ved at det blir en subjektiv vurdering av hva som er gyldig og viktig kunnskap å rapportere om. Ved å ha forhåndsdefinerte kategorier vil hva som skal journalføres i mindre grad være en subjektiv vurdering.

En informant forteller at denne aktuelle boligen har en felles enighet om hvordan journalen skal føres og beskriver en detaljert journalføring. Videre forteller informanten at erfaringen er en annen i andre boliger, og at journalføringen der kan være dårlig. Samtidig beskrives det at det av og til skjer det informanten kaller «glipper» ved at det av og til er noe som ikke journalføres. Jeg tolker det dithen at journalen oppleves som et viktig redskap å lese seg opp på hva som er avgjort og hvorfor. På den måten kan journalen være en god kilde til å holde seg oppdatert på beboerne;

«Ja, det er ganske stor enighet her om det altså. Her blir alt rapportert, ned til minste ting. Det ser jeg i forhold til andre plasser (boliger), at det kan være dårlig. Så det fungerer ganske bra her altså med det. Og, men selvfølgelig, det skjer jo glipp. Noen ganger leser jeg i Gericas⁶ og får høre ting etterpå og tenker, men herregud, hvorfor, tid ble det bestemt? Eller, det står jo ikke noen ting om det. Så det er jo noen glipper. Det kan jo få noen konsekvenser når man har med så syke mennesker å gjøre.»

En annen informant har en annen opplevelse, og gir uttrykk for at journalen ikke i så stor grad brukes og leses;

«Det er ikke så mange som leser i journalen, etter et par dager så er det jo glemt. Så lenge vi ikke følger opp et spesielt tiltak, som for eksempel ernæring.»

⁶ Gericas er journalsystemet i boligen.

En informant forteller om utfordringer med språket i journalene. Ved gjennomgang av journalene var det eksempler på at beboernes eget språk ble brukt i journalene. Det førte til det informanten mente var et uheldig språk. Hvordan vi tolker språket og leser det andre har skrevet kan være avhengig av det Engebretsen og Heggen (2012) beskriver som språkets denotasjon og konnotasjon, og at det også kan være kulturelt betinget. Samtidig har også beboer etter Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (Sist endret 2015) § 41 krav på innsyn i journal. Hva slags språk man bruker og hvordan man referer til beboers eget språk kan dermed være viktig. I denne situasjonen informanten forteller om, ble det drøftet med jurist, og språkdrakten ble godkjent;

«Jeg sendte det inn for jeg mente det var noe feil der, og språkdrakta var veldig nedlatende. Det jeg mente er at det er greit en gang imellom, men ikke daglig. Og det måtte gå fram og tilbake da, med de ansvarlige på Gericca. For det som er språkdrakta til beboeren, er det er sånn man skal skrive det? (...) Og det tok vi da videre opp med juristen for å høre hva som var etisk riktig.»

Svarene fra informantene viser litt ulik praksis i forhold til både hva som journalføres, og hvordan journalen brukes i ettertid. Svarene tyder også på at journalføring har vært et tema, og at det også har vært avholdt kurs med jurist.

5.2.2 Bruk av tvang og makt i kommunal bolig

Tvang til den andres beste? – Den vanskelige frivilligheten

I likhet med kommunene i Holm (2012) sin studie har alle informantene i denne masteroppgaven gitt opplysninger som tyder på at det er utfordrende å gi gode tjenester basert på bare frivillighet.

Begrepet tvang er ikke entydig, men et begrep med flere dimensjoner. I den nasjonale planen for «*Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*» vises det til at man i forskningssammenheng som regel skiller mellom formell tvang, vedtak om tvang som er truffet i henhold til lovgivningen, opplevd tvang, som er den enkeltes subjektive oppfatning av i hvilken grad de er utsatt for tvang, og faktisk tvang, som

er den tvang som faktisk utøves (Helse og omsorgsdepartementet 2012). I denne masteroppgaven vil jeg ikke få fram beboernes egne opplevelse av tvang, men den enkelte informant sin opplevelse av om beboerne utsettes for tvang, og om det faktisk utøves tvang. Alle informantene forteller at personalet i noen tilfeller har for liten mulighet til bruk av tvang, og alle informantene relaterer dette til rusproblematikk og mulighetene til å skjerme både beboer og samfunnet. En informant sier dette;

«Nei, altså akkurat når det gjelder alkohol og rusmidler så skulle jeg ønske der var noe mer hjemler til å skulle bare ta ting. Når en så det på akkurat det området, på den rusingen så innebærer det såpass mye problemer i forhold til atferden at liksom, de blir ikke friskere. Alkoholen er nesten et større problem enn illegale rusmidler.»

En annen informant støtter dette på spørsmål om personalet burde ha større mulighet til bruk av tvang knyttet opp mot rus. Informanten nevner også her en faktisk tvang, ved at det utøves en restriksjon i forhold til rus som de vet er tvang. Det gis også uttrykk for at personalet er kjent med at den formen for tvang ikke er lov, men at de velger å gjøre det likevel;

«Nei, ja, på en måte. Ja, egentlig så skulle jeg ønske at vi kunne ha noe å spille på i forhold til den ene beboeren, å kunne gå inn der med noe i forhold til rus. Vi har jo den tvangsbruken på den ene beboeren i forhold til rus, og det fungerer jo, selv om den jo ikke er lovlig den heller.»

En forutsetning for bruk av tvang og makt er at det må være helt nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. Rusbruk blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni kan føre til en kortvarig økning av psykosesymptomer blant 50–70% av personer med schizofreni som allerede har eksisterende psykosesymptomer (Gråwe 2004). Slik jeg forstår informantene er det tilfeller hvor det er behov for bruk av tvang for å hindre eller begrense skade, som for eksempel en forverring i psykosesymptomene som følge av rus. Likevel er det etter lovverket ikke tilgang til å benytte tvang uten at mindre inngripende tiltak er forsøkt. Helsetilsynet (2006) viser til at dersom det ikke er klare kriterier for hva som er faglig og etisk forsvarlig tvang vil mye være overlatt til den enkelte tjenesteuyters skjønn. Dette er dermed vektlagt i saksbehandlingsreglene for å ivareta beboers rettssikkerhet. Saksbehandlingsreglene er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. En forsvarlig tjenesteutøvelse vil forutsette at kommunen har prosedyrer og andre tiltak som

sikrer at tvang og makt ikke brukes dersom målet kan nås med mindre inngripende tiltak. Et virkemiddel for å sikre dette vil være kommunens internkontroll som skal bidra til at kommunen har et virksomt system som sikrer at den enkelte bruker får forsvarlige tjenester i tråd med krav i lov og forskrift (Helsetilsynet 2006). Dette er også i tråd med Opptrappingsplanens mål, at den enkelte bruker skal behandles med respekt, ha tillit til dem som skal utøve tjenesten, og oppleve å bli tatt med på råd (St.prp.nr. 63 1997-1998).

En informant sier at det har hendt at det blant annet ikke gjøres kjent for beboer at vedtak om tvang har gått ut. Personalet opprettholder sin myndighet fra et vedtak som ikke lenger er gyldig fordi det anses som til beboers beste. Informanten sier dette;

*«Beboer har egentlig muligheten til å si nei til enkelte tjenester. Det er enkelte ting vi ikke kan nekte beboer, men vi gjør det likevel. Beboer tror at det skal være sånn. Beboer tror h*n er på tvang og vi lar beboer leve i den troen. Det er jo helt sykt at det er sånn. Men det er så innarbeidet etter alle årene her at vi bare gjør det. Så når vedtaket om tvang gikk ut, så mente jeg at vi ikke hadde lov til å følge det mer.»*

Informanten forteller at personalet vet at det er enkelte ting de ikke kan nekte beboer men at de gjør det likevel. Samt at beboer tror det skal være sånn. Dette kan være en form for strukturell makt. Den strukturelle makten dreier seg om de normene, reglene og rutinene som bidrar til at vi forstår og forholder oss til omgivelsene på spesielle måter. Det innebærer at man aksepterer og vedlikeholder normer, regler og rutiner uten å reflektere over hvorfor. Dette kan være når beboer innfinner seg med fordi de oppfatter at det er slik det skal være (Storm 2009 etter Christensen og Daugaard-Jensen 2001). En annen informant sier dette;

*«(...) de kan egentlig komme og gå sånn som de vil, men sånn som tidligere beboer, h*n var vant til at vi fulgte etter. Ja, det er en form for tvang, men likevel, det var et vedtak vi hadde før, men da så vi at h*n likte at vi fulgte etter, så da ble det vedtaket fjernet. Men ja, det er fortsatt tvang.»*

Dette har likhetstrekk mellom det Skorpen og Øye (2008) beskriver som praksis ovenfor enkelte pasienter i psykiatrisk institusjon. Informantene i sitatene over her forteller om en form for tvang ved at beboer ikke får forlate boligen alene, samtidig blir ikke beboer

informert om at vedtaket om tvang er gått ut. Den ene informanten forteller at personalet opplevde at beboer likte at personalet fulgte etter, og den andre informanten forteller at en beboer tror at det fortsatt er et tvangsvedtak. Informanten gir uttrykk for at dette er konfliktfylt, både for informanten selv å gjennomføre det, og blant personalet. Dersom det er slik at personalet opprettholder praksis fra et vedtak som ikke er gjeldende, og ikke heller informerer beboer om at vedtaket har gått ut, så kan det være i strid med lovverket. Blant annet krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i disse tjenestene er videre omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 om forsvarlighet. Vil denne praksisen informanten beskriver være i tråd med at den enkelte pasient eller bruker skal gis et verdig tjenestetilbud? Det er også i strid med Sosial- og helsedirektoratets veileder «*Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i Sosial- og helsetjenesten*» (2005) om beboers rett til medvirkning og at tjenestene skal være trygge og sikre. Dette speiler kanskje det mange kommuner rapporterer om i Holm (2012) sin studie, hvor kommunene mener at mangel på større muligheter til å utøve tvang i stor grad vanskeliggjør arbeidet med de mest krevende og utagerende beboerne.

En av de største forskjellene og dermed også utfordringene i kommunal bolig fremfor institusjon er den mer begrensede muligheten til bruk av tvang i de kommunal boligene. Bruk av tvang er også strengt regulert i spesialisthelsetjenesten, men har likevel andre retningslinjer enn kommunen. I intervjuene fremkommer det likevel at det er problemfylt å gi tjenester som sikrer beboer, uten å ha noen form for tvang. Alle informantene sier at det er for liten mulighet til bruk av tvang, og at det som oftest er rus som er problemet. Dette gjelder både illegale rusmidler og alkohol i leilighetene, samt rus og rusvenner ute. En informant sier også at det kan være vanskelig å definere hva som er tvang;

«Ja, det er jo litt avhengig av definisjonen på tvang. Vi bruker mye indirekte tvang, det vil jeg påstå, og det går jo litt på at jeg har mye mer makt enn brukeren på dette bygget i og med at jeg jobber her, og brukeren bor her. Og det skal jeg være veldig bevisst på i forhold til hva jeg sier og hva jeg kan tillate meg å si. Hvis jeg er uvøren så er det fort gjort at jeg tvinger mye, men jeg tenker litt sånn at i forhold til disse avtalene vi gjør, det er jo noen av beboerne som kanskje hvis de hadde stått helt fritt, så ville de kanskje ikke hatt avtalen.»

