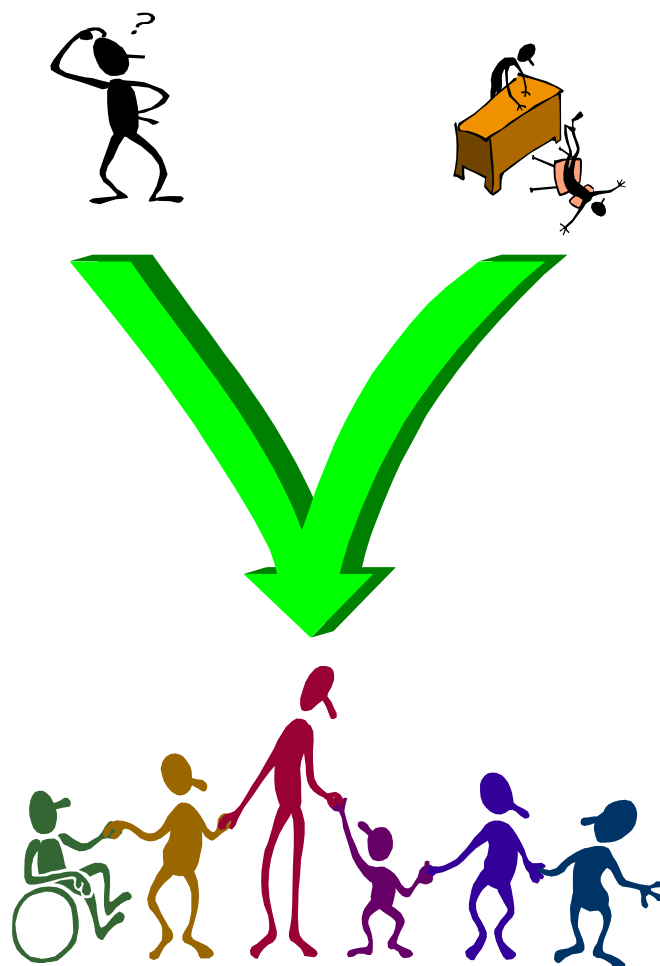


# PROJEKT BRUGERINDDRAGELSE OG UDVIKLING

*"en afrapportering"*

af: Cand.scient.soc. Rikke Pedersen



<b>Indledning</b>	<b>4</b>
Opstart og begrebsafklaring	4
Brugerråd – øvelser og dilemmaer	6
Projekt Brugerinddragelse og udvikling – en lang proces	7
<b>Projekt brugerinddragelse og udvikling</b>	<b>9</b>
Brugernes afhængighed af behandlingen	10
Fokus på brugerinddragelse i den sociale del af behandlingen	12
<b>Barrierer for brugerinddragelse</b>	<b>13</b>
Tidligere indsamlet viden om emnet	13
Den ulige relation mellem brugere og professionelle	14
Påvirkede brugere	15
Brugernes manglende engagement og ulyst til at forpligte sig og tage ansvar	15
Brugernes manglende træning i at tænke helhedsorienteret og på fællesskabet	18
Manglende tid/engagement fra de professionelle	19
Mangel på information	20
<b>Elementer i projekt brugerinddragelse og udvikling</b>	<b>22</b>
<b>Gruppeinterviews med brugere og personale</b>	<b>22</b>
<b>Spørgeskemaundersøgelse</b>	<b>23</b>
Men hvad viste undersøgelsen så?	25
<b>Initiativer til øget formidling til brugerne</b>	<b>27</b>
<b>Temadag om rammer og grænser for brugerinddragelse/indflydelse</b>	<b>28</b>
En hjælpende hånd	29
En relation	29
Et spændende job	29
<b>Bruger i ansættelsesudvalg</b>	<b>31</b>
<b>Fokus på brugerrådet</b>	<b>32</b>
Dyveke Ambulatorium får nyt brugerråd	33
Erfaringerne med brugerrådet	33
Selvevaluering i brugerrådet	35
Skal vi overhovedet have det brugerråd?	36
Hvad synes Dyvekes øvrige brugere	36
Nyt brugerråd på Dyveke igen igen	37
Ny struktur	38

Fra gruppediskussion til dynamisk rum _____	39
Fra evaluering til udvikling _____	39
<b><i>Det Dynamiske rum i praksis...</i></b> _____	<b>41</b>
Formål _____	41
Hvad kan man diskutere i det dynamiske rum _____	41
Hvem deltager i det dynamiske rum _____	42
Tovholder- og mødelederfunktionen _____	43
Formidlingsdelen _____	45
<b><i>Casebeskrivelse – Afholdelse af dynamisk rum, tema: Handleplanen</i></b> _____	<b>46</b>
Output fra dynamisk rum, Tema: Handleplanen.... _____	46
Uddrag af brugerudsagn fra debatten om handleplanen _____	47
Dynamisk rum med personalegruppen _____	51
Hvad kom der ud af at debattere Handleplanen i det dynamiske rum _____	53
<b><i>Sammenfatning og afrunding</i></b> _____	<b>54</b>
Litteratur: _____	61

