

Brukarinflytandets villkor och professionella hjälpare

Eric Michel Johansson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)
HT 2012



Förord

Denna uppsats hade inte kommit till stånd hade det inte varit för många och långa debatter med flera kloka personer, välviljan hos specialistteamet, dess enhetschef och vårdare på gruppboenden som låtit sig intervjuas. Till alla dessa fantastiska personer - ett stort tack!

Ett stort tack även till Frans Oddner för fyllig och konstruktiv kritik, Christina Erneling för slipning och goda råd i uppsatsen, Hanna Wittrock för allt förtroende och peptalks när uppsatsen känts tungrodd, Caroline Friedman för diskussioner om närhet/distans och samhällsideologier och Pan Härfeldt om diskursers styrkor och svagheter. Tack till er alla!

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund.....	5
Problemformulering.....	6
Syfte.....	7
Frågeställningar.....	8
Avgränsningar.....	8
Disposition.....	8
Inledningsvis ett samarbete.....	9
Metod	9
Tillvägagångssätt.....	9
Intervjuguiderna.....	10
Specialistteamets intervjuguide.....	10
Vårdarnas intervjuguide.....	10
Diskursanalys som metod (och teoretisk disposition).....	11
Bearbetning av data.....	12
Rättningar.....	12
Koder.....	12
Respondenterna.....	13
Urval.....	14
Bortfall.....	15
Förtjänster och begränsningar.....	15
Tillförlitlighet.....	16
Etik.....	16
Etiska överväganden.....	16
Vetenskapsrådets etiska riktlinjer.....	17
Fakta och historik	18
Specialistteamet.....	19
Gruppboväder.....	19
Funktionshinder och psykisk ohälsa.....	20

Teori	21
Peter L. Berger och Thomas Luckmann's Kunskapssociologi.....	21
Organisationsteori.....	22
Sökningar på vetenskapliga artiklar.....	22
Tidigare forskning.....	23
Resultat och analys	24
Inledande diskussion om resultat och analys.....	24
Den emancipatoriska samhällsdiskursen.....	25
Organisationskontextuella förutsättningar.....	25
Definitioner av brukarinflytande.....	26
Brukarinflytande - olika mycket.....	27
Diskurser	30
Den omhändertagande diskursen.....	30
Brukaren som icke tillräckelig.....	34
Ett par ord om ärendegången.....	37
Slutdiskussion	39
Litteraturförteckning	41
Bilagor	43
Bilaga 1. Intervjuguide specialistteamet.....	43
Bilaga 2. Intervjuguide personal gruppbostad.....	44

Inledning

Bakgrund

Under årens lopp har frågor som rör praktisk tillämpning av brukarinflytande och medbestämmande kommit mig att ligga varmt om hjärtat. Sedan slutet av 90-talet har jag varit yrkesverksam i omsorgssektorn och jobbat med autistiska barn, psykiskt funktionshindrade vuxna, äldre och andra med bistånd enligt Socialtjänstlagen. I första hand har intresset för brukarinflytande och medbestämmande grundats i egna erfarenheter av förutsättningarna mellan servicegivare och servicemottagare på "golvnivå". Efter att 2009 påbörjat socionomprogrammet trodde jag mig lämnat omsorgssektorn men återkom 2011 under kandidatpraktik som enhetschef i LSS¹-personlig assistans². Detta gav fördjupade kunskaper om funktionshinder och delaktighet ur ett för mig nytt perspektiv - det organisatoriska, där byråkratisk styrning och ekonomisk och personell resursfördelning är viktiga verktyg i arbetet. Som enhetschef i personlig assistans upplevde jag att brukarstyrning i hög grad rådde, som tog sig uttryck i olika sammanhang. Exempelvis förutsattes brukaren³ vara med från start, redan under rekryteringsprocessen av sina personliga assistenter, med betydande inflytande och långtgående möjlighet att vara selektiv i sina önskemål. Under själva assistansen var det mer regel än undantag att arbetet leddes och fördelades efter brukarens personliga behov och preferenser medan de personliga assistenterna agerade armar och ben åt brukaren. Att makten utgick från brukaren blev tydligt då personliga assistenter utförde uppgifter som inte faller inom uppdraget, till exempel att byta vinterdäck på brukarens bil, lägga en ny stig av stenplattor i brukarens trädgård, eller avstå tekniska hjälpmedel på brukarens begäran. Exemplet på brukarstyrningen är inte unika. Bland andra belyser Hanna Egard (2011) i sin doktorsavhandling om personlig assistans den höga graden av brukarinflytande, där de personliga assistenterna med fördel lierar sig med brukaren som i många sammanhang också framställs som den som är "chefen".

¹ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade: LSS.

² Regleras numer enligt 51kap.SFS 2010:111. Tidigare s.k. LASS, senare Lagen om assistansersättning.

³ En annan vanlig benämning är 'assistanstagaren'.

För mig innebar de nya erfarenheterna från kandidatpraktiken att bilden av brukarinflytande och medbestämmande blev komplexare och alstrade nya frågor: finns sammanhang då brukarinflytande inte är enbart positivt?, var går gränsen och vem är mest lämpad att sätta den - brukaren? om det är brukaren, finns det situationer då experter bör gripa in *mot* brukarens vilja, exempelvis när brukarinflytandet står i kontrast till insatser som av professionella uppfattas vara nödvändiga för brukarens eget bästa?

Problemformulering

De senaste två decennierna har kraven på brukarinflytande⁴ och medbestämmande⁵ ökat. Samtidigt har tilltron till experter och "Experter i form av professionella med en specifik kunskapsbas...blivit allt fler. [och] Det nya är att de idag ofta inte har sin bas i någon (total) institution utan arbetar i flexibla...former" uppmärksammar Lindqvist (2007:29), dessa attribut utmärker det multiprofessionella specialistteam⁶ jag utgår från i uppsatsen. Jämte de positiva sidorna med detta är dilemmat att trots de omfattande ambitionerna att öka brukarinflytande besitter specialistteam som agerar i rörliga och flexibla former en många gånger betydande makt till sitt förfogande, som inte alltid öppet artikuleras och kan vara svår att ifrågasätta (Skau 2008). Makten kan exempelvis ta sig uttryck i tolkningsföreträde; att avgöra vad som är friskt respektive sjukt, definiera orsak - lösning och åtgärder (*ibid.*). En ny norsk studie⁷ som studerat makt och maktlöshetens diskurser i samarbetet mellan professionella och funktionshindrade (Å Slettebø et al. 2012) visar att det många gånger råder en maktdiskrepans i mötet mellan brukare och professionella trots intentionen att jobba brukarcentrerat. Å Slettebø et al. menar vidare att *förtroende* mellan den professionella och brukaren både frigör handlingsutrymme och kan fungera som agent i att reducera en assymetrisk maktrelation. Men inte bara det direkta mötet

⁴ Begreppet brukarinflytande myntades under 80-talet i syfte att möta kritiken mot en "en storskalig, byråkratiskt och centralistiskt styrd välfärdsstat under 1960- och 70- talen" (Karlsson 2007:16)

⁵ Även insatser i repressiva miljöer som inte bygger på frivilligt deltagande såsom LVM, LVU, och LPT finns ett ökat fokus på medbestämmande och inflytande. Se Heule och Kristianssen (red) i Denvall et. al (2011) för problematiserande syn på den ökande betoningen av brukarinflytande.

⁶ Fortsättningsvis refererade till som: Specialistteamet.

⁷ "Vårt nordiska grannland Norge har ett på många sätt jämförbart stödsystem för människor med funktionsnedsättning som Sverige. Samarbetet...är väl etablerat" (Socialstyrelsen, 2011-2-6:12).

mellan parterna har betydelse utan även kontexten. Stora förändringar i samhället och välfärdsutbudet har satt sin prägel. Kristina Karlsson's doktorsavhandling *Funktionshinder, samtal och självbestämmande En studie av brukarcentrerade möten* belyser att välfärdslösningarna sedan 90-talets decentralisering och avvecklingen av stora institutioner har inneburit att välfärdsutbudet ändrat karaktär, från kollektivistiskt präglade satsningar till en allt högre grad av individualisering (Karlsson 2007). Det har i stort medfört positiva konsekvenser men också ett allt tydligare glapp mellan välfärdsinstanser. Parallellt har kraven på individen att *kräva* anspråk på medbestämmande blivit tydligare (*ibid.*). Behovet av att både överbrygga glappen och öka brukarinflytandet har lett till tuffare krav på samverkan mellan myndigheterna. Specialistteamet i min uppsats är ett exempel på en sådan satsning avsedd för en grupp som lätt faller mellan stolarna på grund av problematiken som uppstår i kombinationen funktionshinder - psykisk ohälsa och dubbelt huvudmannaskap; otydliga ansvarsavgränsningar och bristande uppföljning och helhetssyn. Tidigare starka röster såsom handikappförbund som brukarpartiskt agerat på kollektiv nivå för ökat inflytande och bidragit till funktionshindrades stärkta ställning, har tappat auktoritet och medlemmar i den alltmer individualistiska strömningen (se Karlsson 2007:17,47) och har genomgått stora förändringar sedan slutet av 80-talet (se exempelvis Kristianssen (red) kapitel i Denvall et al. 2011). Hur specialistteam förhåller sig till brukarinflytande och medbestämmande i en tidsanda präglad av starkt individualiserade strömningar med samtidigt ökande krav på delaktighet vid insatser, gör det mer aktuellt än nånsin att undersöka vilken vikt som läggs på samarbete med mottagaren av insatserna; brukaren. Det saknas också ordentlig och stringent forskning inom området.

Syfte

Syftet med uppsatsen är att problematisera och synliggöra det motsägelsefulla förhållandet mellan makt och brukarinflytande vid insatser som sker för brukarens eget bästa, genom att utgå ifrån arbetsbeskrivning och intervjuer med ett Skånskt specialistteam och vårdare som involverats i dess insatser för funktionshindrade. Syftet är också att undersöka huruvida specialistteamets auktoritet, organisatoriskt

upplägg och specialistteamets och vårdarnas synsätt och språkbruk påverkar brukarens möjligheter att utöva inflytande.

Frågeställningar

Hur uppfattas brukarinflytande av specialistteamet och vårdare som involverats?

Hur mycket inflytande har brukarna haft vid insatserna?

Påverkar det organisatoriska upplägget och ramarna specialistteamets sätt att se på brukarna dessas möjlighet att vara delaktiga?

Avgränsningar

Min uppsats fokuserar på utsagor från ett specifikt specialistteam och vårdare som varit delaktiga i dessas insatser. Jag fokuserar på faktorer som jag uppfattar har betydelse för målgruppens möjlighet till inflytande i insatserna och har främst använt mig av kvalitativa metoder. En annan möjlig ingång hade exempelvis kunnat vara att samla in data i enkätform och göra en kvantitativ studie som involverat multipla specialistteam i Skåne med ett snarlikt syfte, med frågor formulerade kring hur brukarinflytandet sett ut/tagit sig uttryck vid insatser. Ett problem med detta är att specialistteam kan se mycket olika ut, vilket bäddar för låg reliabilitet. Ännu en möjlighet hade kunnat vara att presentera en studie byggd på nära observationer under insatsernas gång tolkade ur ett interaktionistiskt perspektiv. Det hade inneburit en närmre och mer aktiv involvering av de funktionshindrade brukarna. Under avsnittet etik presenterar jag en del tankar kring detta, vilka etiska dilemman det för med sig och redogör för varför jag valt att inte involvera brukarna.