Dette viser at forholdet mellom tvang, makt og brukermedvirkning kan være vanskelig og at det er utfordrende når kommunens tjenester skal være basert på frivillighet. Sæther (2014)

viser til erfaringer fra innlagte i psykisk helsevern om at den tvangen som brukes ofte var fordekt som frivillighet under tvang og at det dermed var vanskelig å påklage (Sæther 2014 etter Sørgaard 2004, 2007). Hva som er tvang kan dermed være vanskelig, og som informantene beskriver kan kanskje beboerne føle at de ikke står fritt til å velge. Spørsmålet er om det er en form for maktutøvelse fra personalet, eller om det er nødvendig for å gi beboer en best mulig hverdag. Dette kan likevel være en form for tvang hvor man på denne måten innehar en makt over et annet menneske. Makten her kan ligge i dette som Sæther (2014) viser til, at det er fordekt som frivillighet og dermed vanskelig å påklage.

Vi har de siste årene hatt en endring i form av en maktfordeling til fordel for den med lite makt. Likevel innebærer ikke dette nødvendigvis at makten opphører, den fremtrer bare på nye måter. Lundgren mfl. (2012) viser til at Foucault mener at makten ikke er historisk konstant, den er stadig i endring og er ikke universell. Samtlige av informantene er usikre når det kommer til begrepet tvang. På spørsmål om informantene har opplevd at beboere har vært utsatt for tvang, så fremkommer det at begrepet tvang har forskjellig betydning for informantene og at det var behov for en begrepsavklaring. Jeg ønsket ikke å definere hva begrepet tvang er for meg, men ba dem om å tenke utenom bare fysisk tvang. Da nevnte flere av informantene begrepet makt. Alle informantene anså tvang som noe fysisk, og nevnte begrepet makt om den kontrollen personalet har over beboerne, men som ikke er fysisk. Begrepet makt har flere ulike definisjoner. «Makt kan defineres som det å få andre til å gjøre noe de ellers ikke ville ha gjort» (Slettebø 2014 etter Askheim og Starrin 2007). Dette kan for eksempel være deler i tiltaksplan og avtalestyring som beboer ikke ville ha valgt å gjøre dersom ikke personalet krevde det. Som informantene i det forrige viser til, at det kan være en form for indirekte tvang ved at beboer kanskje ikke ville ha valgt å ha avtalene om de hadde kunnet velge. Sæther (2014) problematiserer dette ved å vise til at psykiatriens ansatte har en merkelig dobbeltposisjon både å skulle bruke makt mot enkeltpersoner uten at personen har gjort noe lovstridig, og så samtidig jobbe for vedkommende sin selvbestemmelsesrett og gi helsehjelp. På en måte kan også personalets tvang være for beboer, ikke mot. Dette kan være vanskelig (Sæther 2014). En informant sier dette;

«Det er sånn, frivillig tvang, skjønner du. Og det er det jeg mener med at en på en måte kan få en ting til å bli sånn du ønsker at det skal være. Med hvordan man legger det fram og hvordan man formulerer ting og så kan en, ikke med alle, men med noen så kan en det. (...) For jeg tror nok noen ville definert noe av det vi gjør av og til, som

tvang ja, det tror jeg. Og så samtidig, så sitter vi og tenker er dette tvang? Ja, det kan det være, men, det kan også, det er på en måte, de har jo samtykket også, så det blir jo litt sånn frivillig tvang. Men det er veldig vanskelig å få til noe i en bolig som det her hvis ikke man er litt lur på noen ting, faktisk. Da blir det nesten, da, sitter jeg med en sånn følelse personlig i hvert fall, at vi driver med noe oppbevaring. Mer enn noe annet, og det tenker jeg at det er ikke til det beste for noen da, tror jeg. Det er min personlige mening.»

I dette sitatet fremkommer det vanskelige forholdet mellom frivillighet og tvang. Informanten ble spurt om personalet benytter tvang, og problematiserer her hva som er frivillighet, tvang og kanskje mer *for* beboer heller en *mot*. Så hva når man handler etter det man mener er til det beste for beboeren? En informant problematiserer dette;

*«Med en annen beboer for eksempel så har h*n sitt kjøleskap inne i leiligheten. Det beboer har i det er en boks med oliven og fordi at når h*n flyttet inn her så kjøpte vi mat til beboer og satte i kjøleskapet. Men h*n spiste alt med en gang. Det var skål tomt, beboer hadde til og med spist opp en pakke smør i løpet av natten, ikke vel. Så nå har vi all maten til beboer innelåst i et kjøleskap hos oss og så tar vi med maten inn i en boks og smører til beboer og blander opp to flasker med saft og gjør klart (...) Og alt tar vi ut igjen etterpå. Så da har h*n kun den ferdigblandede saften og så den maten vi har smurt. Det er jo noe som vi har gjort, for ellers så spiser h*n seg i hjel på kort tid. Men så tenkte jeg; hva gjorde de der h*n bodde før? Da bodde beboer i egen leilighet uten døgnbemanning. Da hadde beboer all maten inne hos seg, for det var jo ingen annen plass å ha den. Hvor mye spiste h*n der? Og jeg har sagt det tidligere at jeg synes vi skal la det ligge igjen noen brødsiver og noe pålegg som h*n kan smøre selv. Vi har heller ikke sjekket med juristen om vi har lov til dette, vi har ikke vedtak på det.»*

En annen informant har en tilsvarende erfaring;

*«(...) det at vi låser maten inne, det er også en tvang. Det har vi egentlig ikke lov til. Men det er noe med helseperspektivet å gjøre. For hadde den personen hatt all maten inne hos seg, så hadde h*n spist det opp og blitt veldig dårlig. Så det er jo en balanse*

på det her sånn. Og så lenge vi, holdt på å si, etisk og forsvarlig begrunner hvorfor vi gjør sånn og sånn, så er vel, det er fortsatt tvang, men det er vel godtatt tvang. Vet ikke om vi har noe vedtak på den ene tingen der da. Men det er grenseland på veldig mye.»

Informantene viser til at det er vanskelig å balansere mellom tvang og det som er nødvendig av tiltak for å beskytte beboer. Spørsmålet er om beboer har hatt noen form for medbestemmelse i denne avgjørelsen om å låse inne maten, eller om beboer i det hele tatt anser dette som en form for makt hvor beboer ikke har anledning til å motsette seg. En annen aktuell definisjon på makt er Foucault (1978, 1983) sitt begrep hegemonisk makt, som er en tatt-for-gitt makt. Denne baserer seg på mer usynlige strukturer i hverdagen uten at makten problematiseres og er internalisert gjennom oppdragelse og utdanning (Slettebø 2014 etter Askheim et. al. 2007). Dette innebærer at beboer kan ta for gitt at personalet har kunnskap og dermed vet best. En annen informant sier dette om bruken av tvang;

» Man kan jo overstyre en del ting hvis en ønsker det. Med måten man sier ting og måten man gjør ting på, så kan man jo få ting til å kanskje bli sånn som vi ønsker som personal. En vet jo da at på noen ting så er det ganske ødeleggende det de driver med. Og hvis vi da kan få hanket det inn ved å være litt lure, så tenker jeg at det er greit.»

Dette kan være det som beskrives som styringsmentalitet. En viktig redskap i denne formen for makt er ikke tvang og sanksjoner, men oppmuntring (Lundgren m.fl. 2012). Alle informantene sier at beboerne har behov for litt oppmuntring for å gjennomføre daglige gjøremål. Dette kan også være gjøremål innen personlig hygiene, og flere av informantene nevner dette som en utfordring. I denne sammenhengen blir det viktig å stimulere, aktivisere og engasjere den som styres. Dette kan innebære at selv om beboer er med på å selv utforme ukeplanen, så er det med bakgrunn i oppmuntring fra personalet. Flere informanter sier også at det er utfordringer i forhold til ukeplaner og avtaler. En informant sier dette;

«Noen er sånn at; «hvis ikke du gjør sånn, så får du ikke det ...». Det er jo en trussel. Det er å true. Det kan for eksempel være avtalestyringen⁷. Det er mye en kan si, men det kan sies på mange måter.

⁷ En dagsplan en beboer har med ulike gjøremål.

Alle informantene forteller at beboerne har ukeplaner eller avtaler. Disse sier noe om hvilke gjøremål og avtaler den enkelte beboer har i løpet av en dag eller uke. Det er varierende i hvor stor grad informantene opplever at beboerne får medvirke. Flere av informantene forteller at personalet kan legge store føringer for innholdet i disse planene. Dette er en relativt usynlig form for makt, og er ifølge Foucault den mest produktive utøvelsen av makten, og er den som er vanskeligst å forsvare seg mot (Järvinen og Mortensen 2005). Dette er også i tråd med Sæther (2014) sin henvisning til brukernes erfaring om at viser til, at makten kan være fordekt som frivillighet og dermed vanskelig å påklage. I sin mest utstrakte form er denne makten en disiplinerende makt, og kalles bio-makten. Denne makten innebærer at ulike profesjoner i samfunnet forsøker å lede mot hva som er det beste, ofte med henblikk til hva som er sunt, for å fremme livskvalitet (Järvinen og Mortensen 2005). På mange måter er det noe av det samme som informantene forteller om her. Det kan legges føringer for å få beboerne til å gjøre det personalet mener er bra for dem, det som gir sunnhet og livskvalitet utfra almene mål. Alle sitatene viser en bruk av tvang som kan ha et utspring fra hva man tenker er til beboers beste. Både å beskytte mot rus, og for å unngå at beboer får helseplager på grunn av manglende egenomsorg.

Beboer – noe mer enn diagnosen

Til tross for at personalet har den faglig kompetansen, så er det beboeren som er ekspert på seg selv. Järvinen og Mortensen (2005) viser til Foucault (1978, 1983) sitt maktbegrep som handler om forholdet mellom at «sannheten» er definert av de som har makt. Kunnskap gir makt fordi den hevdes å inneholde sannheten, og å strebe etter kunnskap er også i realiteten en streben etter makt ifølge Foucault. Dette sier også den ene informanten, i forhold til at «*hvem er jeg til å bestemme hva som er best?*» Psykiatrisk behandling har vært dominert av paternalisme (Tranøy 1999 etter Dworkin 1979). Inngrep gjøres med begrunnelse i hva som er til den andres beste, og særlig gjelder dette ved tvangsmedisinering. Dersom man nekter, så vet man ikke sitt eget beste, og det å nekte sees som et sykdomstegn (Tranøy 1999). En informant forteller;

«Det er mange som «synes». Og så handler man kanskje ut fra hva man synes og hvis alle skal handle ut fra det, etter eget forgodtbefinnende så, men det er jo derfor vi har snakket en del om lovverket her at vi må, vi kan ikke bare tro og mene og synes. Det hender jeg er enig, at jeg skulle ønske det fantes en lov som sa at det der kan vi bare gjøre. Så hadde vi sluppet de tingene der. Det hadde vært mye lettere for oss på jobb.