Disposition

I metodavsnittet redogörs för hur intervjuerna studien bygger på genomförts och vilka avvägningar som gjorts. I metodavsnittet framgår hur datan bearbetats med hjälp av Ernesto Laclau och Chantelle Mouffe diskursanalys som den presenteras

i Jørgensen och Philips (2008) och vad det innebär. I metodavsnittet finns vidare ett kort avsnitt om etik och hur det återspeglats i uppsatsen, samt redogörelse för bortfall. Direkt efter metodavsnittet följer Fakta och historik som avser att ge en kort överblick av speciella förutsättningar eller faktorer för den potentiella målgrupp och miljö specialistteamet rört sig i vid intervjuernas tidpunkt. I teoriavsnittet presenterar jag Berger och Luckmann's kunskapssociologi (2007), mycket kort organisationsteori (Bolman och Deal 2009) samt sammanfattar artikelsökningar och tidigare forskning. I resultat och analys redogör jag först för hur brukarinflytandet generellt sett har sett ut och uppfattats med betoning på organisation, för att sedan närma mig de synsätt som skapar regler och förhållningssätt (diskurser) kring brukaren med koppling till brukarinflytande, medbestämmande eller delaktighet. I slutdiskussionen skriver jag om vad resultaten pekar på med koppling till inledande frågeställning.

Inledningsvis ett samarbete

Uppsatsen startade som ett samarbete. Intervjuguiderna konstruerades tillsammans med studiekollegan Susanne Åkerberg och de fem första intervjuerna har genomförts tillsammans med denne. Vi förde i ett tidigt skede dialog och reflekterade över innebörden och uppmärksammade tendenser i datan från intervjuer som gemensamt genomförts. Behållningen av det inledande samarbetet framgår på sidorna 9, 10 och 16.

Metod

Tillvägagångssätt

Uppsatsen bygger på nio semi-strukturerade intervjuer med en av specialistteamets medlemmar, vårdare på gruppboheter specialistteamet besökt och specialistteamets enhetschef. Intervjuerna har spelats in med diktafonapplikation för mobiltelefoner; JINASY. *All That Recorder* (2011). Frågeställningen har utgått från två på förhand konstruerade intervjuguider. Fyra sista intervjuerna har jag genomfört själv. Det finns dock Fördelar med att vara två

som intervjuar eftersom personen som inte intervjuar kan föra anteckningar och notera "...gester, grimaser, och annat ohörbart som inte kommer med på bandspelaren" (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011:52), vilket vi utnyttjade med god framgång. Under första intervjun med medlem i specialistteamet frågade vi om vilka verksamheter som varit föremål för insatser det senaste halvåret och begärde kontaktuppgifter till dessa för att kunna kontakta dem, även specialistteamets enhetschef var behjälplig.

Intervjuguiderna

Bryman's (2011) och Ahrne och Svensson's (2011) metodavsnitt har genomsyrat konstruktion av intervjuguiderna, intervjuernas upplägg och genomförandet av intervjuerna. En intervjuguide anpassades för vårdarna⁸ och en för specialistteamet⁹. Det fanns en önskan om att intervjuguiderna inte skulle skilja sig för mycket åt när vi konstruerade dem. Det finns dock skillnader som jag åskådliggör nedan.

Specialistteamets intervjuguide

En del av frågorna riktade till specialistteamet syftade åt att få en uppfattning om specialistteamets sammansättning, funktion och narrativa redogörelser, bland annat hur insatserna sett ut. Bland frågorna finns vissa kärnfrågor såsom frågan om brukarinflytande, om de själva uppmärksammat några nackdelar för brukaren att jobba på det viset de gör samt en fråga om samarbete.

Vårdarnas intervjuguide

Vårdarnas intervjuguide var fokuserad på förändringar sedan specialistteamet involverats, vem tog initiativ att kontakta dem och vilka var skälen till att de kopplades in?. Flera frågor ställdes i syfte att ta reda på bland annat, hur brukaren involverats och om vårdarna uppfattat risker med att specialistteamet kopplats in. En fråga ställdes också för att utröna hur vårdarna uppfattade begreppet brukarinflytande.

⁸ Se bilaga 2 på s.44

⁹ Se bilaga 1 på s.43

Diskursanalys som metod (och teoretisk disposition)

Jag har valt att använda Ernesto Laclau och Chantelle Mouffe's diskursanalys som den presenteras i Jørgensen och Phillips (2008) som metod, eftersom den gör det möjligt att fånga upp ett speciellt sätt att se på, eller tala om ett fenomen som skapar regler och praktiker. I första hand är det "det *underförstådda* eller *förgivettagna*"(sic., Ahrne & Svensson 2011:138) som diskursanalysen fokuserar på. Med tanke på att jag genomfört semistrukturerade intervjuer så lämpar sig diskursanalys som metod utomordentligt väl. Den teoretiska plattformen diskursanalys vilar på är den socialkonstruktionistiska vilken utgår ifrån att språket socialt konstruerar och har avsevärd betydelse då det konstituerar verkligheten genom tolkningar och representationer. Det medför ett grundantagande om att språkbruk i vidare mening är meningsskapande och att språkliga konstruktioner får reella konsekvenser. För att kunna göra en diskursanalys och strukturera empirin krävs någon form av nav eller centrum att utgå ifrån. Inom diskursanalys kallas detta nodalpunkt. Kring nodalpunkten samlas tecken vars innebörd får betydelse genom att laddas med olika innebörd i olika sammanhang språkligt, eller genom praktiker et cetera. I min uppsats är brukaren nodalpunkt och således får praktiker, händelser och uttalanden kring brukaren en fördjupad innebörd när de samlas kring nodalpunkten i olika sammanhang (Ahrne & Svensson 2011) vilket i sin tur skapar diskurser när tecknen bildar framträdande mönster. När det råder konsensus kring innebörden av tecknens betydelse i relation till nodalpunkten är det en dominant föreställning även kallad hegemon diskurs (Jørgensen och Phillips (2008).

Det råder däremot inte alltid konsensus kring hur något bör tolkas eller förstås, därför är också meningen eller innebörden i tecknen i ständig rörelse och konflikt med varandra både inom och mellan diskurser, i en kamp om hegemonisk dominans. Exempelvis kan (tecknet) trötthet tolkas olika. Det kan ur en medicinsk diskurs betraktas som ett av flera möjliga tecken på sjukdom, medan det inom socialpsykologisk diskurs kan tolkas som ett av flera möjliga tecken på social utbrändhet. En diskurs "ägs" dock sällan av en viss typ av yrkesgrupp utan kan vara föremål för olika tolkningar (ibland i kamp) och vara känsligt för kontexten.

Det är således en temporär bild som fångas upp av en diskursanalys, färgad även av den som presenterar den (Jørgensen och Phillips 2008). I detta fallet mig, med de västerländska värderingar och avgränsningar jag valt att presentera. Med diskursanalys undersöker jag också uttryck för kategoriseringar och de subjektpositioner som det leder till. "Med subjektposition kan avses det utrymme som människor kategoriserade på olika sätt ges för sitt agerande" (Ahrne & Svensson 2011:139). Även rent fysiska representationer såsom gruppbostäderna för funktionshindrade är del av diskursens ramar varför jag kort redogör för dem¹⁰.

Bearbetning av data

Respondenterna intervjuades med hjälp av intervjuguiderna i personalutrymmen på arbetsplatserna. Efter det transkriberade jag intervjuerna. De första sex samtalsanalytiskt, vilket är krävande att läsa. På grund av det har jag valt att inte presentera citat i formatet. Viss behållning har de ändå inneburit. Fynd i de samtalsanalytiska transkriberingarna indikerade att vissa topiker och frågor uppfattades som känsligare än andra att besvara. Det visade sig bland annat i ökad pauslängd och lägre kongruensnivå.

Rättningar

En ordagrann transkription innebär en del oönskade inkongruenta stavelser och oavslutade ord som följer med. Jag har därför valt att renskriva citaten innan jag presenterar dem utan att för den skull ändra ord eller betydelsen av ett ord. Nedan illustrerar hur jag gått tillväga. Exempel ett (1) är "rå" transkription och exempel två (2) visar hur citatet återgetts. I alla citat är I: intervjuare och R: respondent.

ex. (1) R: där vi bjuder in dom som vi tyll TYCKER // kan tillföra nånting //

ex. (2) R: där vi bjuder in dom som vi *tycker* kan tillföra någonting.

Koder

Parallellt med transkriberingarna har materialet kodats i ämnesgrupper kopplade till syfte och frågeställning. Vissa föll in i varandra, därav underkategorier.

¹⁰ Se avsnittet 'Fakta och historik' på s.18-20.

*brukarinflytande*¹¹ respondenternas definitioner av brukarinflytande, åsikter kring /avsaknad av det samt situationer då det aktualiserats i olika sammanhang.

Jurisdiktion makt eller professionsavgränsningar, formuleringar och uttryck för det samt spänningar eller konflikt mellan dem.

Samarbete exempelvis uttryck för för och nackdelar i samarbete i vid bemärkelse. Även konkreta utsagor, exempelvis då vårdare definierar för och nackdelar med tidigare samarbete med psykiatrin viktat mot nya samarbetet med specialistteamet samt och vad det kan innebära för brukaren.

*Åsikter och definitioner om andra*¹² exempelvis vårdarna om brukarna och specialistteamet, Specialistteamets om brukarna och andra vårdgivare.

Struktur exempelvis uttryck för behov av dokumentation, bristande resurser, handledning eller motsatsen vilket skulle gynna brukarens möjlighet till inflytande.

Den diskursiva tolkningen har skett både utifrån vad koderna lyfter fram och mönster i materialet i sin helhet. De organisatoriska aspekterna baseras i första hand på respondenternas utsagor. Exempelvis är tanken bakom *struktur*koden att synliggöra och lyfta fram organisatoriska bakgrundsfaktorer som respondenterna uppfattar dem, exempelvis organisatoriska hinder med koppling till förutsättningar för brukarinflytande. Förutom respondenternas utsagor har jag haft i beaktande specialistteamets uppdragsbeskrivning.

Respondenterna

Totalt intervjuades sex vårdare på fem gruppboheter, alla de gruppboheter specialistteamet uppgett att de haft en insats på. Dessutom har två intervjuer hållits med en av specialistteamets medlemmar som representant för

¹¹ Här ingår även som underkategori *Empowerment/Paternalism* med analys av uttalanden och insatser som riktats mot brukarna.