Men det er jo ikke oss det skal være lett for, det er ikke vi som bor her 24 timer i døgnet. Det er jo ikke vi som skal ha det lett, det er jo beboerne, så vi må jo slutte å synse og forankre det i noe fornuftig.»

Foucault (1978, 1983) fokuserer også på begrepet «den andre», hvor den andre er den som den som er gjenstand for diskursen, og settes i kategorier hvor noe avviker fra normalitetsbegrepet (Järvinen og Mortensen 2005). Videre har han et sannhetsregime som er systemer og prosesser som differensierer sanne diskurser fra falske. Her er kategoriseringsteknikker et viktig redskap ved at det føres journaler, rapporter, møtereferater osv. Dette sørger for å kategorisere brukeren som sosial avviker, samtidig som det bekrefter de involverte eksperters profesjonelle status (Järvinen og Mortensen 2005). Forskning har blant annet vist at møtet mellom en bruker og sosialarbeider kan bli et møte mellom et tilfelle eller sak, og en administrator (Järvinen og Mortensen 2005 etter Salonen 1998). Dette innebærer at brukerens individualitet og det spesielle i den enkeltes livssituasjon kan forsvinne inn i de generelle administrative problemkategorier. På denne måten blir ikke hjelpen og støtten basert på brukerens selvopplevde behov, men på det tilbud som man har mulighet til å gi (Järvinen og Mortensen 2005). Det kan dermed være lett å overse hvilke behov beboer faktisk har, og dermed overkjøre med egne ideer om hva som er best. I følge Nissen (2007) vil det på denne måten være en fare for personalet møter beboer på en negativ måte, med liten interesse for det som er det individuelle med beboeren, og det som er bak sykdommen. En informant sier blant annet at det ofte har vært slik at beboere har klaget på fysiske plager i lengre tid, men at det ofte ikke tas tak i og at det stort sett tilskrives sykdommen. Informanten sier som dette;

«En beboer kan for eksempel gå og klage på vondt i magen i 3 uker uten at det gjøres noe med det. Mye tilskrives diagnosen, og fysiske plager eller andre behov blir ikke alltid tatt på alvor.»

I slike tilfeller kan det være at man fokuserer på de aspektene ved beboerens liv som passer inn i de rammene man allerede har i arbeidet, og beboeren presses inn i allerede etablerte kategorier av tilfeller, til tross for at beboere med tilsynelatende like utfordringer kan ha forskjellige behov. Her kan det være lett å tilskrive ulike diffuse somatiske plager som et utspring av psykosesyntomene. En annen informant forteller at en beboer har diabetes og at det er utfordrende. Blant annet er det lite kunnskap om somatisk sykdom blant personalet. Det

har også hendt at det har vært behov for sårstell på beboer som motsetter seg hjelpen. En informant forteller dette;

*«Jeg reagerer jo på at ikke noen som har ansvar for beboers fysiske helse har hatt oppfølging for å sjekke hvordan beboer har det, at h*n har alt h*n trenger.»*

Dersom boligene har beboere med somatiske helseplager som kommer inn under pasient- og brukerrettighetsloven (sist endret 2015) kapittel 4A kan det være at de vil omfattes av fylkesmannens tilsyn nå frem mot 2017.

Andersen, Grelland og Lundstøl (2014) viser til erfaringer fra personer som har søkt hjelp for psykiske vansker, funnene antyder at hjelpeapparatet har vanskeligheter med å opprettholde et nyansert bilde av dem. De blir raskt ansett som enten syke eller friske (Ibid). Dette kan påvirke hva slags forventninger man har til beboer. Luhmann (2000) nevner to måter å håndtere forventninger på, normativ og en kognitiv modalisering av forventningene (Nissen m.fl. 2007 etter Luhmann 2000). Et kjennetegn ved den normative modaliseringen er at det ikke letes etter andre mulige forklaringer på personens atferd, og stiller ikke spørsmål ved om forventningene var rimelige (Nissen m.fl. 2007). Ved normative modaliseringer opprettholder systemet forventningene og krever en tilpasning av forventet atferd, som i erfaringen til informanten i sitatet over. Spørsmålet er om forventningene står i forhold til beboers funksjonsnivå og diagnose. Her kan det også være juridiske hensyn i forhold til hvilke goder personalet har lov til å frata beboer. Blant annet heter det i psykisk helsevernloven at restriksjoner og tvang under oppholdet bare skal gjennomføres når det er absolutt nødvendig. Dette kan innebære at det å frata beboer en gode bare skal gjennomføres dersom det er en absolutt nødvendig restriksjon. Kognitiv modalisering av forventningene kjennetegnes ved at man forsøker å se etter årsaker til personens atferd (Nissen m.fl. 2007). Her vil personalet kunne tenke at beboer kanskje har ekstra mye stemmer denne dagen, eller at det er andre forhold som ligger til grunn for at det er vanskelig. På denne måten kan man unngå potensielt farlige situasjoner, og man anerkjenner samtidig beboer sin autonomi.

Fire av informantene sier også at den enkelte beboer kan få en form for straff dersom ikke ukeplan/planer gjennomføres. To av informantene sier også at det aldri er en fysisk avstraffelse, men kan være tap av et gode. Blant annet skal en beboer ha fått beskjed om å bli

fratatt et stort gode dersom beboer hadde flere utageringer. Informanten sier at utageringene er en del av beboers diagnose og at det ikke er rettferdig å stille slike krav til beboer;

«Det er ikke alltid beboer kan styre utageringene, det kommer an på for eksempel om personalet trigger beboer. Noen personal trigger beboer nærmest med vilje. Beboer har jo en diagnose, jeg synes ikke vi kan gå inn og gjøre det. Det blir som å oppdra beboer på en måte i beboers sykdom, og det går ikke an.»

En informant forteller at personalet ikke alltid stiller spørsmål ved om det er rimelig å forvente at beboer den dagen, eller på det tidspunktet føler at det er mulig å gjennomføre aktiviteten og at dette kan trigge beboer. Personalet kan føle seg forpliktet til å få utført de daglige rutinene i beboers leilighet og på denne måten skjøtte arbeidet. Beboeren kan føle seg forpliktet til å godta dette, til tross for at det ikke oppleves som greit. To informanter forteller at det vil være mye vanskelig atferd i slike boliger og at det er et resultat av beboernes diagnose. De beskriver at det gjør noe med hva personalet kan forvente av beboerne. En av disse informant sier dette;

«(...) hva kan vi forvente med en som er kraftig paranoid schizofren. Altså dersom jeg konfronterer vedkommende så må jeg forvente å få en kraftig verbal utblåsning. Dermed så er ikke det er avvik, det er en del av vedkommende sin måte å forsvare seg på.»

Dette viser at informantene har ulik opplevelse av hva man kan forvente av beboer ut fra beboers diagnose. Den ene informanten beskriver noe som kan sees som en normativ modalisering av forventningene hvor man ikke tilpasser forventningene etter beboers muligheter. Den andre informantene skisserer en kognitiv modalisering av forventningene hvor det tas hensyn til beboers sykdomsbilde. Alle tre informantene viser imidlertid til at de mener at det må tas hensyn til beboernes sykdomsbilde, men den ene peker på at det ikke alltid er tilfelle i praksis.

Utfordrende dobbeltdiagnoser

Det opplyses fra to informanter at beboere i disse boligene kan ha dobbeltdiagnoser, både en alvorlig psykiatrisk diagnose, rus og psykisk utviklingshemming. Diagnose kan ha en betydning i forhold til hva slags rettigheter man har og hva slags botilbud man har.

Mennesker med psykisk utviklingshemming har vanligvis et eget botilbud i kommunen, i det som kalles HVPU bolig. Personer med psykisk utviklingshemming har særlige bestemmelser i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Sist endret 2015) kapittel 9, som omhandler rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Formålet med reglene i dette kapittelet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for skade og for å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Dersom beboer i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser også har en psykisk utviklingshemming så er spørsmålet om beboer også bør omfattes av lovens kapittel 9. Reglene etter dette kapittelet gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemming. Dette vil si andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
- d. avlastningstiltak.

Tjenestene som ytes i disse boligene er etter bokstav a og b. Vilkår for tvang og makt er beskrevet i lovens § 9-5. Den beskriver at tvang og makt bare kan benyttes når andre tiltak er forsøkt. Det skal også bare brukes tvang og makt når det er faglig og etisk forsvarlig og bare for å forhindre eller begrense vesentlig skade. § 9-5 tredje ledd, bokstav c er tiltak som er relevante. Dette er tiltak for å dekke brukerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings og treningstiltak. Tiltak etter denne paragrafen skal ha stedlig tilsyn av fylkesmannen, og det kan også gjennomføres tilsynsbesøk uten beboerens samtykke og er hjemlet i § 12-3. Spørsmålet er da hvorfor det ikke føres tilsyn dersom det også er beboere med dobbeltdiagnose hvor det også foreligger psykisk utviklingshemming? En informant sier dette;

«Vi har ingen form for tilsyn, og den ene beboeren har også PU⁸. Så vi kan jo godt ha tilsyn. Ingen har meldt inn noe på det.»

I en rapport fra Helsetilsynet (2006) om rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming står det at stedlig tilsyn fra Fylkesmannen er et tiltak «for å sikre seg at

⁸ Psykisk utviklingshemming

det ikke utvikles en uheldig praksis som er i strid med lovens intensjoner», jfr. Innst.O.nr.14 (2003-2004). Fylkesmannen skal blant annet kontrollere at det er samsvar mellom vedtaket og utførelsen av tvangstiltak. På denne måten skal man sikre at det ikke begås overgrep. Det stedlige tilsynet vil dermed være knyttet til den enkelte beboer og den enkelte beboers vedtak. Stedlig tilsyn beskrives også som viktig for å sikre at tjenestetilbudet så langt som mulig er tilrettelagt og gjennomført i samarbeid med beboer. Ved det stedlige tilsynet skal man besøke bruker og besøke boligen (Helsetilsynet 2006). Samtidig sier informantene i Holm (2012) sin rapport at frivilligheten i tjenesteoppfølgingen i kommunale boliger er utfordrende og informantene i denne masteroppgaven peker også på flere utfordringer i forhold til frivillighet, tvang og makt. Når da også beboere i boliger for mennesker med psykiske lidelser også har dobbeltdiagnose som innebærer psykisk utviklingshemming kan det tyde på at enkelte beboere kan falle mellom to stoler i forhold til hvilke lovverk de kommer inn under.