¹² Här ingår även som underkategori *Dikotomiserande uttalanden eller grupprepresentationer*, exempelvis: till skillnad från psykiatrins sätt att se på brukaren så ser vi på brukaren som om att denna är.

specialistteamet. Första intervjun utgick från intervjuguiden och andra var en uppföljningsintervju då fynd från första intervjun validerades och arbetsmaterial, kompletterande uppgifter om specialistteamet och uppdragsbeskrivningen begärdes ut. Sista intervjun hölls med specialistteamets enhetschef med öppnare upplägg, färre frågor och varade något längre. I samband med den fick jag en reviderad version av specialistteamets uppdragsbeskrivning! Genomsnittlig effektiv intervjutid var 35-40 minuter. Kortaste intervjun 25 minuter och de två längsta cirka en timme.

Urval

Med tanke på frågeställningen så har Specialistteamet, deras enhetschef och vårdare på gruppboheter varit primära källor. Det fanns två kriterier för respondentkretsen. Det ena var att personalen som intervjuades skulle vara tillsvidareanställda då det förväntades innebära att respondenten haft god insyn i och möjlighet att följa ärendena. Andra kriteriet var att vårdarna skulle vara/ha varit involverade i specialistteamets insatser det senaste halvåret. Vårdarna på gruppboheter (undantaget två vårdare på en gruppbohet) var väl insatta i specialistteamets insats på gruppboheten. Det selektiva urvalet exkluderar däremot andra potentiella kandidater från att komma till tals exempelvis brukarna som varit föremål för insatser, av etiska skäl som jag redogör för i etikavsnittet och av praktiska skäl jag redogör för här. Att intervju funktionshindrade på gruppboheter skulle i vissa fall kräva verktyg för datainsamling som inte stått till mitt förfogande¹³. Funktionshindret kan också innebära alternativa sätt att kommunicera på vilket kräver ingående kännedom om brukaren och faller utom tidsramen för min uppsats. Att kommunikationen kan vara en stor utmaning framkom redan i första intervjun med en vårdare, som uttryckte det så här:

...vissa har inte kanske tal så dom kan uttrycka sig...med ord liksom och där har man ju under många år fått lära sig...dom har inte tecken heller kanske, utan dom har *egna* tecken.

¹³

Exempelvis; Pict-O-Stat (se www.Neonova.se), Piktogram eller andra metoder.

Intervjuer med enhetschefer på gruppbestäderna bortprioriterades då vårdarna men framförallt specialistteamet och dessas syn på och samarbete kring de funktionshindrade som är i fokus i uppsatsen.

Bortfall

I två olika fall har jag på begäran av respondenter bortsett från uttalanden gjorda i anslutning till intervju och raderat två sidor transkription, det har varit personligt färgade utsagor som skulle kunna ha viss koppling till vad studien belyser men riskerar innebära men för respondenterna om det gjorts publikt. Specialistteamets socialpedagog har inte kunnat intervjuas vilket har koppling till vad studien belyser.

Förtjänster och begränsningar

Att intervju är en vanlig arbetsmetod både bland forskare och studenter inom kvalitativ forskning och har fördelen att kunna ge fyllig information om sociala företeelser. Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011) menar att "En intervju har möjlighet att samla in något av den intervjuades språkbruk, normer, emotioner och inte minst det som tas för givet" (*ibid.*, s.56) vilket går hand i hand med en diskursanalytisk ingång, eftersom en diskurs är ett speciellt sätt att tala om eller förstå världen på, eller "...regler för och regelbundenheter i hur man kategoriserar och talar..." (Boréus 2011:150). Nackdelen är att en intervju "...ger en begränsad bild av ett fenomen och således måste behandlas därefter, och om möjligt kompletteras med fler metoder" (*ibid.*). Den kvalitativa metoden att intervju har kritiserats för att vara alltför präglad av den kontext och tidpunkt då den gjordes men med tanke på att respondentkretsen förväntades vara liten då Specialistteamet nystartat var det begränsningarna till trots starkt vägande skäl för att använda metoden. Trots intervjuguidens på förhand uppställda frågeställning kändes det också angeläget att ge respondenterna möjlighet att ventilera och förmedla synpunkter i ett klimat öppet för motfrågor vilket fungerar utmärkt vid användandet av kvalitativa metoder (Repstad 2009).

Tillförlitlighet

Att göra en kvalitativ studie upprepningsbar och med samma utfall är svårt, för att säkerställa reliabilitet och validitet redogör jag för formulären intervjufrågorna utgått ifrån (se *intervjuguiderna*) och koderna materialet har bearbetats i (se *koder*). En annan aktuell fråga är: när är materialet att betrakta som mättat? jag utgick från Ahrne & Svensson's (2011) lägsta nivå för mättnad som är 6-8 respondenter. Att det blev så är dock slump då respondentkretsen var liten, men kunde varit mindre. Jag har haft nytta av att kritiskt reflektera över egna tolkningar av materialet genom jämförelse med tidigare forskning och publikationer inom ämnet då jag inte velat dra förhastade slutsatser. På grund av min bakgrund i omsorgssektorn (risk för bias) har jag bett om en andra åsikt vad beträffar hur resultaten eventuellt skulle kunna tolkas (Bryman 2011). Detta skedde med Susanne Åkerberg vid tiden för materialinsamlingen då vi börjat bearbeta datan och vad det kunde tolkas som. Diskurserna jag presenterar är till viss del en temporär spegling av de frågor jag ställt utifrån intervjuguiderna. Ett gammalt ordspråk som jag finner aktuellt än idag lyder: som man ropar får man svar! Jag menar att diskurserna trots mitt kritiska förhållningssätt ändå skall betraktas som i allra högsta grad relevanta för tidpunkten.

Etik

Etiska överväganden

Att skriva om funktionshindrade personer kan uppfattas som något etiskt problematiskt vare sig man väljer att involvera dessa i studien eller ej. Ahrne & Svensson (2011) tar upp dilemmat med utsatta och känsliga målgrupper som funktionshindrade på gruppboheter riskerar kategoriseras som. De uppmärksammar att det finns en maktfaktor att ha i åtanke både vid studier av och hantering av information. Av det etiska skälet har jag valt att inte intervjua brukare. Jag har i vissa fall inhämtat uppgifter om problematiken som triggat ärendegången, eller påverkat möjligheten att göra anspråk på medbestämmande och inflytande. Exempelvis om brukarens funktionshinder inneburit kommunikativa svårigheter. Vid alla andra tillfällen har jag avvisat ytterligare

information om brukarna, vilket gör avsnittet Fakta och historik desto viktigare att redogöra för.

Vetenskapsrådets etiska riktlinjer

Det finns fyra etiska huvudprinciper att förhålla sig till vid forskning. De som framgår i *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (vetenskapsrådet) är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vid sidan om huvudprinciperna skall forskaren strikt förhålla sig till vetenskaplig redlighet vilket innebär förbud mot att fabricera data, forskningsresultat och plagiering.

Informationskravet Forskaren skall informera berörda om syftet för studien samt informera om att deltagandet är frivilligt. Samtliga berörda parter har informerats om det preliminära upplägget och syftet med studien i inledningsskedet. Alla parter har getts möjlighet att kontakta mig (och Susanne Åkerberg) för att revidera någon del av sin utsaga eller helt återkalla den, vilket inte skett med undantag för det som redovisas i bortfall. Samtliga involverade har getts information om i vilket sammanhang och omfattning studien kommer att vara tillgänglig.

Samtyckeskravet innebär att deltagande skall baseras på frivillighet att delta, i den mån denne önskar. Respektive enhetschefer ansvariga för de aktuella gruppbestäderna tillfrågades om de ville låta vårdarnas utsagor ingå i studien samtidigt med begäran om att få intervjua deras personal framfördes. Alla enhetschefer som tillfrågades gav sitt godkännande. Vårdare och en av specialistteamets medlemmar i egenskap av representant blev personligen tillfrågade vid intervjuerna. Samtliga parter har informerats om att de när som helst kan avbryta eller återkalla sitt deltagande och har getts möjlighet att ta kontakt i efterhand via telefon och mejl.

Konfidentialitetskravet innebär att inhämtade uppgifter hanteras och lagras på ett sätt så att inte deltagarna riskerar lida men. Inget material presenterat går att relatera till någon individ, organisation eller kommun. Intervjuer och andra

dokument jag tagit del av är avidentifierade för att tillförsäkra fullständig anonymitet i enlighet med vetenskapsrådets anvisningar. Hur samarbetet ser ut inom och mellan kommunerna kan däremot variera, jag har därför gjort avvägningen att en presentation av dokument riskerar att kompromissa grundläggande konfidentialitetskravet. Inga personkänsliga uppgifter har insamlats och data har förvarats på en USB-sticka otillgänglig för allmänheten.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter som insamlas under redogjorda kriterier inte får utlåtats för andra sammanhang eller på annat sätt offentliggöras för ekonomiska, eller andra syften menliga för deltagarna. Uppgifterna som inhämtats kommer inte att offentliggöras i andra sammanhang eller kommersiellt utlåtats.

Vid sidan om dessa regler och anvisningar rekommenderar vetenskapsrådet att berörda får ta del av etiskt känsliga avsnitt eller tolkningar. Den andra rekommendationen är att låta deltagarna få ta del av resultaten. Samtliga berörda kommer i enlighet med rekommendationen ha möjlighet att läsa uppsatsen i sin helhet när den publicerats.

Fakta och historik

Funktionshindrade har under historien varit föremål både för sträng kontroll och repressiva åtgärder, många gånger i institutionella miljöer vilket på 50-talet nådde en kulmen (se Nirje 2003). Diskursen som rådde då innebar minimalt utrymme för innebörden i begreppet brukarinflytande, istället rådde tydliga hierarkier och noggranna rutiner (Lindqvist 2007). Mycket har hänt sedan dess men funktionsnedsatta (m.fl.) ingår ändå i en av fem grupper Socialstyrelsen speciellt uppmärksammar i sin lägesrapport som särskilt viktiga att samverka kring (Socialstyrelsen 2012-2-2) på grund av att de "har svårt att klara sig på egen hand eller själva föra sin talan" (s.18.*ibid.*). Behovet av kontinuitet och delaktighet ökar i takt med att fler aktörer med olika ansvar involveras, exempelvis psykiatri eller socialtjänst.

Specialissteamet

Det finns ett stort behov av fungerande samverkan och samordning av insatser för funktionshindrade med psykisk ohälsa men detta har hittills omgärdats av hinder; i första hand ekonomiska och organisatoriska (Socialstyrelsen 2012-2-2). Sedan ny lagstiftning på området¹⁴ finns det numer tydligare krav på samarbete mellan aktörerna och delaktighet för brukaren. Hur samarbetsformerna ser ut varierar men Specialistteamet i min uppsats är *ett* exempel på en sådan samverkansaktör som också har ansvar för att förebygga (psykisk ohälsa), att samordna och kommunicera mellan de olika aktörerna som kan involveras. För att möta komplexiteten och möjliggöra en helhetssyn kring de funktionshindrade består specialissteamet av en sjuksköterska med psykiatrisk spetskompetens och en socialpedagog med specialpedagogisk vidareutbildning. Initiativet är sponsrat på kommunal nivå.

Gruppboendestäder

De funktionshindrade som insatserna berört har varit boende på gruppboendestäder¹⁵ den näst vanligaste insatsen enligt LSS¹⁶. Skälet är att specialistteamets kompetens endast efterfrågats på gruppboendestäder. Boendeformen har relevans för i vilken omfattning funktionshindret kräver stöttning¹⁷ (*men* tekniskt och teoretiskt sett skulle brukarna även kunna inneha personlig assistans istället) och generell vilken personkrets det berör. Statistiskt sett bor exempelvis företrädesvis funktionshindrade som faller inom LSS PK 1¹⁸ på gruppboendestäder (socialstyrelsen, 2010-6-21), frekvensen är cirka 90%. Bakgrund och historik för boendeformen som gruppboendestad utgör redogörs för i bland annat *Det är mitt hem Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning* (Socialstyrelsen 2010-12-26) jag hämtat nedanstående utdrag ur.

¹⁴ Bland annat förtydligas det i 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL.

¹⁵ LSS p.9, 9§ boende i särskilt anpassad bostad, eller bostad med särskild service.

¹⁶ Antalet funktionshindrade med den specifika insatsen ökar ständigt och uppgick år 2009 till 22 900 personer (socialstyrelsen, 2010-3-27).

¹⁷ Ofta innebär det ett behov av stöttning dygnet runt (Socialstyrelsen, 2011-2-6).

¹⁸ LSS delas in i tre personkretsar som förkortas PK. PK 1 innefattar funktionshindrade med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Fram till för cirka 20 år sedan bodde många personer med psykisk funktionsnedsättning på ett mentalsjukhus, på en psykiatrisk klinik eller på ett sjukhem. Först under 1900-talets senare del förändrades detta radikalt och ”boendet” för målgruppen flyttades ut från institutionerna till mer integrerade och hemlika boendeformer. (Socialstyrelsen 2010-12-26:11)

I samma publikation framgår också det faktum att bo på en gruppboende kan skilja sig från ett boende avsett för icke-funktionshindrade individer.

När vi pratar om var och hur personer med psykisk funktionsnedsättning bor använder vi vanligtvis termer som gruppboende eller eget boende. Ordvalet visar att vi tydligen inte ser boendet som ett *hem*. (Socialstyrelsen 2010-12-26:12)

Funktionshinder och psykisk ohälsa

Så mycket som cirka 30–40 procent av funktionshindrade med utvecklingsstörning lider av psykisk ohälsa (socialstyrelsen 2010-6-21; 2006-110-38; Statens folkhälsoinstitut r 2008:18). I den undersökta kommunen var andelen uppskattningsvis ändå högre. Relativt vanliga uttryck för detta är olika former av aggressivitet, depression, ångest och självskadebeteende. Användningen av psykofarmaka är i Sverige markant hög inom PK1 och bland annat har läkemedelslistor uppmärksammas bli liggandes utan uppföljning med ökad risk för att ackumuleras (Socialstyrelsen, 2011-2-1)¹⁹. Kommunen jag undersökt är inget undantag, bland annat säger en vårdare så här om konsekvenserna:

...dom bryr sig inte speciellt mycket heller [läkare]. Amen då gör vi en liten ändring där av medicinen (imiterar läkare) och så. Och jag menar vi har haft brukare som varit *övermedicinerade* alltså...som inte har fungerat, inte har kunnat gå och knappt sitta och *trillat* ...flera gånger om dagen på grund av felmedicinering.

(vårdare på gruppboende)

¹⁹ I USA och flera andra länder har problemet med stora mängder psykofarmaka och bristande uppföljning lett till juridiska processer som lett till ökad insyn, kontroll av läkemedelsanvändningen och regelbundna uppföljningar. Man fann en koppling mellan hög förskrivning av läkemedel och restriktiva behandlingsmetoder, utvecklingsstörning, personalens uppfattningar mm (*ibid.*). Något liknande har ännu inte skett i Sverige (Socialstyrelsen 2011-2-1)

Teori

Peter L. Berger och Thomas Luckmann's Kunskaps sociologi

Min uppsats bygger på Berger och Luckmann's *Kunskaps sociologi Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet* (2007). Ett av skälen till detta är att deras socialkonstruktivistiska förhållningssätt vilar på uppfattningen att verkligheten såsom den uppfattas av människan är socialt konstruerad och bygger på antaganden och tolkningar. Berger och Luckmann själva menar att "*kunskaps sociologin sysslar med analysen av den sociala konstruktionen av verkligheten*" (*ibid.*, s.12). Ett utmärkande drag med kunskaps sociologin är den analytiska linsen för processerna i samspelet mellan språkbruk och sättet att förändra, betrakta och förhålla sig till olika sociala fenomen. Det stämmer väl överens med syftet och frågeställningen i min uppsats, där sättet att formulera problembilder eller specifika attribut hos individer genererar objektiva förförståelser, roller och typifieringar. Berger och Luckmann presenterar också verktyg för att dissekera processerna som leder till att kunskap i olika sammanhang leder till större acceptans²⁰ vilket ligger nära det diskursiva hegemonibegreppet.

Berger och Luckmann's kritiska syn på kunskap och vardagslivets ordnade verklighet lämpar sig särskilt väl att använda i kombination med Ernesto Laclau och Chantelle Mouffe's diskursteori²¹ då den förmår att lättillgängligt rama in och strama upp betydelsen, och konsekvenser av diskurserna och de inbördes subjektpositionerna. Exempelvis vilka roller och typifieringar som vissa uttalande ramar in och avgränsar. Berger och Luckmann's definition av institutionalisering lämpar sig särskilt väl för att förstå följderna av vanemässiga eller rutinartade aktiviteter som genom sin upprepning minimerar antalet alternativa tolkningar. Institutionaliseringsbegreppet i Berger och Luckmann är rymligt och fixerar sociala konstruktioner, roller och normer som etableras genom

²⁰ Problematiskt nog tar de avstånd från debatten kring epistemologi och ontologi medan de samtidigt gör antaganden utifrån en ontologisk grund som inte tydligt redovisas.

²¹ Ontologiskt (verklighetens sanna beskaffning) sett är de tillräckligt nära Ernesto Laclau och Chantelle Mouffe för att utgöra ett teoretiskt komplement. Berger och Luckmann styrka är dock deras epistemologiskt (läran om hur vi kan nå kunskap om verklighetens sanna beskaffning) kritiska hållning då de dissekerar förgivettaganden och sätter dessa i kritisk belysning.

upprepning och kollektiv samstämmighet, med följderna att institutioner kan förstås som sociala kontrollapparater.

Organisationsteori

Jag har valt att använda mig av organisationsteori som stöd och komplettering i de inledande styckena av resultat och analyskapitlet för att kunna presentera både ett makro och mikroperspektiv. Organisationskontextuella förutsättningar, betydelsen av begränsade resurser med flera skulle förvisso kunna presenteras ur ett renodlat sociologiskt eller socialkonstruktivistiskt perspektiv men jag anser att de termonologiska ramar som organisationsteorin erbjuder är bättre skickade att på ett mer kortfattat och konkret sätt belysa utvalda delar utan att stå i konfliktposition.

Sökningar på vetenskapliga artiklar

Jag har gjort sökningar på EBSCOhost med sökorden 'particip*' och 'Professional' och 'disability'. Avgränsningarna var full text och Scholarly (Peer Reviewed) Journals vilket gav 1490 resultat varav 121 var dubletter. Av återstående 1369 sparade jag tolv på datorns hårddisk för genomläsning och gjorde ytterligare reducerande. Resterande resultat refuserades eftersom jag ansåg att vad de belyste faller utom uppsatsens ramar. Behållningen var en översikt eller uppfattning om forskningsområdet vid sidan av det som socialstyrelsen publicerat. Jag sökte även med sökorden 'particip*' och 'discours*' och 'disability' vilket gav 144 resultat, varav 140 refuserades i ett andra urval medan återstående lästes igenom. Artikeln *Between power and powerlessness – discourses in the individual plan processes, a Norwegian dilemma* som jag refererar till av Å Slettebø et al. fanns i denna sökning.

Jag sökte också i Summon på doktorsavhandlingar med 'brukarinflytande' som sökord, vilket resulterade i Kristina Karlsson's doktorsavhandling *Funktionshinder, samtal och självbestämmande En studie av brukarcentrerade möten*. Jag fann Hanna Egard's doktorsavhandling *Personlig assistans i praktiken Beredskap, initiativ och vänskaplighet* genom tidigare sökning i SwePub

(refereeanskade Doktorsavhandlingar), fakultet/institution: soc* med sökord 'assistans'

Vid sidan om detta har jag genomfört sökningar på Summon med avgränsningarna peer-reviewed, full text online, sökord delaktighet som resulterade i 85 träffar. Majoriteten i sökningen refuserades på grund av låg överförbarhet, flera länkar till dokumenten var också "brutna"(!). Team- och multiprofessionellt arbete har jag också sökt på med samma avgränsningskriterier, det mesta behandlade dock icke-svenska förhållanden, eller hade låg överförbarhet.

Tidigare forskning

Eftersom specialistteamet i min uppsats har genomfört insatser för en grupp med särskild karakteristika som utmärker men också förutsättningarna för brukarinflytande har jag efter hand under uppsatsskrivandets gång sett mig tvungen att förkovra mig i forskning inom området funktionshinder och utvecklingsstörning. Då jag först började skriva på uppsatsen var jag inte fullt medveten om den potenta betydelsen av funktionshinder, framförallt utvecklingsstörning och psykisk ohälsa och avsaknaden av stringent forskning som tar hänsyn till samtliga dessa faktorer. Det har skrivits en del om just denna problematik i mötet med specialister men väldigt mycket av forskningen har uppenbara metodologiska brister, lider av kunskapsluckor eller har begränsad överförbarhet (se exempelvis Karlsson 2007:62-63), exempelvis forskning som visar på svårigheten att diagnosticera psykisk ohälsa vid utvecklingsstörning med standardiserade metoder men utan att lägga vikt vid vad det kan innebära i ett större sammanhang, eller studier som påvisar att det råder diskrepanser mellan professionella och personer med utvecklingsstörning men bara har ett interaktionistiskt perspektiv. Sammantaget har det medfört att publikationer utgivna av Socialstyrelsen haft desto större utrymme och varit till stor hjälp eftersom där även finns sammanfattningar av forskning, vilket inte nödvändigtvis behöver vara något negativt då dessa är systematiska översikter som även tar hänsyn till rådande nationella förhållanden. Vad de visar på är att

funktionshindrade med dubbelproblematik och/eller utvecklingsstörning många gånger riskerar att marginaliseras i olika sammanhang och är en känslig grupp som kan kräva speciella verktyg och/eller en mycket hög grad av lyhördhet för att delaktiggöra, med betoning på bägge. De vetenskapliga artiklar som jag gått igenom som är "double blind" som passerade andra urvalet visade sig i flertalet fall ha utgångspunkt i en specifik metodologisk ansats, innebar en professionell/relationell avgränsning eller var intressanta men mindre omfattande (exempelvis artiklar ur *Learning Disability Practice* eller *Journal of Intellectual Disability Research*) som gjort det svårt att väva in dem konkret i uppsatsen. Det visade också på att området saknar en stringens. Våldigt mycket av den publicerade forskningen har formulerats utifrån maktperspektiv eller var gränsen går mellan paternalism/medbestämmande vilket jag än så länge inte funnit någon forskning som "svarar på" utan endast problematiserar. En annan gren jag studerade var forskningen kring multiprofessionella team som var fyllig men i stort avhandlade managerialism med monetär effektivitet som mål, vilket inte är av någon större betydelse i uppsatsen.