Utfordringene med dette kan være den enkelte beboers mulighet til å melde ifra dersom de utsettes for overgrep. I den ene informantens fortelling fremkommer det at enkelte personal ved gjentatte anledninger har vært verbalt ufin mot beboere. Det blir brukt nedsettende ord om beboer, og beboer får nedsettende kommentarer. Blant annet skal personal ha sagt til en beboer; «*dra deg inn i leiligheten din igjen, du er ikke ønsket her*», da beboer kom ut i fellesarealet. Dette og liknende kommentarer skal informanten ha hørt gjentatte ganger. I helse og omsorgstjenestelovens (2015) formål §1-6, skal loven sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Dersom denne beboeren også er psykisk utviklingshemmet, så er det i strid med helse- og omsorgstjenesteloven (2015) § 9-1 om at ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

Oppsummering

I de foregående kapitlene har jeg presentert og drøftet funn knyttet opp mot hvordan informantene opplever at beboerne får medvirke i utarbeidelsen av tjenestene i form av prosedyrer og rutiner, og hvordan informantene opplever utfordringer i forhold til temaer som tvang og makt. Funn fra intervjuene viser at informantene legger vekt på at beboerne skal få medvirke, men at brukermedvirkningen kan være utfordrende. Blant annet fordi personalet mener det er behov for tiltak som beskytter beboerne mot rus. Flere av informantene sier at beboerne kan styres litt i den retning personalet ønsker, og en informant mener at det er med brukerpåvirkning enn medvirkning. Dersom en skal nå målet i Opptrappingsplanen om å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv, betyr dette at

brukermedvirkning må innebære en myndiggjørende prosess (St.prp. nr. 63 1997-1998). Funnene kan også forstås som at informantenes tilnærming til beboerne for å få til brukermedvirkning er utilstrekkelige.

Masteroppgaven har også belyst det vanskelige forholdet mellom frivillighet og tvang og makt. Et mål i Opptappingsplanen er at tjenestene skal være basert på frivillighet. I likhet med Holm (2012) sin studie i kommunene, viser denne masteroppgaven at det er vanskelig å gi tjenester bare basert på frivillighet. En av informantene peker på forhold i boligene som uten tvil er i strid med gjeldende lovverk, og som er av en slik karakter at det bør vurderes tiltak som sikrer at slike forhold opphører.

I det neste kapittelet vil jeg se videre på hvordan prosedyrer og rutiner utarbeides og knytte dette opp mot kvalitetssikring og internkontroll. Jeg vil også se funn fra intervjuene knyttet opp mot kommunens internkontroll.

5.3 Kvalitetssikring og internkontroll

Opptappingsplanens mål;

Sikre at mennesker med psykiske lidelser får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med de rettigheter enkeltmennesker og grupper av personer har etter loven.

Krav til rapportering og kontroll

Kommunen skal etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2015) § 4-2 første ledd sikre at tjenestene de yter er forsvarlige og at de arbeider for systematisk kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet. Hensikten med denne masteroppgaven har vært å forsøke å finne ut av hvordan kommunen overholder dette og om hvordan dagens praksis fungerer opp mot noen aktuelle temaer. I intervjuene har jeg spurt informantene om hva kvalitetssikring innebærer kvalitetssikring for dem, og hvordan de kvalitetssikrer tjenestene, herunder rutiner og prosedyrer. I en døgnbemannet bolig for psykisk syke vil man være avhengig av å ha slike rutiner og prosedyrer, dette er beskrevet i forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene (2003). Forskriftens §3 omhandler oppgaver og innhold i tjenestene som ytes og at kommunen skal etablere et system av skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer tjenestene.

Dersom det forekommer bruk av tvang og makt mener Slettebø (2014) at dette skal begrunnes, både ovenfor (her) pasient og pårørende, men også ovenfor personalet. Grimen (2009) mener videre at tjenesten bør sørge for kontrollrutiner med egne systemer. Slike kontrollrutiner kan bidra til at det ikke utøves maktmisbruk og at både pasient og pårørende kan ha tillit til at makten utøves forsvarlig (Grimen 2009). Dette støttes også i en nyere strategiplan for økt frivillighet i psykiske helsetjenester, om at det ved iverksettelse av tvang skal fattes vedtak som skal registreres og disse skal innrapporteres slik at det er mulig for den enkelte tjeneste og myndighetene å følge med på utviklingen. Rapporten kommer frem til at det i etterkant av Opptrappingsplanen i for liten grad har vært en redusert bruk av tvang. Tilgang på gode nok data problematiseres også, og at det gjør det vanskelig å vurdere det reelle omfanget (Helse og omsorgsdepartementet 2012). En informant forteller om en skriftlig form for kvalitetssikring;

«Alt blir dokumentert, begrunnet. Så alle nye tiltak og alle nye ting blir jo skrevet inn i journalen, det blir dokumentert. Vi har gjennomgang av Gericafortløpende, vi har gjennomgang av IPLOS en gang i året. Vi går gjennom systemet, det gjør vi tjenesteansvarlige sammen. Slik at alt er oppdatert hele tiden. Vi driver også å går gjennom, lager sammendrag av journalen en gang i måneden sånn at vi hele tiden ser er det blitt noen forandringer? Er det noe som må justeres her og der? Eventuelt ta det med andre instanser. Tjenestekontoret for eksempel, for å innhente opplysninger for å justere de tingene.»

Informanten forteller at de har gjennomgang av IPLOS en gang i året. Dette kan være en god form for kvalitetssikring. IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren og et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene. Det er Helsedirektoratet som er databehandlingsansvarlig. IPLOS skal øke kunnskapen om den enkelte brukers ressurser og bistandsbehov. Blant annet skal det bidra til;

- God kunnskap om bistandsbehovet vil gi kommunen mulighet for å planlegge og tilrettelegge tjenestene.
- Sentrale myndigheter får også bedre kunnskap som grunnlag for å styre og utvikle tjenestene.

Målet med registeret er å bidra til en god ressursutnyttelse samt likeverdige og virkningsfulle tjenester (Helsedirektoratet 2013).

Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene gjennom brukermedvirkning. Økt brukermedvirkning kan ifølge rapporten for nasjonal plan være med på å redusere bruken av tvang (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Planen omhandler bruk av tvang i helseforetakene, men sier ikke noe om tvang i psykisk helsearbeid i kommunene. Rapporten peker også på behovet for en bedre rapportering av tvangsbruken. Blant annet skal være iverksatt flere tiltak for å bedre dokumentasjonen rundt tvangsbruk i det psykiske helsevernet. Det er blant annet utarbeidet en registreringsveileder og egne maler for alle tvangsvedtak i psykisk helsevernloven til bruk i elektronisk pasientjournal. De regionale helseforetakene fikk i 2008 tildelt midler for å intensivere arbeidet med å bedre kvaliteten på data som rapporteres fra psykisk helsevern til Norsk Pasientregister (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Hva da med den tvangen som benyttes i kommunale tjenester? I det foregående avsnittet har jeg drøftet noen funn om bruk av tvang i tjenestene, jeg har også innledningsvis i dette kapitlet vist til funn i intervjuene som tyder på at personalet ser flere likhetstrekk mellom boligene i denne masteroppgaven og institusjonene. Det vil kunne innebære at personalet i kommunale boliger har noen av de samme utfordringene rundt bruk av tvang som det rapporteres om fra helseforetakene, men uten den samme graden av rapportering og kontroll.

Tilgang og kjennskap til relevant lovverk

Det har i denne masteroppgaven fremkommet eksempler på hva som kan være utfordrende for personalet i utformingen av rutiner og prosedyrer. Blant annet er brukermedvirkning, tvang og makt sentrale temaer og alle informantene har refleksjoner rundt hvordan dette ivaretas i boligen. Flere av informantene ga uttrykk for at det kan være vanskelig å til enhver tid vite hva som er faglig, etisk og juridisk riktig når nye rutiner og prosedyrer utarbeides. Det å være oppdatert på aktuelt lovverk kan være viktig for å sikre at tjenesten har en god kvalitet. Krav til at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene er omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 om krav til forsvarlighet. I veilederen «*Hvordan holde orden i eget hus internkontroll i sosial og helsetjenesten*» står det at den som er ansvarlig for virksomheten skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som er relevante for den aktuelle tjenesten. Ledere og personal skal ha tilgang på de deler av sosial- og helselovgivningen som gjelder for virksomheten eller virksomhetens ansatte. Regelverket kan være tilgjengelig enten i papirformat eller på nettet (Helsedirektoratet 2004). På spørsmål om personalet kjenner til hvilket lovverk tjenestene de yter er hjemlet i, så opplyser fire av fem informanter at det kjenner de ikke til. En informant kjenner til flere ulike lovverk, men er noe usikker på hvilke

som er gjeldene. Alle informantene gir uttrykk for at det var ubehagelig å ikke kjenne til lovverket. Svarene kan tyde på at det utarbeides rutiner og prosedyrer uten at deler av personalet kjenner til hvilket lovverk de må forholde seg til. Dette viser at det kan være vanskelig for den enkelte å til enhver tid vite hva lovverket sier. Dermed kan det også være vanskelig for det enkelte personal å melde ifra om forhold som er i strid med lover og forskrifter.

På spørsmål om de kjenner til hvilke vedtak beboerne har, så svarte fire av informantene at de ikke kjenner til hvilke vedtak beboerne har. To av informantene opplyser at de kjenner til hvor de finner vedtakene. En informant opplyser at vedtakene er arkivert et sted, men informanten antar at de fleste av personalet ikke vet hvor. Det er noe ulikt hvordan informantene svarer på hvordan de kvalitetssikrer rutiner og prosedyrer. En informant sier dette;

«Jeg tror at samtlige av de vi har som vi tenker kan komme i konflikt med lovverket har hatt gjennomgang med jurist. Men det er andre prosedyrer som vi ikke har gjennomgang på».

En annen informant forteller at det også har vært jurist til stede på personalmøter;

«Ja, der har vi brukt mye tid på diskusjoner og vi har vært mye sammen med jurister og kursinger sånn sett med jurister og vi har hatt jurister her ute på personalmøtet der vi har diskutert hva man kan og ikke kan gjøre. Så jeg opplever at vi har et, vi vet en god del. Men det eksisterer alltid mange sånne grensesituasjoner og som vi da egentlig de som jobber her tar en beslutning og så dokumenterer de det. Så alle ting som er litt sånn i grenseland, de er det særdeles viktig at blir dokumentert i journal. Det er ikke nødvendigvis avvik»

Dette viser at denne boligen har en gjennomgang med jurist i de de rutiner og prosedyrer de mener kommer i konflikt med lovverket. Informanten forteller også at de beslutningene som er i «grenseland» blir godt dokumentert i journal. Dette er også i tråd med Slettebø (2014) sin anbefaling om at bruk av tvang skal begrunnes. Spørsmålet er hvordan det vurderes i forhold til hva som kan være i konflikt med lovverket, når så mange som fire av fem av informantene

sier at de ikke er kjent med hvilket lovverk de arbeider etter. En av informantene sier at det er problematisk at det ikke er mer kontroll med arbeidet som utføres;

«Det er de ansvarlige i boligen som skal sjekke hverandre opp. Det høres jo fint ut, ikke sant? Men så glemmer man lett lovverket. Jeg tror de har blitt mye bedre på det nå. (...) En prosedyre er gjeldende fra den er skrevet, og før den er kvalitetssikret. Om den ene ansvarlige er på ferie, så er prosedyren allerede i gang før den blir sjekket.»

Alle informantene sier at de aldri har opplevd noen form for tilsyn fra noe eksternt tilsynsorgan. Tre av informantene sier at de har opplevd kontroll fra Fylkesmannen i en konkret klagesak fra beboer. Det er ingen eksternt tilsynsorgan som er inne og ser hvordan ting gjennomføres eller hvilke faglige og juridiske begrunnelser som legges til grunn ved utarbeidelse av en ny prosedyre. En prosedyre som i verste fall kan være ulovlig kan opprettholdes i lang tid uten at det føres noen form for kontroll. Dette vil i så fall innebære en svikt i både beboerens rettssikkerhet og brukermedvirkning.