Resultat och analys

Inledande diskussion om resultat och analys

För att göra resultaten och analysen tillgängligare och mer överskådliga har jag valt att dela upp resultat och analys i tre avsnitt. Eftersom syftet och uppsatsens frågeställning tar i beaktande flera faktorer med betydelse för inflytande och delaktighet presenterar jag först ett avsnitt med en kort reflektion över rådande emancipatoriska samhällsdiskurs, som tar upp det faktum att krav på delaktighet och inflytande inte sker per automatik utan är avhängigt flera andra faktorer i en större kontext. De mer organisatoriskt präglade faktorerna presenteras således tillsammans med respondenternas uppfattning om brukarinflytande och hur det sett ut vid insatserna. Nästa avsnitt som behandlar diskurserna i högre grad lyfter fram subjektiva faktorer såsom diskursiva synsätt och vad detta i sin tur kan generera. Slutligen presenteras även ärendegången som utgör de organisatoriska ramarna i form av direktiv som specialissteamet måste ta hänsyn till i ett

problematiserande sammanhang.

Den emancipatoriska samhällsdiskursen

Som nämndes i inledningen²² har fokus på brukarinflytande och medbestämmande ökat, vilket återspeglas i en emancipatoriskt präglad utformning av insats och utbud. Lagen om valfrihet (LOV) och andra flexibla kundvalssystem syftar åt att stärka positionen för brukare av välfärdstjänster på kollektiv eller individuell nivå till att aktivt involveras som aktörer (Denvall et. al 2011). Även i tvångsvårdande miljöer finns en ökad ambition om delaktighet. Mot bakgrund av denna emancipatoriska samhällsdiskurs, vare sig återspeglad i tvångsvårdande institutioner eller miljöer där brukarinflytande av tradition betraktas som självklart exempelvis personlig assistans (se Askheim och Starrin 2009) är rummet för delaktighet inte artikulera i ett maktvacuum, utan kan vara subjekt både för strukturella betingelser och inflytelserika personers sätt att betrakta och förhålla sig till det (Rønning 2009) varför jag valt att presentera diskurserna som bygger på intervjuerna och resultaten av intervjuerna vad gäller inflytande och organisation separat.

Organisationskontextuella förutsättningar

Sett ur ett organisationspolitiskt perspektiv har specialistteamets insatser ägt rum på en arena med flera olika aktörer som var och en kan förvalta olika former av makt och representera motstridiga intressen; vårdarna, enhetscheferna som kontaktar specialistteamet, brukarna och specialistteamet själva vilka besitter en positionsmakt men framförallt informations och kompetensmakt i rollen som specialister. De har makt över dagordningen då de lägger upp ramen för genomförandet av insatserna (Bolman & Deal 2009) och anger prioritet. "Målen i organisationer inom utbildningssektorn och vårdsektorn är vanligtvis betydligt mer diffusa: »höja människors utbildningsnivå» eller »förbättra individens livssituation»" (*sic., ibid.* s.94), specialistteamets uppdragsbeskrivning präglas bitvis av sådana här vaga formuleringar som kan tänkas innebära ett större handlingsutrymme. Synen på brukarna som samarbetspartners kan väga mot

²²

I fotnoten på s. 6.

förväntningar på effektivitet, som resulterar i att konkreta mål vid insatserna riskerar att få företräde. Speciellt högpresterande team såsom specialistteamet i min uppsats tenderar ofta att översätta vaga eller diffusa syften exempelvis att förbättra förutsättningarna för funktionshindrade, till konkreta och mätbara prestationer (*ibid.*) såsom ökad hanterbarhet. Slutligen kan konkurrenssituationen mellan aktörerna som nämnts ha betydelse för förutsättningarna för brukarnas möjlighet både att utöva inflytande och äga tillträde till arenan. Jag exemplifierar problematiken som de olika förväntningarna konkurrenssituationen kan resultera i ett fall som redogörs för i den omhändertagande diskursen, där specialistteamets lösning var en insats som innebar ökat brukarinflytande. Detta blev å andra sidan problematiskt för vårdarna att förhålla sig till, då de kanske snarare förväntade sig en ökad hanterbarhet än att släppa in brukaren på arenan!

Definitioner av brukarinflytande

Intervjuer med vårdarna visade på variationer i definitionen av brukarinflytande. En gemensam nämnare som exemplen nedan illustrerar var en medvetenhet om att det innebär någon form av möjlighet för brukaren att styra eller påverka innehållet i den service som erbjuds.

I: vad är brukarinflytande förresten?

P: ja det är att de ska få mycket, så mycket del i vardagen som möjligt ju! vi jobbar ju med dom liksom, att dom. Dom ska vara främst liksom och bestämma vad *vi* ska göra för *dom* ju...vi är ju här för deras skull ju. Vi vill inte sätta oss *över* dom på nåt vis.

(vårdare på gruppbostad)

det betyder ju att dom också ska ha ett inflytande, dom ska få vara med och bestämma...hur dom vill ha det här...hur dom vill att deras liv ska se ut...det handlar om många såna här...smågrejor.

(vårdare på gruppbostad)

Svensson (2008) definierar det så här: "Begreppet indikerar någon form av möjlighet att kunna påverka inriktning och omfattning av den service medborgare erbjuds eller är delaktiga i." (Denvall et al. 2008:293), en definition som jag anser i hög grad överensstämmer med den vårdarna i allmänhet uttryckte.

Samtidigt framgick det att det är problematiskt att ge brukaren möjlighet att utöva inflytande förutsättningslöst i alla lägen. Exempelvis de tillfällen brukarinflytandet står i motsättning med annat som professionella uppfattar skulle gagna brukaren. En vårdare uttryckte det så här:

vi försöker ju ha så jättemycket, alltså så mycket brukarinflytande som möjligt ju...sen vissa grejer måste man kanske göra för att personen ska må bättre i slutänden liksom men man har alltid en diskussion.

Men inte bara uppfattningar eller definitioner av brukarinflytande utan även organisatoriska faktorer exempelvis begränsade resurser kan ha en betydelse för i vilken mån brukarens krav tillmötesgås, och på så vis sätta gränser som de som jobbar närmre brukarna inte direkt rör över. Exemplet nedan belyser just detta. Brukaren hade en tydlig önskan om frekventare utevistelser, något de organisatoriska ramarna begränsade, samtidigt visar citatet på det faktum att vårdaren var väl medveten om "plikten" att fördela resurserna rättvist i en kamp om begränsade resurser (Bolman & Deal 2009), en utmaning de flesta organisationer brottas med; kraven på att tillmötesgå individens behov inom en ram av begränsade resurser (x: brukaren).

I: jag tänker, jag går ut *varje* dag

R: ja precis men (skrattar) vi, vi jobbar för att tillgodose allas behov inte bara x

I: nä, och det finns begränsat med tid

R: ja precis, vi kan inte sitta här hela tiden, visst x kan komma ut alla dagar i veckan *men* då försummar vi kanske nån annan

I: ahaa, okej okej

R: det är svårt, jag hade gärna tagit ut x varje dag.

(vårdare på gruppbostad)

Brukarinflytande - olika mycket

Sammantaget visade intervjuerna med vårdarna att graden av brukarinflytande varierat kraftigt under insatserna; från kriterium om absolut frånvaro av brukarinflytande (endast i en insats!) till i vissa fall hög grad av brukarcentrerat arbete. Flera av insatserna innebar måttliga grader av brukarinflytande som exempelvis information om insatsen och/eller samtycke. För att ha möjlighet att

definiera graden av inflytande i insatserna har jag valt att använda Arnstein's (1969) medborgardeltagandemodell som den presenteras i Denvall et al. (2011:104). Modellen "sorterar medborgardeltagande från manipulation till full kontroll i åtta steg." (*ibid.*, s.105). Första steget representerar professionell styrning på dessas villkor snarare än faktiskt inflytande medan åttonde steget innebär maximalt inflytande, dvs full medborgarkontroll. På Arnstein's numeriska skala låg flera insatser på tre (information) eller fyra (konsultation) som bägge definieras som symboliskt inflytande (eng. *tokenism*). Jag har tolkat variationerna under insatserna som att brukarens inflytande varit avhängigt flera olika faktorer. En sådan faktor är diskursiva ramar och subjektpositioner²³ en annan organisatoriska faktorer exempelvis specialistteamets direktiv att främst jobba mot personalen. Intervjuer med specialistteamets representant visade på ambivalens kring att involvera brukarna och att förutsättningarna omgärdades av kriterier, exempelvis "...hur pass man kan tror sig kunna kommunicera" [med brukaren], och "...vilken nivå dom befinner sig på". Liknande uttalanden fann jag också i intervjuer med vissa vårdare. Ett förslag på tolkning är att brukarna genomgår en form av kvalificeringsbedömning både på professionell och lekmannanivå för att få vara delaktiga. Det gör diskurserna och rollerna som diskurserna rymmer än relevantare faktorer att ta hänsyn till. Trots avsaknad av tydliga kriterier för att involvera brukarna (exempelvis i uppdragsbeskrivningen) har specialistteamet ansett det som en nödvändigt att uppmärksamma brukarna om insatsen.

vid dom tillfällena det går så måste man ha brukarna med i det också för man kan inte göra en massa åtgärder och insatser och sånt utan att brukaren medvetliggörs om det.

(specialistteamets representant)

Samtidigt framkom ett i allra högsta grad motsägelsefullt förhållningssätt under en av intervjuerna med en vårdare på en gruppbostad där insatsen skett i absolut frånvaro av brukarinflytande och brukaren aktivt hade vilseletts. Motiveringen var att risken fanns att brukaren skulle motsätta sig att insatsen genomfördes. Insatsen inbegrep upprepade observationer som resulterade i rådgivning och handledning för vårdarna. Trots att detta var ett enstaka ärende visar citatet med vårdaren ändå

²³ Under diskursanalysen fann jag två olika diskurser som var och en genererade praktiker, regler eller förhållningssätt i spänningsförhållande till brukarinflytande eller medbestämmande.

på det problematiska förhållandet till brukarinflytande i de fall då brukarinflytandet uppfattas som en risk för att genomföra vad som bedöms som nödvändiga insatser. Sett ur ett organisatoriskt perspektiv så finns all anledning att tänka sig att det finns ett strukturellt tryck på effektivitet och problemlösning som kan ha företräde framför personliga preferenser (Bolman & Deal 2009).