Personalmøter

Alle informantene beskriver en form for kvalitetssikring i regelmessige personalmøter. Opplysningene fra informantene viser at boligene har personalmøter hver 14. dag. Alle informantene gir også uttrykk for at disse møtene er positive og at de føler seg hørt i møtene. Regelmessige personalmøter er i tråd med Storm (2009) sin anbefaling om å avholde personalmøter for å sikre brukermedvirkning. Et mål med personalmøter er ifølge Storm (2009) å resultere i at flere helsefagarbeidere blir bevisst på hvordan personalet arbeider for å involvere til brukermedvirkning. Personalmøtene kan fungere som et forum for bevisstgjøring og refleksjon. En informant svarer dette på hvordan prosedyrer kvalitetssikres;

«Det altså, det, for meg så går det gjennom personalmøtene da, selv om vi på teamene kan av og til ta noen egne initiativ da. Så får vi gjerne høre det da. En slags kvalitetssikring.»

En informant nevner også personalmøtet spesifikt som en arena hvor personalet kan melde ifra dersom det er noe de er uenig i. På spørsmål om i hvilken grad føler informanten kan melde ifra dersom det er noe h*n er uenig i svarte informanten følgende;

«Jo, det gjør vi jo på personalmøter, hvis ikke sender man da et skriv til avdelingsleder.»

Alle informantene forteller at prosedyrer og avgjørelser drøftes på personalmøter og at alle i personalgruppen blir hørt. Informanten gir uttrykk for at det er legitimt å være uenige med hverandre og at takhøyden er stor for å ta opp det de mener er viktig. Respekt nevnes også som viktig;

«Vi er veldig forskjellige, jeg opplever at vi har fokus på at vi skal ha en høy takhøyde for meninger. Alle skal få lov til å komme med sitt. Jeg tror at stort sett så føler jeg at de fleste respekterer de andre fullt ut. Og de fleste er lojale ovenfor det som blitt bestemt. Om en ikke er lojal så ødelegger man for alle andre og det tror jeg alle vet. Vi har fortsatt litt vei å gå i forhold til å be om hjelp. Vi vil alltid prøve først selv.»

En annen informant opplever det litt annerledes, og sier at det kanskje kan være vanskelig for enkelte å si ifra;

«Ja, men jeg tror ikke alle gjør det. Det blir jo lett surheter.»

Flere av informantene sier at det er viktig å være lojale ovenfor det som blir bestemt, og at et samlet personalgruppe er viktig. En informant forteller om at det er viktig at ting drøftes i personalgruppen;

«Det er viktig å få et samlet personale. Men også at personalet har en samlet forståelse av hva man skal gjøre og hvorfor. Og være klar og tydelig. At når beboerne spør så svarer vi det samme. Forutsigbarhet og trygghet. For gjør vi det, så ser de konsekvenser av egne handlinger. Det er vanskelig å ha et samlet personale og her mener jeg ledelsen må mer på banen»

Informanten gir uttrykk for at ledelsen må mer på banen og legge tydelige føringer for å få en samlet personalgruppe. To av informantene sier at det er vanskelig å få til noe når det er vanskelig å få en felles forståelse av hva som er viktig, og begrunnelsen for at avgjørelsene tas.

Flere informanter sier at drøfting og refleksjoner i personalgruppen er viktig. Et godt arbeidsmiljø og det å kunne bruke hverandre nevnes. Dette er i tråd med Smoland (2009) sin henvisning til viktigheten av et tillitsfullt miljø for å oppnå kvalitet. Flere informanter peker på at det er åpenhet og mulighet til å ha et godt samarbeid i personalgruppen;

«Hver enkelt medarbeider som er på jobb har en god dialog og egentlig har den grunnopplæringen som vi forsøker å ha her. Være tilgjengelig, vise tilgjengelighet, alt egentlig prøve å være positiv. At alt er mulig, det umulige tar bare litt lengre tid. Tenke slik på det å jobbe liksom sammen og bruke hverandre. Det er viktigere enn å gjøre akkurat alt lik. Vi er jo forskjellige i situasjoner. Vi bruker mye tid på å gi hverandre input på hva vi tenker i situasjonen. Og så må andre tenke på hvordan de opplever det. Og jobbe med seg selv og egne følelser»

En annen informant nevner også at det brukes mye drøfting, og nevner også at det er viktig å være bevisst sin egen rolle;

«Vi bruker veldig mye tid på drøfting. Og det er noe av det viktigste, det at vi er bevisste på våre roller at vi faktisk er maktmennesker i forhold til våre brukere. Det er utrolig viktig.»

Personalmøter kan også være en arena for å etterkomme forskrift om internkontroll § 4 punkt d) om å sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Personalmøtene kan være en god rutine for å samle kunnskap og dele erfaringer slik informantene også viser til.

Beboernes rett til å klage

I forkant av intervjuene hadde jeg kontakt med Fylkesmannen for å få mer informasjon om hva som er deres rolle i forhold til kvalitetssikring av tjenestene i disse kommunale boligene. Fylkesmannen nevner beboernes rett til å klage til Fylkesmannen som en del av kommunens kvalitetssikring. I veilederen fra Helsedirektoratet (2004) står det at den ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra beboere og pårørende til forbedring av virksomheten. På spørsmål om personalet gjør beboerne kjent med sin rett til å klage, så svarer tre informanter nei, og en informant svarer «både og». En annen informant sier ja.

Denne informanten forteller at enkelte av beboerne har klaget så mye at de føler det ikke nytter å klage. Ved ett tilfelle hadde en bolig tilsyn på en beboer fra fylkesmannen etter klage. Informantene sier de ikke kjenner til hvor klagen kom fra. På spørsmål om de tror at beboerne er kjent med sin rett til å klage, så svarer fire av fem informanter nei. En informant sier også at en beboer ved en anledning ønsket å klage, og at personal ga beboer beskjed om å skrive klagen selv;

«Beboerne får beskjed om at det er mulig å klage. Sist jeg hørte en beboer ønsket å klage (...) fikk beboer beskjed om at beboer kunne gå og skrive klagen selv. For det må beboerne gjøre selv. Jeg mener at beboer skal ha hjelp til å skrive klagen. Jeg tror ikke beboer klarer å skrive klagen selv.»

En annen informant sier at beboerne har ulike forutsetninger for å klare å skrive en klage, og at det kan være vanskelig å få til når de har mye syn –og hørselsforstyrrelser som en del av sykdomsbildet. Denne informanten sier at beboerne alltid får hjelp til å utforme en skriftlig klage. To informanter forteller at personalet er behjelpelige med å skaffe advokat dersom beboerne ønsker hjelp til det.

Kvalitetssikring i form av at beboerne selv kan klage kan også synes å ha svakheter. Informantenes svar kan tyde på at beboerne er avhengig av at personalet både informerer dem om sine rettigheter og at de får hjelp til å utforme en skriftlig klage. Det kan synes som om dette er ulikt fra personal til personal eller fra bolig til bolig på hvordan rutinene er rundt dette.

Personalets plikt til å melde avvik

En viktig del av kommunens internkontroll er at personalet skal melde ifra dersom det er forhold i boligen de mener er for eksempel mener ikke er faglig, etisk eller juridisk holdbart. Dette krever at personalet er kjent med sin plikt til å melde ifra. Bruk avviksmelding er en viktig del av kommunens internkontroll og kan føre til at det gjøres endringer i gjeldende praksis (Borge mfl. 2012). Dersom personalet er klar over at det utøves tvang, skal det skrives et avvik som leveres til leder. Alle informantene sier at de ville ha meldt ifra dersom det var forhold i boligen de mener ikke er holdbart. Likevel sier en av informantene at det er flere ting i boligen de reagerer på og som bør vies oppmerksomhet. To av informantene sier at det foregår ting i boligen som de vet er ulovlig og at det er et problem. En informant sier dette;

«Det er der det stopper, mange våger ikke å melde ifra. (...) Det er ikke alltid de ansvarlige klarer å holde seg innenfor lovverket, og da er det ikke alle som tør å si ifra.»

Ut fra den informasjonen jeg har fått fra mine informanter kan det se ut til at det er en svakhet i kvalitetssikringen ved at den enkelte ansatte selv må melde ifra dersom det er noe de mener er juridisk, faglig eller etisk uforsvarlig i boligen. Alle informantene forteller at de kjenner til hvordan de skal melde ifra og gir eksempler på hvordan de ville ha meldt ifra via tjenestevei. En informant sier dette på spørsmål om hvordan personalet melder ifra;

«(...) om jeg skal melde ifra til noen om nærmeste leder, så blir jo det til enhetsleder. Og jeg opplever at enhetsleder verner om sine ledere, de under seg. For meg virker det noen ganger som at det er lederne som er ansatt hos enhetsleder, det er ikke oss, personalet, selv om enhetsleder er vår sjef også. Da er det vanskelig å melde ifra»

Selv om informanten kjenner til hvordan personalet skal melde, så kan det tyde på at det av og til kan være vanskelig å melde ifra. Informanten sier også at det tidligere er meldt ifra om forhold i boligen som informanten betegner som alvorlige brudd, men at dette ikke ble tatt tak i. Alle informantene opplyser at de er kjent med i hvilke tilfeller det skal meldes avvik, og at avvik meldes. Informanten sier også at personalet er flinke til å melde avvik på hverandre;

«Jeg melder avvik, det er bare sånn vi må gjøre det. Vi har skrevet avvik på høyere alvorlighetsgrad enn det kanskje er. Det er eneste måten å få dem til å ta tak i det på. Vi har blitt veldig flinke til å skrive avvik på hverandre, selv om det er jo ikke vondt ment. Men det er jo for å sikre at prosedyrer blir fulgt»

Avvik synes som å være en god form for rapportering og kvalitetssikring av tjenestene. Alle informantene virker til å være godt kjent med avvikssystemet og forteller at det brukes jevnlig.

Informantenes erfaring med internkontroll i kommunen

I helse- og omsorgstjenesteloven (2015) § 1-4 heter det at kommunen skal sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud. Internkontroll synes å være et kjerneområde for å sikre kvalitet. På spørsmål om internkontroll er det HMS – rutinene som nevnes;

«(...) bare helse miljø og sikkerhet. I gamledager hadde vi det, men nå er det slutt på det. Det er lite, ingenting kan man vel egentlig kalle det. Det kan jo være de sitter et annet sted og leser journalnotatene våre, det kan jo godt være. Det har de kanskje tilgang til, men de har ikke kommet hit.»

Informanten viser til at det er ukjent hvordan kommunens internkontroll fungerer og om det gjennomføres. Det vises til journalen og at det kanskje er en gjennomgang av den som en form for kvalitetssikring. Svarer gir også informasjon om at det har vært en annen form for kontroll tidligere, men at dette har opphørt. På spørsmål om hvordan tjenesten kvalitetssikres svarer en annen av informantene;

«Vi har vel ikke hatt noen inne utenfra, noen instanser inne og sett på om det vi tror er bra, er bra. Så sånn sett er det vel lite kvalitetssikring i den forstand».

Ingen av informantene nevner noen form for internkontroll som den som beskrives i rutinehåndboken. Alle informantene sier at de ikke kjenner til at det har vært gjennomført noen direkte form for kontroll som kvalitetssikrer tjenestene, men noen informanter kommer med noen eksempler på noe de har opplevd som en form for kontroll med tjenestene. En av informantene forteller at tjenestekontoret ved en anledning har tatt kontakt med boligen for noe informantene opplevde var en stikkprøve, og at dette ble oppfattet som en positiv form for kontroll. Informanten sier at det var en positiv kontakt;

«Jeg tror noen tar stikkprøver. Jeg har ikke opplevd det. Bortsett fra en nå, hvor en ny ansatt på tjenestekontoret kanskje gikk gjennom samtlige beboere og da opplevde jeg at det ble tatt en stikkprøve.»

En annen informant forteller at boligen for noen år siden hadde besøk fra to personal fra en kommunal bolig for mennesker med psykisk utviklingshemming. Informanten opplevde dette

besøket som positivt og veldig lærerikt. Blant annet fikk personalet mange gode råd, og tilbakemeldinger på det arbeidet de utførte. Informanten forteller at de fikk anbefalt å ha en perm for hver beboer med vedtakene i, sånn at det bare er å slå opp i permen ved behov. Informanten fortalte dette;

«Vi hadde en gang besøk av to personal fra en bolig for mennesker med psykisk utviklingshemming. De var her for å veilede oss litt i forhold til å se hvordan vi jobber. Og så dro ei fra oss for å hospitere i den boligen. De skulle se på ting i forhold til avtalestyring og den ene beboeren. Jeg synes det var veldig bra at de var her for de backet en opp.»

Ved å ha hospiteringsbesøk fra en annen kommunal bolig, kan det gi en større tverrprofesjonell kunnskap til personalet. Reeves (2012 etter Zwarenstein og Reeves 2006) hevder at et effektivt samarbeid mellom aktører i helse og sosialsektoren kan redusere fravær blant personalet, skape et mer tilfredsstillende arbeidsmiljø og forbedre kvaliteten. Et tverrprofesjonelt samarbeid med andre instanser krever at leder tilrettelegger for et samarbeid for å kunne tilby hensiktsmessige tjenester (Willulmsen 2012). Et samarbeid som det informanten beskriver synes å være positivt for kunnskap og erfaringsutveksling, og kan bidra til å sikre en økt kvalitet i tjenestene.

Ingen av informantene sier at de har opplevd noen form for tilsyn fra noe internt eller eksternt kontrollorgan, annet enn den ene gangen en informant forteller om hvor noen fra tjenestekontoret sjekket noe i journalen. I veilederen står det at; *den ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen* (Helsedirektoratet 2004). Disse tiltakene skal utgjøre den største delen av internkontrollen. I tiltakene skal også vurdere om de eksisterende ordninger, rutiner og praksis er tilfredsstillende, og eventuelt utvikle og iverksette nye og forbedrede rutiner og instruksjoner der det er behov for det. Virksomheten må også sørge for at det iverksettes rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser. Et av tiltakene som foreslås er blant annet inspeksjonsrunder i virksomheten (Helsedirektoratet 2004). En informant forteller om en form for kvalitetssikring i form av at beboerne får oppfølging av behandlende psykolog en gang i måneden. Samt at enhetsleder kan ha uanmeldte tilsyn;

«Og så kommer psykolog fra sykehuset i måneden for å ha tilsyn. Da har de samtale med beboer og personal. Og så vet jeg at enhetsleder kommer en gang imellom uanmeldt.»

Dersom enhetsleder kommer på uanmeldt besøk i boligen, kan det være i tråd med Helsedirektoratet (2004) sin anbefaling. Internkontrollen skal også dokumenteres skriftlig (Helsedirektoratet 2004). Ingen av informantene nevner en slik form for kontroll, eller at de kjenner til en skriftlig dokumentasjon på at noe slikt er gjennomført. Informanten gir uttrykk for at det blir en form for tilsyn eller kontroll om noen klager;

«Tja, nei, hva gjør de. De har jo ikke tilsyn. Annet enn om vi ber om det eller klager.»

En informant forteller at de hadde mer oppfølging og tilsyn da boligen var ny;

«Når vi startet opp boligen her, så hadde vi et forholdsvis tett samarbeid med kontrollkommisjonen i forhold til hva som var lurt og ikke. Selv om de jobber utfra et annet lovverk så satt de med mye tanker om hvordan det var lurt å jobbe. Og juristen der kunne også bidra i forhold til lovverk og hva som var lurt og ikke. Det ble borte fordi de ikke har noe med kommunale bofellesskap å gjøre. De er kontroll for andrelinjetjenesten.»

Dersom en slik internkontroll gjennomføres i boligene etter gjeldende regelverk, er det likevel ingen av informantene som nevner dette som en form for kvalitetssikring. Heller ikke informanter med lederansvar. Internkontroll inkluderer tiltak som skal sikre at kontrollkravene følges, og kravene må gjøres kjent for ledere og medarbeidere (Mortensen og Ohm 2009). Tiltakene i internkontrollen burde dermed være kjent for personal og ledelse.

Kommunens håndbok beskriver en rutine for internkontroll og kvalitetssikring av tjenestene som ikke kommer til uttrykk i svarene fra informantene. Ingen av informantene har nevnt rutinehåndboken eller lovverket som omhandler krav til kvalitet eller internkontroll. Det er heller ingen av informantene som sier noe om årshjul eller årlig internkontroll. Tvert imot sier alle informantene at de ikke kjenner til at det gjennomføres noen direkte form for kontroll. Det er enhetens leder som er ansvarlig for gjennomføringen av internkontrollen, men deler av

kontrollen delegeres ifølge håndboken ofte til nærmeste leder. I intervju med informanter som er en del av ledelsesansvaret kommer det fram at det ikke er kjennskap til hvilket lovverk man arbeider inn under, eller hva slags form for internkontroll eller tilsyn som finnes.

Oppsummering

Det overrasket meg at ingen av informantene hadde kjennskap til gjeldende lovverk, inkludert informanter som er knyttet til ledelsen. To av informantene nevnte ulike lovverk, men ikke noen av dem som er de mest relevante for beboerne i boligene. Ingen av informantene, selv ikke innen ledelsen nevnte noe om rutinehåndboken. Det var heller ingen av informantene som kjente til lovverk som omhandler krav til kvalitet eller internkontroll.

I forkant av masteroppgaven hadde jeg fra egenerfaring en førforståelse av på hvilken måte kommunen kvalitetssikrer tjenestene, likevel ble jeg overrasket over å få opplysninger fra informantene som tyder på at det jeg vil betegne som en svært mangelfull kvalitetssikring og kontroll med de tjenestene som ytes. Min førforståelse var at kvalitetssikring og kontroll med tjenestene i de kommunale boligene var ukjent for de aller fleste av mine kolleger og at det var et ønske om tettere oppfølging fra ledelse og jurist. Stortingsmeldingen 1997-98 ga en oversikt over status og utfordringer for tjenestene til mennesker med psykiske lidelser på daværende tidspunkt, blant annet knyttet opp mot at kommunen hadde for dårlig utbygde tjenester, det var for dårlig kvalitetssikring av tjenestene, og at oppfølgingen ikke var god nok (St.prp. nr. 63 (1997-98). Nå nær 20 år etter Opptappingsplanen viser denne masteroppgaven at personalet fremdeles opplever utfordringer på disse områdene.

6.0 Konklusjon og anbefalinger

Hensikten med masteroppgaven var å undersøke om hvordan kommunen sikrer god kvalitet i tjenestene når det gjelder brukermedvirkning, tvang og makt og hvordan disse tjenestene kontrolleres. I drøftingen har jeg hatt en todeling hvor jeg først presenterte og drøftet funn knyttet opp mot tjenestene innen brukermedvirkning, tvang og makt. Videre har jeg presentert og drøftet mine informanternes erfaring med kvalitetssikring og internkontroll av tjenestene. Informantene har kommet med opplysninger som kan tyde på at det er mange utfordringer i tjenestene som ytes i kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser. Mange av disse samstemmer godt med noen merknader og avvik fra tilsynsrapportene fra det nasjonale tilsynet utført av Helsetilsynet i 2007. Blant annet er disse avvikene også funn i min masteroppgave;

- Tjenester som ytes uten at det fattes formelle vedtak, lite mangelfull skriftlig informasjon etter vedtak om tjenester
- Ufullstendig dokumentasjon om innhold i vedtak/tiltak, herunder formål med tiltak, mangelfull journalføring
- Mangelfulle beskrivelser av de tjenestene brukeren faktisk mottar
- Mangelfull håndtering eller registrering av avvik

Informantene beskriver flere forhold og utfordringer rundt masteroppgavens tema som tyder på at dette er en tjeneste med et stort behov for et godt faglig og juridisk rammeverk.

Brukermedvirkning er et tema flere av informantene opplever som vanskelig. Flere begrunner dette med at enkelte av beboerne er for syke til å ha direkte medvirkning. Det vises også til at det kan være ulikt hva personalet mener er det beste for beboer, og hva beboer selv mener er best. Det virker til at det i større grad er personalet som vinner frem i slike beslutninger. Flere av informantene viser til at kommunikasjonen er utfordrende og en av informantene viser særlig til en uheldig praksis i måten enkelte i personalet snakker til beboerne på. Flere av informantene sier også noe om at beboerne i større grad får informasjon om hva som er bestemt i etterkant av avgjørelsen, heller enn å inkluderes underveis. Dette kan skyldes den enkelte beboers utfordringer med å delta når sykdomssymptomene er fremtredende. Det vises til at det også er ulikt i hvor stor grad den enkelte ønsker å delta. Det anbefales at brukermedvirkning journalføres, og jeg tenker det kan være en god metode for å øke fokuset

på beboers medvirkning, samtidig som det gir større mulighet for kvalitetssikring i form av internkontroll hvor journalen kan være et viktig redskap.

Alle informantene opplyser også at de melder avvik, men også at det er alvorlige avvik som ikke meldes. Avvik som ikke meldes synes å være der det er kjent at gjeldende praksis kommer i konflikt med lovverk og retningslinjer. Informantene som forteller om slike eksempler virker til å være ambivalente i forhold til at gjeldende praksis kan være nødvendig for hindre eller begrense vesentlig skade (jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9). Det fremkommer tydelig at alle mine informanter opplever utfordringer i forholdet mellom tvang og makt og målsettingen om tjenester basert på frivillighet. Flere av informantene beskriver dette som vanskelig fordi mye handler om å beskytte beboerne og at beboerne tar avgjørelse som ikke er bra for dem. Blant annet å spise all maten i kjøleskapet, noe som påvirker både økonomi og fysisk helse negativt. Et ønske om å beskytte beboerne mot rus kommer også tydelig fram i intervjuene, og rus synes å være en av de største utfordringene i forhold til husordensreglement, prosedyrer og brukermedvirkning. I forhold til manglende bruk av avviksmeldinger eller rapporteringer om brudd på gjeldende lovverk virker det til at det er disse områdene personalet ikke melder ifra om. Jeg mener det er utfordrende når det utøves tjenester som er i strid med lovverk uten at det foreligger noe vedtak om tvang. Flere av informantene forteller at enkelte av beboerne i liten grad er i stand til å skrive en klage, og at beboere også kan tro at der foreligger vedtak om tvang, eller at det skal være sann. På denne måten mener jeg at gjeldende praksis også kommer i konflikt med den enkelte beboers rettssikkerhet. Samtidig vil manglende vedtak om tvang føre til at det ikke er tilsyn med tjenesten, og uten vedtak er det heller ikke noen klagefrist. Jeg vil anbefale at det fattes vedtak på avgjørelsene i alle slike tvilsområdene. På denne måten vil i større grad brukermedvirkning, rettssikkerheten og kvaliteten i tjenestene sikres.