...vid det tillfället då, då sa vi inte heller att, att x kommer här från [specialistteamet] eller så utan...vi sa att x kom från bemanningen och för annars kan det bli så fel va alltså.

(vårdare på gruppbostad)

Spänningsförhållandet mellan den funktionshindrades rätt till delaktighet kontra vad som uppfattas som nödvändiga insatser för brukarens eget bästa blev ännu tydligare längre fram i intervjun.

I: ...*varför* är inte brukaren (paus) vad ska man säga, mer med på tåget

R: alltså i detta fallet hade det nog motverkat

I: mm

R: om vi hade liksom kommit och sagt, nu har dom [specialistteamet] sagt att det är *bra* för dig att göra si eller så eller. Alltså det hade blivit motsatt

I: mm

R: verkan

I: okej, vad hade kunnat hända tänker du ?

R: jaa alltså det hade blivit (lång paus) ja alltså det, ja det hade inte fungerat tror jag

I: okej

R: nä

I: så brukaren hade sagt nä nä nä, nej det här vill jag inte veta av

R: ja.

(vårdare på gruppbostad)

Undanhållande av information om insatsen på grund av risken för motsättningar är också en form av professionell och organisatorisk maktutövning. Tolkad utifrån ett organisatoriskt perspektiv faller det inom den maktaspekt som Bolman & Deal (2009) presenterar som "Tillträde till och kontroll över organisationens dagordning" (*ibid.* s.242) där brukaren eller andra representanter som kan företräda denna helt nekades tillträde till förhandlingsbordet genom en stängning av dörren in till maktens rum. Det är också ett exempel på utövandet av renodlad professionsmakt som tystar brukaren, vilket Lindqvist (2007) skriver om då han

menar att "Det finns flera faktorer som kan tänkas hindra en process mot självbestämmande. Olika professioners makt är en av dem, när denna utgår från respektive yrkesgrupps tolkning istället för brukarens problembeskrivning och önskningsar."(*ibid.*, s.142).

Diskurser

Med min diskursanalys fann jag två diskurser som bygger på vad som framkom under intervjuer med specialistteamets representant, främst vad gäller synsätt, förhållningssätt och regler kring brukarna i olika sammanhang. Den diskurs jag fann tydligast är diskursen jag presenterar i den omhändertagande diskursen, som bär en potent subjektposition med tydlig koppling till brukarinflytande som konkurrerande element, medan den andra diskursen jag presenterar har koppling till de möjligheter brukaren har i att vara delaktig eller ses som lämplig för samarbete.

Den omhändertagande diskursen

I den omhändertagande diskursen är brukarens subjektposition tydlig; barnet. Att betrakta brukare med utvecklingsstörning som tar emot service i form av omvårdnad som barn är dock inte ovanligt. Bland andra Sociologen Hans Petter Hansen (Pål Repstad 2009) refererar till det i sin så kallade medlidandemodell: "enligt medlidandemodellen betraktas de utvecklingsstörda som barn utan särskilt stora utvecklingsmöjligheter, och målsättningen blir att vårda dem, skapa trivsel på institutionen och skydda dem mot omvärldens krav." (*ibid.*, 2009:156). Anledningen till att jag valt att lyfta medlidandemodellen är för att den omhändertagande diskursen äger likheter med Hans Petter Hanssons medlidandemodell åtminstone vad gäller de sociala konsekvenserna. Men vem är då "barnet"? Ett sätt att definiera och avgränsa det på är i form av grupprepresentationer jag fann.

Grupprepresentationer

Grupprepresentationer har i diskursiv mening speciell innebörd, i mitt fall är det av betydelse vem eller vilka som uppfattas som barn, hur det sker och i vilka

sammanhang. Citat (1) är ett exempel på en av flera förekommande grupprepresentationer som kan tolkas som att funktionshindrade med utvecklingsstörning är som barn.

(1) vissa kanske tycker det är lite fult men ofta när det gäller utvecklingsstörningar så kan du faktiskt jämföra med barn. För där är många av dom här som befinner sig kanske på en nivå som mellan en två och femåring. (specialistteamets representant)

Citatet rymmer också ett politiskt laddat budskap, det gör *anspråk* på att potentiellt innefatta alla brukare med utvecklingsstörning snarare än specifika individer med särskiljande attribut, genom en dikotomiserande formulering, ett typiskt och utmärkande attribut i grupprepresentationer. Jörgensen & Phillips (2008) menar att uttalandet i Laclau och Mouffe's diskursiva mening skall tolkas som en minimering av möjligheter. Vissa möjliga identiteter skjuts fram på bekostnad av andra som osynliggörs i processen - i detta fall exempelvis rollen som vuxen och allt det vuxna (men inte barn) äger tillträde till och kan göra anspråk på, däribland rätten till ovillkorat inflytande och självbestämmanderätt.

Förhållningssätt och omkonstruktioner i relation till barnet

En förståelse baserad utifrån diskursens föreställningar och antaganden formar även sättet att inom diskursen uppfatta händelser och språkligt förmedla dem vidare på. Citatet nedan (2) föregicks av en narrativ redogörelse om en brukare som väldigt tydligt uttryckte sig genom att visa ilska. Ett av skälen för att kontakta specialistteamet hade varit oförmågan att förhålla sig till det på och situationen uppfattades av vårdarna som "ohållbar". Brukarens intellektuella kapacitet uttrycktes i intervjun i termer av åldersmognad, till exempel att brukarens intellektuella kapacitet var "ungefär som en sexåring." Citatet nedan belyser hur en konfliktsituation mellan en vårdare och brukaren som diskursivt parafraseras.

(2)jamen du får ju ändå dom här skriken på dig ju

I: ja

R: alltså det är det, belöna x för någonting som att du inte ska belöna x för

I: ja

R: det är lite som med ett barn.

(vårdare på gruppbostad)

Man kan tolka detta som att ett tillmötesgående av brukarens krav uppfattades ha samma innebörd som att belöna ett önskat beteende, exempelvis att ge vika för ett barn som uttrycker sitt missnöje på ett (för en vuxen) inadekvat sätt. Inom diskursens ramar blir den språkliga parafraseringen av konfliktsituationen ett naturligt sätt att förmedla händelsen vidare på medan den i ett annat sammanhang och kontext sannolikt formulerats annorlunda (Jørgensen & Phillips 2008).

Exempel på sociala konsekvenser

I den specifika insatsen som vårdaren i Citat (2) berättade om hade specialistteamet förordat förändringar som innebar ett *ökat* utrymme för brukarinflytande, exempelvis utökade personalresurser för att bejaka brukarens intressen, vilket skedde. Så här beskrivs det av en vårdare:

och då ville dom [specialistteamet] att vi skulle ge x mer uppmärksamhet, så att x kom ut varje dag. Att x fick en resurs alltså att någon som alltid var med x på förmiddagen.

Insatsen avslutades i förtid, efter cirka två månader. Skälen var flera, bland annat uppgav vårdaren att förändringarna innebar oväntade problem för personalens del, vårdare:

vi trampade varandra på tårna i personalen, man kände sig i vägen och så blev väl x också orolig för vi var så mycket personal.

Jag fann också indikationer på att personalens uppfattningar om brukaren kan ha haft betydelse, bland annat tecken på att brukaren uppfattades missbruka det utökade inflytandet som insatsen gav upphov till. Så här uttryckte vårdaren det:

så att men då blir det ju, upplevde vi det lite grann att om x inte fick det som x ville så skrek x lite till, för då visste x ju att x fick som x ville ändå...så det blev ju som att vi gav x en belöning för att x inte, fast x inte uppförde sig till exempel.

Regler och rutiner nödvändiga för att skydda barnet

Men synen på brukaren som ett barn kan också innebära konstruktioner av regler

och rutiner som kan kontrastera med begrepp som delaktighet och inflytande och få faktiska konsekvenser vad gäller möjligheten att ses som ett lämpligt subjekt för medbestämmande vilket citat (3) och (4) ger exempel på.

(3) Jag får inte välja själv om jag vill vara uppe till tio ena dagen eller uppe till tolv nästa dag när jag är sju år gammal va och jag protesterar ibland men jag mår bra för att dom här rutinerna finns.

(specialistteamets representant)

Citat (3) visar också på att reglerna och rutinerna (som också kan uppfattas som inskränkningar) inom diskursen språkligt formuleras som nödvändiga för brukarens eget bästa, "brukaren mår bra för att dom här rutinerna finns" fastän de innebär uppenbara inskränkningar i inflytandet. Motståndet; protesterna blir i ett sådant sammanhang ett moment som förstärker synen på brukaren som barnet. Citat (4) förtydligar nödvändigheten av att förse "barnet" med de regler, ramar och strukturer som skapar den trygghet som ett barn behöver men som i en annan kontext skulle kunna uppfattas annorlunda eller vara subjekt för förhandling.

(4) det är samma sak där som jag sa dom har inte dom här förmågorna själv många på det viset utan det måste man vara där och stå för, att dom här reglerna och rutinerna finns och det är ju det som skapar tryggheten och för att liksom att dom får ihop sin bild av omvärlden och får ihop sin vardag, det är att det är någon som säger till liksom att det finns en struktur att följa.

(specialistteamets representant)

Citat (5) är ännu ett exempel på uttryck för objektifiering av den funktionshindrade som ett litet barn och rymmer också ett försök att objektifiera reglerna inom diskursens ramar.

(5) ...i alla fall en femåring va, faktum är att det är i den nivån dom befinner sig på fastän det är en vuxen människa i en vuxen kropp. Och om man då tänker, hur är det då med barn? när mår barn bäst? och när mår vi *alla* bäst egentligen? det är när det finns regler, även om man protesterar mot dom.

(specialistteamets representant)

En risk med dessa antaganden om tydliga regler är att det uppstår en diskrepans i frågan om exempelvis vad å ena sidan brukaren uttrycker sig vilja och å andra sidan vad vårdare eller specialistteamet anser nödvändigt där ett åberopande av

subjektpositionen barnet innebär väldigt få utvägar för en lösning som främjar brukarinflytande.

vårdarnas betydelse i sammanhanget

Vårdarna på gruppboendena är viktiga i sammanhanget då de kan både befästa eller utmana den omhändertagande diskursen genom att anamma eller stänga den potentiella möjligheten av innebörden i signifikanta tecken inom diskursen (Jørgensen & Phillips 2008), exempelvis genom de sammanhang då brukaren uttrycker en önskan att stanna uppe längre (än ett barn bör göra) på kvällen, eller protesterar mot andra sanktioner kopplade till artikulationer som bygger på föreställningen om brukaren som barnet. En stängning skulle konkret innebära att brukarens protester eller uttryck för att stanna uppe längre på kvällen uppfattas som exempelvis en trotshandling, medan en utmaning skulle resultera i att stor hänsyn togs till brukarens önskan och denne istället stannat uppe.