Informantene gir uttrykk for at kvalitetssikring er et viktig tema, og to av informantene nevner konkrete eksempler på en form for eksternt tilsyn og kvalitetssikring. Både fra tjenestekontoret og ved besøket fra personal med tilhørighet til bolig for psykisk utviklingshemmede. Svarene fra informantene kan tyde på at personalet er positive til slike tiltak og at de har en opplevelse av at det gir en bedre kvaliteten i tjenesten. Jeg vil anbefale et tettere samarbeid med tjenestekontoret, og også vurdere om det er mulig med ny veiledning med personal fra andre boliger for å få en tverrfaglig tilnærming, og veiledning på tjenestene.

Jeg vil også anbefale at personalet i større grad involveres i og informeres om hvilke lovverk og forskrifter som er gjeldende for arbeidet de utfører, i tråd med Helsedirektoratet (2004) sin anbefaling. Dette er også beskrevet i forskrift om internkontroll § 4 om å sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten, og sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll. Kjennskap til lovverket kan også være med på å gi personalet en større trygghet i arbeidet de utfører. Flere av informantene sier at det er problematisk slik det er i dag, og at det er en viss konflikt i personalgruppen om hva som er riktig å gjøre i en gitt situasjon. En samlet personalgruppe kan være viktig for å skape forutsigbarhet for beboerne, og samtidig ha større gjennomslagskraft i tjenestene, dette viser seg også i svarene fra informantene. Alle informantene beskriver personalmøter hvor ulike temaer drøftes. Disse personalmøtene oppleves av alle informantene som positive, samt at disse møtene er med på å sikre kvaliteten i tjenestene. Det kan synes som at personalmøtene utgjør den største delen av den løpende kvalitetssikringen. Samtidig kan det foreligge en annen form for kvalitetssikring og internkontroll uten at mine informanter er kjent med rutinene. Det fremkommer tydelig i alle intervjuene at personalet har et stort ønske om å ha god kvalitet i tjenestene og at det er viktig at brukerne får et godt tilbud. Informantene hadde også mange positive erfaringer med tjenestene de yter, og hvordan tjenestene kvalitetssikres i form av avviksmeldinger og personalmøter med drøftinger. Alle informantene følte også at de var inkludert i drøftinger og at de ble hørt i personalgruppen.

Flere av informantene etterlyser en bedre kontakt med ledelsen og viser til at det er nødvendig for at personalet i større grad kan få til å stå samlet og få en felles forståelse. En informant sier at det er vanskelig å melde til enhetsleder fordi det oppleves at enhetsleder beskytter sine avdelingsledere. Et mulig tiltak vil kunne være at enhetsleder og leder er til stede ved personalmøtene og i større grad er deltakende i det arbeidet som utføres i boligene. På denne måten vil alle ledd i tjenesten ha større kjennskap til de utfordringene og problemstillingene man står ovenfor i arbeidet. Det kan føre til at det er enklere å få til gode tiltak for å forbedre kvaliteten.

6.1 Veien videre

En innvending mot denne masteroppgaven er at den har begrenset utvalg bestående av fem informanter med tilknytning til tre boliger. I en større studie med flere informanter vil det være en større mulighet til å generalisere funnene. Denne masteroppgaven har også bare informanter fra en kommune, en større studie som inkluderer flere kommuner vil være interessant for å se om det er ulikheter mellom kommunene. Denne masteroppgaven har også en svakhet ved at den bare har personal som informanter. For å få en bedre forståelse av kvaliteten i tjenesten kan det være hensiktsmessig å ha en større undersøkelse som inkluderer beboerne. Masteroppgaven er basert på hva personalet selv mener om tjenestene de yter, hva de mener er utfordrende innen oppgavens temaer, og hva de tenker om beboernes opplevelse av tjenesten. Det må tas med i betraktning at personalets tanker om hvordan beboerne opplever tjenestene kan være feil. Det kan derfor være nødvendig å foreta en større brukerundersøkelse av beboerne i boliger for mennesker med psykiske lidelser for å kartlegge hvordan de opplever tjenestene de mottar fra kommunen. Jeg er kjent med at dette kan medføre utfordringer grunnet beboernes diagnoser, og er også en av årsakene til at jeg utelot intervjuer av beboerne. Brukerdialog skal også være en del av internkontrollen i kommunen og jeg anbefaler at kommunen gjennomgår rutineene for gjennomføringen av internkontrollen. Dersom dette allerede er en gjeldende praksis kan det være hensiktsmessig å i større grad informere personalet om dette. Jeg vil også anbefale at det utredes videre i hvilken grad denne opplevelsen fra personalet av manglende internkontroll påvirker tjenestene og om det er behov for en endring i gjeldende praksis. En større brukerundersøkelse ville særlig kunne si noe om brukernes egne opplevelser av tjenestene de mottar. En større kvantitativ studie som belyser kommunens rutiner på kvalitetssikring og internkontroll kunne også være med på å fange opp mer i forhold til om kommunene innfrir Opptrappingsplanens målsettinger. En triangulering med en slik kvantitativ undersøkelse sammen med en større kvalitativ undersøkelse om personalets erfaring vil kunne gi gode data om temaet.

Litteraturliste

- Andersen, J.W.A., Grelland, H.H. og Lundstøl, J. (2014). Mangfold og samtidighet. Skisser til et faglig grunnlag for psykisk helsearbeid. Mesel, T. og Leer – Salvesen, P. (Red). *Makt og avmakt. Ethiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Latvia, Portal akademisk. 2. opplag.
- Borge, L.E., Møller, G., Nyhus, O.H. og Vardheim, I. (2012). *Bedre måling av kvalitet i Kommunene*. SØF-rapport nr. 02/12. Trondheim, Senter for økonomisk forskning AS
- Brofoss, K. E. og Larsen, F. (2009) *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009) Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo, Norges Forskningsråd.
- Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal akademisk. 3. utgave
- Dyb, E. og Nordahl, B. (2006). *Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser Vurdering av behovet 2006–2008*. Oslo, BYGGFORSK Norges byggforskningsinstitutt, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Ellingsen, T. J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Porsgrunn, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- Engebretsen, E. og Heggen, K. (2012). Å lese makt i tekst. Engebretsen, E. og Heggen, K (Red.) *Makt på nye måter*. Oslo, Universitetsforlaget
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo, Universitetsforlaget.
- Gråwe, R.W. (2004). Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk – hvordan forstå og behandle dobbeltdiagnose? *Norsk farmaceutisk tidsskrift* 12/2004.
- Henriksen, L.S. og Prieur, A. (2004). *Et nyt perspektiv på magt i det sociale arbejde, i Dansk Sociologi*, 15, nr. 3
- Holm, A. (2012). NIBR- rapport 2012:2 *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*.
- Järvinen, M. og Mortensen, N. (2005) *Det magtfulde møde mellom system og Klient – teoretiske perspektiver*. Järvinen, M., Larsen, J. E., og Mortensen, N. (Red.) Gylling, Aarhus Universitetsforlag.
- Lundgren, V. G., Juritzen, T., Engebretsen, E. og Heggen, K. (2012) *Makt*. Engebretsen, E. og Heggen, K. (Red.) *Makt på nye måter*. Oslo, Universitetsforlaget
- Karlsen, R. (2012) *Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr. 2-2012, 8. årgang*
- Karterud, S., Wilberg, T. og Urnes, Ø. (2011) *Personlighetspatologi ved schizofreni. Personlighetspsykiatri*. Oslo, Gyldendal akademisk. 2. opplag

- Kvale, S. og Brinkmann S. (2014) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal akademisk. 2. opplag.
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri – LPP (2013). *Veiledningshefte for pårørende innen psykisk helse-feltet*.
- Larsen, E. Aasheim, F. og Nordal, A. (2006) *Plan for brukermedvirkning Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo, Sosial og Helsedirektoratet
- Løvsletten, M. (2014). *Tvang i eget hjem. Psykisk helse og rus 1-2014*
- Mortensen, R. og Ohm, H. M. (2009). *Internkontroll i kommuner - Rapport til Kommunal- og regionaldepartementet*. PricewaterhouseCoopers
- Nissen M.A. Pringle K. og Uggerhøj L. (red) (2007). *Magt og forandring i sosialt arbeid*. København, Akademisk forlag. Kap. 4
- Ose, S.O. og Slettebak, R. (2013). *Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene*. Trondheim, SINTEF
- Reeves, S. (2012). *Tverrprofesjonell praksisutplassering*. Willulmsen, E. (Red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo, Universitetsforlaget AS. 2. opplag.
- Rund, B. R. (2008) *Schizofreni*. Stavanger, Hertevig forlag.
- Ryen, A. (2012). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen, Fagbokforlaget. 4. opplag.
- Postholm, M.B. (2011) *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo, Universitetsforlaget. 2. opplag
- Skorpen og Øye (2008) *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. (Doktorgradsavhandling) Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen
- Slettebø, A. (2014). *Samhandling i helsetjenesten – makt og avmakt i møtet med helsevesenet*. Mesel, T. og Leer – Salvesen, P. (Red). *Makt og Avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Latvia, Portal akademisk, 2. opplag.
- Smoland, G. (2009) *Kvalitetsstyring og internkontroll*. Oslo, Yrkeslitteratur AS.
- Storm, M (2009) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo, Gyldendal akademisk, 2. opplag
- Sæther, O. (2014). *Makt, avmakt og psykisk helse. Etske perspektiver ved bruk av tvang*. Mesel, T. og Leer – Salvesen, P. (Red). *Makt og Avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Latvia, Portal akademisk. 2. opplag.

Tranøy, J. (1999) *Til pasientens beste. Behandling, makt og pasientprotest i norsk psykiatri*. Oslo, Ascheoug.

Vestekjær, M. Engebretsen, E. og Heggen, K. (2012) Papiromsorg. Engebretsen, E. og Heggen, K. (Red.) *Makt på nye måter*. Oslo, Universitetsforlaget

Willulmsen, E. (2012) Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. Willulmsen, E. (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo, Universitetsforlaget AS. 2. opplag

Offentlige skriv og rapporter

Arbeids – og sosialdepartementet (1997) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Rundskriv I-13/97). Oslo, Arbeids – og sosialdepartementet.

Helsedirektoratet (2013) *Informasjon om IPLOS-registeret*. Oslo, Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2015) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-8/2015) Oslo, Helsedirektoratet

Helsetilsynet (2008) *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser*. Oslo, Statens helsetilsyn.