En konfliktdiskurs är de sammanhang då vårdarna utmanar synen på brukaren som ett barn genom att presentera alternativa tolkningar brukaren eller av funktionshindret, exempelvis brukaren som rationell, ansvarsfull och fullt förmögen att utöva inflytande. Flera intervjuer med vårdare pekade vagt mot detta. I slutet av citat (5) aktualiseras vårdarnas position som upprätthållare av det regelverk som får "barn" att må bäst eller "får ihop sin bild av omvärlden och...sin vardag" (se citat 4). De funktionshindrade som bor på gruppboendena är i behov av omfattande hjälp vilket riskerar att aggregera med den omhändertagande diskursens speciella syn på brukaren *och* kontexten (gruppboendet). Det kan tänkas förstärka synen på brukaren som behovande objekt och bidra till att subjektpositionen objektifieras och förhållningssättet institutionaliseras, men jag fann på grund av alltför lite dataunderlag stöd för att så skulle vara fallet.

Brukaren som icke tillräknelig

Ytterligare en diskurs jag fann stöd för var den icke tillförlitlige brukaren, som inrymmer två subjektpositioner; *den manipulativa brukaren* (6) respektive *den oförmögne brukaren* (citat 8-10). Bägge subjektpositioner konstruerade i

diskursen innebär konsekvenser ifråga om brukarens lämplighet att utöva inflytande och är inte avhängigt funktionshindret utvecklingsstörning. Subjektpositionen; den manipulativa brukaren aktualiserar också vårdarna i en roll som upprätthållare. Diskursen aktualiseras när det implicita behovet av tydliga ramar eller strukturer utmanas av brukare, exempelvis i de sammanhang när brukaren uppfattas som att denne 'drar pennor' med vårdarna (6) då även vårdarnas subjektposition som upprätthållare överdetermineras, eller som i senare exempel (8) längre fram samtycket inte har anses ha bärande tyngd på grund av brukarens uppfattade oförmåga att fatta beslut eller ha insikt.

Den manipulativa brukaren

Subjektpositionen den manipulativa brukaren inrymmer en potentiell risk för att varje form av individuell begäran eller framställan från brukaren *skulle kunna* inrymma någon form av potentiellt försök att lura eller vilseleda personalen och utmana ordningen i arbetsgruppen.

(6)...alltså dels så är dom ju ofta inte dummare heller än att dom lär sig vilka som det går att... kanske dra pennor med eller utnyttja på ett eller annat sätt ditåt dummare är dom inte ju och gör också på det viset så att där blir splittringar i en personalgrupp för att man favoriserar kanske någon för att man kommer undan lite lättare nånstans.

(specialistteamets representant)

Subjektpositionen får inom diskursen konsekvenser för personalen i form av det implicita kravet att alla håller *en linje* (7) för att undgå manipulation men får också andra sociala konsekvenser eftersom det innebär ett förtydligande av rollerna, att vårdarna uppfattar och förhåller sig till brukarna på "rätt sätt" inom sina (inom diskursen *tydligare* avgränsade) roller. Berger och Luckmann menar att den socialt konstruerade rollen innefattar "...kunskap" om de värderingar och attityder som betraktas som passande..." (Berger & Luckmann 2007:94) eller vice versa opassande som kan objektifieras eftersom: *det är så här man gör (ibid.)*. En konsekvens blir att tillmötesgående av brukaren utan föregående konsensus inom personalgruppen uppfattas som ett potentiellt hot mot den institutionella hegemoning eftersom det riskerar skapa missämja eller kan uppfattas som

favorisering vilket riskerar institutionalisera även ett förhållningssätt (*ibid.*) präglad av gränsdragningar.

(7) jobbar man inom psykiatrin och har gått utbildningar där också då vet man hur viktigt det är...med struktur och hålla ihop det va. Man har fått det där och man har också fått det genom erfarenhet, att man ser att det går inte att jobba öh med patienter spretar åt olika håll, det gäller att personalen håller ihopa alla kör samma. Det får liksom inte finnas utrymmer förrän för frågetecken, vad är det jag skall rätta mig efter? vad är rätt, vad är fel? och det är ju samma där, och det försöker vi ju också med personalen nu när dom arbetar att, att man arbetar på samma sätt. (specialistteamets representant)

Citatet aktualiserar också legitimitetsbegreppet som enligt Berger och Luckmann (2007) är den process som för vidare "rätt sorts kunskap" samt tydliggör roller och förhållningssätt, vilket bland annat uttalanden i diskursen pekar mot. Vidare menar Berger och Luckmann att legitimeringen inte bara talar om för en individ "varför han *bör* utföra en handling och inte en annan; den låter honom också få veta varför saker och ting *är* som de är." (*ibid.*, s.113) vilket får dem att bli självklara och sedimenteras (*ibid.*).

Den oförmögne brukaren

Brukaren framställdes också upprepade gånger som på olika vis oförmögen att fatta insiktsfulla beslut. Jag har valt att kalla subjektpositionen som diskursen fixerar brukaren inom för *den oförmögne brukaren*. Citat (8-10) visar på exempel då brukarens yttranden, vare sig de är önskvärda eller efterfrågas inte uppfattas som tillförlitliga. Konsekvensen blir att brukarinflytande och medbestämmande implicit förpassas till andra att agera för i form av advocacy eller ställföreträdande.

(8) R: det är mycket genom åren inlärd beteende

I: mm

R: dom har *lärt* sig hur man ska göra, hur man ska vara, hur man ska svara ungefär

I: m-hm (?)

R: men dom har inte nån koll själva på utan det är så här man gör och det funkar, men de har

I: dom vet inte varför?

R: nej.

(9) I: helst ska brukarna vara involverade

R: mm i den mån dom kan

I: mm på vilket sätt involverar ni dom?

R: (besvärad pustning) det är ju också så olika (paus) från vilken problematik det rör sig kring och hur pass man kan *tror* sig kunna kommunicera med, med brukaren. Det är jättesvårt där också, för det är som jag sa dom svarar som, som dom har lärt sig vilka svar dom tror folk vill ha.

(10) R: han själv går ju med på de här medicinändringarna, han säger ju ja men han vet inte riktigt vad han säger ja till. Det är utifrån vad vi tror är bäst ju som detta görs.

Konsekvenser

Citaten (8-10) antyder att brukaren uppfattas som insiktslös eller oförmögen att fatta adekvata beslut (obs! vilket skulle kunna vara fallet i *vissa* fall då utvecklingsstörning kan ha olika omfattning). Konsekvenserna blir att den professionellas handlingsutrymme ökar på bekostnad av brukarens möjligheter att vara delaktig när det brukaren uttrycker blir föremål för tolkning eller omtolkning, samtidigt som gränsen för vad som kan räknas som informerat samtycke upphör att problematiseras. Exempel (9) visar tydligt att brukarinflytande blir något extra problematiskt att ange som kriterium för att genomföra en insats ifall det uttalade ordet inte uppfattas ha någon egentlig vikt (symboliskt inflytande). Tidigare forskning och studier visar dock på att det emellanåt är nödvändigt att fatta beslut för brukarens räkning, utan att detta behöver innebära någon kränkning i sig (Karlsson 2007, se även Egard 2011) och att det emellanåt kan vara svårt att avgöra vad som är vad.

Ett par ord om ärendegången

Ärendegången börjar och slutar inom personalstyrkan vilket jag menar har betydelse för brukarnas möjlighet att utöva inflytande. En organisatorisk förutsättning för brukarinflytande skulle vara om brukaren själv var delaktig i planeringen av insatsen från start eller på andra vis till exempel avgjorde vilka andra aktörer som skulle involveras. Att det inte är så här kan delvis förklaras av specialistteamets avsaknad av tydliga underlag och organisatoriska incitament för

att involvera brukaren. Diskurserna visar dock på att brukaren på olika vis kan kräva anspråk på inflytande. Under uppsatsskrivandets gång fick jag ta del av tre versioner av specialistteamets arbetsbeskrivning, ingen ännu ratificerad. Nedanstående längre citat är hämtat ur en av intervjuerna med specialistteamets representant, som jag har valt för att åskådliggöra ärendegången. Specialissteamets representant:

Som det är sagt *nu* så ska ett ärende alltid komma via enhetschefen för boendet. Men oftast kan det ju då, naturligtvis kommer det ju från personalen men dom som det är sagt nu ska dom inte gå direkt till oss varken personal i boende, eller pedagoger ute i verksamheterna, eller handledare ute i daglig verksamhet. Utan dom ska gå via sina chefer som ska kontakta oss och så har vi ett första möte tillsammans med chefen för att sätta oss in lite i problematiken, vad som gäller och sen har vi ett vidare möte där vi bjuder in dom som vi *tycker* kan tillföra någonting när man börjar arbeta med, kring den brukaren eller personalgruppen.

Ingenstans nämns de som är föremål för insatserna; brukarna, vilket kan synas paradoxalt då mottagarna av insatserna i slutändan ändå är just brukarna. Jag fann inte i några intervjuer tecken på att brukarna eller anhöriga tagit initiativ till kontakt med specialistteamet. Samarbetet sker i första hand med vårdarna med motiveringen att det är personalen som framöver skall bära upp insatsen och är i behov av kompetenshöjning. Fokuset på samarbetet med personalen uttrycktes tydligt av specialistteamets representant, vilket bland annat följande citat belyser. Specialissteamet:

"hur det än är så är det ju personalen som man måste ha med. Man måste ha med dom...".

Vid sidan om personalen uppfattades också anhöriga som potentiellt viktiga samarbetspartners det rådde en önskan om att jobba närmre med. Konsekvenserna vid sidan om att man går miste om brukarens möjligheter att bidra till insatsens kvalitet (och framförallt legitimitet) genom delaktighet, blir att brukarinflytandet förpassas till vårdarna att ta ställning till vilket vissa intervjuer antydde. Exempelvis genom att exempelvis hålla brukaren informerad om vad som sagts

om brukaren i sammanhang då brukaren inte varit närvarande, även då insatsen primärt inneburit råd och stöd för vårdarna snarare än brukaren.