Helsetilsynet (2015) Internserien 3/2015. *Veileder for tilsyn med om kommunene gir nødvendig helsehjelp med tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet*. Oslo, Statens helsetilsyn.

Helse og omsorgsdepartementet (2012) *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*. Nasjonal planandel (2012-2015). Oslo, Helse og omsorgsdepartementet.

Rutinehåndbok for kommunen (2010), Omsorg og rehabilitering, Kap. 1

Sosial og Helsedirektoratet (2005) *Veileder; Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*, Oslo, Sosial – og helsedirektoratet

Sosial og Helsedirektoratet (2006) *Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner i psykisk helsevern*, Oslo, Sosial – og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet (2006) IS-1370 - *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*, Oslo, Sosial – og helsedirektoratet

Sosial og helsedirektoratet (2007) *Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet*. (Rundskriv IS-10/2007) Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

St.meld,nr 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetjenestene*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

St.prp.nr. 63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Lover og forskrifter

Helsepersonelloven (Sist endret 2015) *Lov om helsepersonell m.v.*

Helsetilsynsloven (Sist endret, 2015). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.*

Helse- og omsorgstjenesteloven (Sist endret, 2015). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (Sist endret, 2013).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (Sist endret, 2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.*

Pasient- og brukerrettighetsloven (Sist endret 2015) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

Psykisk helsevernloven (Sist endret, 2015). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.*

Nettsider

Helsetilsynet.no (2015) *Stedlig tilsyn*. Hentet 27.11.2015 fra;
[file:///C:/Users/Cathrine/Downloads/ConversionResult%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cathrine/Downloads/ConversionResult%20(1).pdf)

Helsenorge.no – Psykisk helsevern Hentet 03.06.14 fra;
<https://helsenorge.no/Rettigheter/Sider/Tvungen-psykisk-helsevern/Om-tvungen-psykisk-helsevern.aspx>

Vedlegg 1 Forespørsel om å få rekruttere informanter

Forespørsel om å få rekruttere informanter til en studie om gjennomføring av tilsyn og kvalitetssikring av tjenestene i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser.

Anne Cathrine Hornbech Andersen

Kilbuvegen 12

4820 Froland

E-post: hornbech@online.no

Mob. 92636782

Enhetsleder

Forespørsel om å få gjennomføre en individuell intervjuundersøkelse av ansatte og beboere ved bofelleskap i kommunen for å få tilbakemeldinger på hvordan ansatte og beboere opplever kommunens kvalitetssikring av tjenestetilbudet, og i hvilken grad brukermedvirkning sikres.

Jeg er mastergradsstudent i sosialt arbeid ved Universitetet i Agder, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosiologi og sosialt arbeid. Professor Anne Marie Støkken er veileder for studien.

Temaet for dette forskningsprosjektet er: -Gjennomføring av tilsyn og kvalitetssikring av tjenestene i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser.

Jeg vil med dette søke om tillatelse til å intervju beboere med samtykkekompetanse og ansatte. Intervjuet vil ta ca. 1- 1 1/2 time for hver enkelt, jeg kan møte i boligen, og tiden blir vi enige om. Jeg vil herved opplyse at jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuet er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det. Dersom jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg ta kontakt med tjenesteansvarlig i boligene. Hun/han vil få i oppgave å dele ut informasjonsskriv til informanter/intervjupersoner som hun/han mener kan gi meg de svar jeg er på utkikk etter. Når disse intervjupersonene eventuelt takker ja, får jeg navn og kontakt med den enkelte for å få avtale tid. Selve undersøkelsen kan starte i april 2015.

Forskningsprosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk

Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Jeg ser frem til samarbeidet, og håper på en positiv respons på denne henvendelsen.

Med vennlig hilsen

Anne Cathrine Hornbech Andersen

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Gjennomføring av tilsyn og kvalitetssikring av tjenestene i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser”

Bakgrunn og formål

Prosjektet er en masteroppgave ved Universitetet i Agder som en del av master i velferdsstudier med fordypning i sosialt arbeid.

Jeg ønsker å intervju ledelsen, ansatte og beboere i kommunal bolig for mennesker med psykiske lidelser og har følgende problemstilling;

På hvilke måter sikrer kommunen at tjenestene som ytes i boliger for mennesker med psykiske lidelser er forsvarlige, og hvilke mulige svakheter og utfordringer er det ved disse rutinene per i dag?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære et intervju. Spørsmålene vil omhandle hvilke rutiner og prosedyrer dere har i boligen og hvordan de utarbeides. Det vil også være spørsmål om hva slags rutiner det er på boligen ift kvalitetssikring av tjenestene og i hvilken grad brukermedvirkning sikres. Dersom beboere ønsker å delta i studien vil spørsmålene omhandle i hvilken grad brukermedvirkning sikres og om hvordan de opplever rutinene og prosedyrene i boligen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være min veileder ved Universitetet i Agder og meg selv som har tilgang på notater og lydopptak underveis. Alle notater og opptak vil oppbevares innelåst. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i den endelige rapporten.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2015 og ingen opplysninger fra datainnsamlingen vil oppbevares etter dette.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt Cathrine H. Andersen på tlf 92636782 eller til hornbech@online.no. Ved andre spørsmål kan min veileder Anne Marie Støkken ved UIA kontaktes på tlf 38141637

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

Vedlegg 3 intervjuguide personal

Intervjuguide

Personal

Mann/kvinne

Alder

Stilling

Introduksjon

- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hva er din utdanning?
- Hva er dine arbeidsoppgaver?
- Hva er din stilling?

Brukermedvirkning

- Hva innebærer brukermedvirkning for deg?
- Hvordan opplever du at beboerne får medvirke i egen hverdag?
- Hvordan ivaretar personalet beboernes rett til medvirkning?
- Er du kjent med beboernes vedtak?
- Hva vet du om beboernes rettigheter ift de ulike lovene?
- Mener du at beboerne opplever høyeste grad av autonomi ut i fra deres muligheter?

Kvalitetssikring

- Hva innebærer kvalitetssikring for deg?
- Hvem er det som sørger for kvalitetssikring av prosedyrer og rutiner i boligen?
- På hvilken måte kvalitetssikres disse?
- På hvilken måte blir personalet involvert i prosedyrer og rutiner i boligen?
- På hvilken måte innlemmes beboerne i utarbeidelsen av rutiner og prosedyrer?
- På hvilken måte gjøres beboerne kjent med gjeldende rutiner og prosedyrer?
- Har du noen gang opplevd at det har vært tilsyn i boligen?
- Er du kjent med reglene for internkontroll?
- Er du kjent med hvem det er som er ansvarlig for kvaliteten i tjenestene som ytes i boligene?
- Etter hvilke lover og forskrifter er tjenestene kommunen yter?

Tvang og makt

- Opplever du at personalet bruker tvang ovenfor beboerne?
- Er du kjent med regelverket rundt bruk av tvang?
- På hvilken måte drøftes dette i personalgruppen?
- Har du noen gang opplevd at beboerne utsettes for urettmessig tvang?
- Opplever du at personalet har for liten mulighet til bruk av tvang?
- Er du kjent med beboernes rettigheter?
- Opplever du at beboerne får beholde sin myndighet?
- Hva mener du er forskjellen på kommunal bolig og institusjon?

Rutiner

- Opplever du at beboerne gjøres kjent med deres arbeidsrutiner?
- På hvilken måte har personalet en felles forståelse av hva som skal journalføres?
- Opplever du at journalen er en objektiv vurdering av beboerne?
- Har hva som står i journalen en betydning for hvordan du møter beboer?
- Har det som fortelles i overlapping en betydning for hvordan du møter beboer?

Avvik/bekymring

- I hvilken grad føler du at du blir hørt i personalgruppen?
- I hvilken grad føler du at du kan melde ifra dersom det er noe du er uenig i?
- Kjenner du til i hvilke tilfeller du skal melde avvik?
- Er du kjent med hvem du skal melde ifra til dersom du mener det er forhold i boligen som ikke er faglig, etisk eller juridisk holdbart?
- Ville du ha meldt ifra dersom det var noe du var uenig i?
- Opplever du at beboerne er kjent med sin rett til å klage?
- Føler du at beboerne informeres om deres rett til å klage?

Avsluttende spørsmål

- Hva er du mest fornøyd med i ditt arbeid?
- Hva er du minst fornøyd med i ditt arbeid?
- Hvilke faktorer anser du som viktigst for at boligen kan gi beboerne best mulig kvalitet i tjenestene?
- Hvordan opplevde du intervjuet?

Vedlegg 4 Intervjuguide ledelse

Intervjuguide Ledelse

Mann/kvinne

Alder

Stilling

Introduksjon

- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hva er din utdanning?
- Hva er dine arbeidsoppgaver?
- Hva er din stilling?

Brukermedvirkning

- Hva innebærer brukermedvirkning for deg?
- Har du noe kjennskap til i hvilken grad beboerne får medvirke i egen hverdag?
- Hvordan ivaretar personalet beboernes rett til medvirkning?
- Etter hvilke lover og forskrifter er tjenestene kommunen yter?

Kvalitetssikring

- Hva innebærer kvalitetssikring i denne typen boliger?
- Hvem er det som sørger for kvalitetssikring av prosedyrer og rutiner i boligen?
- På hvilken måte kvalitetssikres disse?
- Finnes det noen etablert rutine på systematisk internkontroll?
- På hvilken måte blir personalet involvert i prosedyrer og rutiner i boligen?
- På hvilken måte innlemmes beboerne i utarbeidelsen av rutiner og prosedyrer?
- På hvilken måte gjøres beboerne kjent med gjeldende rutiner og prosedyrer?
- Har du noen gang opplevd at det har vært tilsyn i boligen?
- Hvilke faktorer anser du som viktigst for at boligen kan gi beboerne best mulig kvalitet i tjenestene?
- Etter hvilke lover/forskrifter har kommunen ansvar for Internkontroll/tilsyn og kvalitetssikring i denne typen boliger?
- Er det noen inne og snakker med beboerne jevnlig?

Tvang og makt

- Er det tilfeller hvor personalet bruker tvang ovenfor beboerne?
- På hvilken måte drøftes dette i personalgruppen?
- Opplever du at personalet har for liten mulighet til bruk av tvang?
- Opplever du at personalet er kjent med gjeldende lover og forskrifter?
- Har personalet gjennomgang av prosedyrer og rutiner i boligen med jurist?

- På hvilken måte har personalet en felles forståelse av hva som skal journalføres?
- Hva mener du er forskjellen på kommunal bolig og institusjon?

Avvik/bekymring

- Opplever du at personalet er kjent med i hvilke tilfeller det skal meldes avvik?
- Opplever du at beboerne er kjent med sin rett til å klage?
- Opplever du at beboerne informeres om deres rett til å klage?

Avsluttende spørsmål

- Hva er du mest fornøyd med i ditt arbeid?
- Hva er du minst fornøyd med i ditt arbeid?
- Hvilke faktorer anser du som viktigst for at boligen kan gi beboerne best mulig kvalitet i tjenestene?
- Hvordan opplevde du intervjuet?