Slutdiskussion

Jag fann inte så stringenta svar på min inledande frågeställning som jag hade förväntat, möjligen kan det bero på stora variationer i mitt underlag och det begränsade antalet insatser att analysera. Diskurserna indikerade att synen på brukaren och attribut som finns representerade inom målgruppen har betydelse för brukarens möjlighet att utöva inflytande och i vissa sammanhang kan innebära begränsningar eller inskränkningar, framförallt då brukaren av olika skäl ses som olämplig för samarbete. Sambandet var starkast då det gäller funktionshinder med utvecklingsstörning. Jag fann även att brukaren kan exkluderas om den förväntade nyttan av insatsernas effekt anses väga tyngre än nyttan av att involvera brukaren vilket var en del av syftet med uppsatsen. Diskurserna visade också att det kan råda både diskrepans eller ambivalens mellan "värden man öppet bekänner sig till" (espoused values), exempelvis ambitionen att involvera brukaren för att genomföra en insats och sådana som de facto styr beteendet (values in use) (Repstad 2009:152) exempelvis synen på brukaren som oförmöget subjekt eller förtydligande av dikotomiserande roller. Fastän diskurserna genererade mycket tydligare subjektpositioner än jag hade förväntat fann jag litet stöd för att diskurserna skulle vara vida accepterade av vårdarna som jobbar nära brukarna. En ansenlig mängd av de uttalanden som berör förhållningssätt och antaganden om brukaren faller inom det socialkonstruktionistiska legitimitetsbegreppet, som är en form av reproduktiv och normativ styrning (Berger & Luckmann 2007). Diskursen: Brukaren som icke tillförlitlig påvisade också att det kan råda diskrepanser mellan brukarens yttranden och hur det filtreras i tolkning, i Å Slettebø et al. (2012) nämns förtroende som en betydelsefull faktor för brukarinflytande men även i annan litteratur har förtroendet mellan hjälpare och hjälptagare en ikonisk status inom socialt arbete, vilket är svårare att etablera om brukaren uppfattas som icke tillförlitlig eller manipulativ. Konstruktionerna resulterar också i att brukarna inom i sitt boende tappar mandat för

medbestämmande kring sin egen person. Framförallt om vårdarna och specialistteamet samarbetar *för* brukaren snarare än *med* brukaren kan det vara svårt att utmana professionsmakten som genereras i detta gemensamma samarbete (se också Skau 2008). Eftersom ärendegången exkluderar brukaren som viktig samarbetspart och i avsaknad av tydliga kriterier exempelvis styrdokument för att involvera brukaren leder det till förhöjd risk för att subjektiva uppfattningar snabbare vinner terräng. Mellan kraven på effektivitet och önskan om ett samarbete med brukaren innebär det också ett etiskt limbo för specialistteamet. Ärendegångens exklusiva kedja öppnar för konflikt kring definitionsrätten om vårdarnas problembild/beskrivningar, naiva teorier och tolkningar såväl som enhetschefens på den aktuella gruppbestämningen ges utrymme framför brukarens vilket både förstärker specialistteamets utrymme att artikulera specialistmakt och samtidigt leder till förhandling om vilken (eller vems) kunskap som bör vägas in för att göra en korrekt anamnes och diagnos. I sammanhanget vill jag också påpeka att det kan vara så att rollen som exempelvis ett barn också kan innebära en fristad från normalitetens tvång, det är således högst opassande att moralisera över rollerna eftersom de kan uppfattas högst individuellt av brukarna. Positioner och diskurser liknande de jag fann (exempelvis brukaren som ett barn) presenteras även i socialstyrelsens *Bostad med särskild service och daglig verksamhet En forskningsöversikt* (se 2011-2-6:40-41) där det också framgår att det många gånger är en svår balansgång mellan att pusha och dirigera. Att ge omsorg och trygga rutiner kan uppfattas som en kränkning och vice versa. Karlsson (2007) uppmärksammar att medbestämmande i vissa fall inte är möjligt exempelvis vid grava funktionshinder, vilket ställer höga krav på omgivningen att aktivt skapa det utrymmet. Många gånger ligger också begreppet brukarinflytande i en potentiell gråzon mellan paternalism och medbestämmande, vilket inte utan vidare omsvep behöver innebära något negativt utan som Karlsson menar -bör sättas i sitt specifika sammanhang (ibid.).

Litteraturförteckning

Ahrne, G. & Svensson, P. (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*.
Malmö: Liber AB.

Alltjämt ojämnt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Artikelnummer: 2010-6-21. Elektronisk version (2/9 2012)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-21>

Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.) (2009) *Empowerment i teori och praktik*.
Malmö: Gleerups AB.

Berger, L, P & Luckmann, T. (2007) *Kunskapssociologi Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*.
Falun: ScandBook AB.

Bostad med särskild service och daglig verksamhet En forskningsöversikt.
Artikelnummer: 2011-2-6. Elektronisk version (5/9 2012)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-6>

Bolman, G, L & Deal, E, T. (2009) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*.
Lund: Studentlitteratur AB.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*.
Malmö: Liber AB.

Denvall, V. Heule, C. Kristianssen, A. (red.) (2011) *Social mobilisering - en utmaning för socialt arbete*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Det är mitt hem Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning.
Artikelnummer: 2010-12-26. Elektronisk version (23/9 2012)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-12-26>

Effekter av psykosociala insatser för personer med utvecklingsstörning och samtidig psykisk ohälsa En sammanställning av systematiska översikter
Artikelnummer: 2006-110-38. Elektronisk version 26/11 2012)

Egard, H. (2011) *Personlig assistans i praktiken Beredskap, initiativ och vänskaplighet*. Lund Dissertations in social work 42. Lund: Media-tryck.

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning
Elektronisk version (2/9 2012)
www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Jørgensen, M. & Phillips, L. (2008) *Discourse Analysis as Theory and Method*.
London: SAGE Publications Ltd

Karlsson, K. (2007) *Funktionshinder, samtal och självbestämmande En studie av brukarcentrerade möten*. Linköping: Tema kommunikation.

Lindqvist, R. (2007) *Funktionshindrade i välfärdssamhället*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Lägesrapport 2011 – Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Artikelnummer: 2011-2-1 Elektronisk version (2/9 2012)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-1>

Nirje, B. (2003) *Normaliseringsprincipen*
Lund: Studentlitteratur.
Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009.
Artikelnummer: 2010-3-27. Elektronisk version (2/9 2012)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-27>

Repstad, P. (2009) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*.
Lund: Studentlitteratur AB.

Skau, G. (2008) *Mellan makt och hjälp Om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. Malmö: Liber AB.

Åshild Slettebø, Elisabet Hellem, Kari Anette Bruusgaard, Vigdis Helen Madsen, Grete Alve & Birgitta Langhammer (2012) *Between power and powerlessness – discourses in the individual plan processes, a Norwegian dilemma*. Scandinavian Journal of Disability Research, 14:3, 270-283.

Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning. Statens folkhälsoinstitut. 2008. nr 2008:18. Elektronisk version PDF-format (2/9 2012)
http://www.fhi.se/PageFiles/3969/R200818_Halsa_utvecklingstorn0807.pdf

Svensson, K. (2008) *Normer och normalitet i socialt arbete*.
Malmö: Studentlitteratur AB.

Tillståndet och utvecklingen inom hälsa- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012. Artikelnummer: 2012-2-2. Elektronisk version (2/9 2012)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-2>

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide specialistteamet

- ✓ Kan du berätta lite om vilka personer som ingår i specialistteamet?
- ✓ Finns det några inofficiella eller temporära medlemmar exempelvis personer ansvariga för uppföljningar av arbetsgrupperna ute på arbetsplatserna?
- ✓ Vilken funktion har dom?
- ✓ Vem är specialistteamet till för?
- ✓ Vem är arbetsgivare, och varför (är det x och inte y)?
- ✓ Är ni unika eller finns det varianter på detta sätt att arbeta på i övriga Norden ?
- ✓ På vilket vis aktualiseras ett ärende?
- ✓ Vem gör det?
- ✓ Vad händer sedan, det vill säga efter att ni blivit inkopplade?
- ✓ Vilka för/nackdelar upplever ni med att jobba på det här viset?
- ✓ Finns några för/nackdelar med att inte Region Skånes psykiatri kopplas in? eller kopplar ni själva in dem ibland?
- ✓ Hur ser samarbetet ut?
- ✓ Finns några för/nackdelar för *brukaren* att jobba på det sätt som ni gör
- ✓ Brukarinflytande?
- ✓ Hur ofta blir era insatser efterfrågade?
- ✓ Blir ni ofta kontaktade av "samma" eller har ni mycket spridda insatser?
- ✓ Kan ni ge några exempel på lyckade/misslyckade interventioner?
- ✓ Vilken problematik dominerar, har ni uppfattat några tendenser eller trender på området?

Bilaga 2. Intervjuguide personal gruppbostad

- ✓ Hur involveras specialistteamet ?
- ✓ Hur ser arbetsgruppen ut ? även utbildning, åldersstruktur etcetera
- ✓ Vem aktualiserar ett ärende ? kan anhöriga eller personalen göra det exempelvis?
- ✓ Vad hände då specialistteamet blev inkopplade?
- ✓ Hur såg samarbetet ut ?
- ✓ Var synen på problematiken och hur den bäst ska åtgärdas i konsensus med specialistteamets uppfattning ?
- ✓ För/nackdelar ni upplever med att jobba på det här viset?
- ✓ vad kan vara svårt respektive underlättat att jobba på det vis som specialistteamet rekommenderat ?
- ✓ Ser du några för/nackdelar med att inte region Skånes psykiatri kopplas in ?
- ✓ Har specialistteamet själva kopplat in psykiatrin ?
dvs har de märkbar diagnostisk funktion och samarbete med psykiatrin ?
- ✓ För/nackdelar för brukaren att jobba på det sätt som Teamet förespråkar ?
- ✓ Brukarinflytande vad är det/betyder det för Dig ?
- ✓ På vilket sätt involveras brukarna i arbetet som sker kring deras person ?
om brukarmedverkan är minimal, efterfrågades skälen till detta och hypotetiska konsekvenser med valet att låta brukaren stå utanför informationen
- ✓ Hur gjordes insatserna innan specialistteamet startades ? (jämför med dagsläget)
- ✓ Hur hade ni gjort istället, om inte specialistteamet fanns att tillgå ?
- ✓ Kan du nämna tre viktiga faktorer eller egenskaper för att det skall bli både ett gott samarbete, och en insats som gynnar brukaren ?
- ✓ Har du några egna frågor, funderingar eller synpunkter ?
- ✓ Vilken problematik dominerar (ångest, depression mm), har ni uppfattat några tendenser eller trender på området i den meningen att det har ökat ?

Abstract

Author: Eric Michel Johansson

Title: Conditions of service-user influence and professional helpers (translated title)

Supervisor: Hanna Wittrock

Assessor: Christina Erneling

The aim was to gain insight into how specialist-teams intervening in psychiatric illness among individuals with disabilities handled and viewed service-user participation and how the view of the service-user effected service-user influence. Also other factors like authority and organizational context and limitations were recognized and accounted for. Data were collected by use of semi-structured interviews of the specialist-team and professional caregivers at the grouphomes where the interventions had taken places. By using primarily Ernesto Laclau and Chantelle Mouffe's discourse analysis as method for highlighting discourses, and organization theory and Berger and Luckmann's sociology of knowledge approach interpretative I found several discourses and factors impacting the service-users participation and possible means of user influence practice in various degrees. The dilemmas of service-user influence on professional interventions were not to be solved by my research but the study clearly shows how both discourses and organizational frame impacts and also show the necessity of service-user influence.

key words: service-user, influence, discourse, LSS, Intellectual disability, specialist-teams