## Indledning

Fænomenet *brugerinvolvering* opstod i starten af 80'erne som følge af et øget fokus på brugerrollen indenfor det sociale område. Det viste sig bl.a. ved forskellige måder at praktisere indflydelse på, f.eks. oprettelse af klagenevner, bestyrelser, foreninger, råd m.v. Disse praksisformer har holdt sig op igennem 90'erne og er først indenfor de sidste par år ved, at komme på dagsordenen indenfor arbejdet med stofmisbrugere. Årsagerne hertil er mangfoldige og har bl.a. en sammenhæng til den voldsomme ekspansion på området siden 1996. Her kom forskning, afklaring af kapacitet, organisering, metoder, definitioner af målgrupper o.s.v. til at fylde det meste af dagsordenen. På samme tidspunkt blev den sociale lovgivning justeret og brugerinddragelsen lovfæstet i Lov om Social Service (§§ 110-115) og Lov om Retssikkerhed og Administration (§4).

## Opstart og begrebsafklaring

I starten af 1999 satte vi temaet på dagsorden her på Dyveke Ambulatorium. Et af vore udviklingsmål for 1999-2000 blev sammenfattet i følgende arbejdstitel:

*”At inddrage brugerne i tilrettelæggelsen af indsatsen til forbedring af egen livssituation”.*

En forudsætning for søsætningen af temaet *inddragelse* var først en intern afklaring, forståelse og anvendelse af ”begrebet” brugerindflydelse i den videre arbejdsproces. Vor tilgang til dette tog afsæt i en bred opdeling af de niveauer, der ligger i begrebet. Vi opstillede 4 niveauer som vores forståelsesramme, der kom til at omhandle begreberne: *Stemmeret, inddragelse, indflydelse og selvbestemmelse*.

Denne indledende begrebsafklaring var nødvendig, da vore erfaringer er, at der eksisterer en mangfoldighed af forståelser (læs oversættelser) af brugerinddragelse indenfor dette område. Enhver forespørgsel til arbejdet med brugerinddragelse på området vil givet vise, at inddragelse praktiseres på mange forskellige måder i både formel og uformel form. Vi valgte at formalisere begrebet og måden at arbejde med det på som følgende:

Alle behandlingsinstitutioner på området praktiserer *brugerinddragelse*, derved at der (næsten) altid tilflyder brugerne informationer om ændringer/nye tiltag og der gives lejlighed til at ytre sig. Altså foreligger der muligheder for at inddrage brugernes synspunkter. På Dyveke Ambulatorium valgte vi at forpligte os til at inddrage brugernes synspunkter, da al *indflydelse* forudsætter inddragelse. Når vi taler om *brugerindflydelse* taler vi om situationsbestemt indflydelse. I en opstartsfase valgte vi at meddele brugerne (brugerrepræsentanterne i brugerrådet) at alt kunne sættes på dagsordenen, fremfor i forvejen at grænsesætte indflydelsens omfang. På den måde skabtes der muligheder for en åben og bramfri dialog, hvor grænserne viste sig under vejs og forklaringerne hertil kunne gives på stedet. At tale om begrænsninger i en opstartsfase på dette område, vil være en begrænsning i sig selv da motivationen, som er en forudsætning for at praktisere indflydelsen, ville svigte.

Når vi helt fra starten tog udgangspunkt i hele 4 niveauer, var det for at synliggøre de demokratiske elementer - eller spilleregler - der gælder i hele samfundet. D.v.s. at *stemmeretten* skal forstås rent bogstaveligt ligesom *selvbestemmelsen* i sin udmøntning betyder, at brugeren/borgeren selv afgør, hvorvidt der ønskes det tilbudte. D.v.s. at brugeren/borgeren kan sige nej, hvorved tilbuddet kan bortfalde eller ja og tilbuddet kan gives. For så vidt to yderpunkter set i en demokratisk kontekst.

Projektet viste, at man kommer til at bevæge sig på alle niveauer, dog med hovedvægten på den situationsbestemte brugerindflydelse. Den situationsbestemte brugerindflydelse lægger op til en voldsom udfordring af personalets/frontmedarbejdernes faglige og personlige holdninger, der spiller ind, når den situationsbestemte brugerindflydelse skal implementeres og udvikles lokalt.

At vi valgte en fastholdelse af projektets arbejdstitel: ”*Brugerinddragelse* og udvikling” var ud fra en erkendelse af at *brugerinddragelsen* altid har været tilstede i forhold til modtagere af sociale ydelser eller service. Enhver tilgang til temaet begynder, som nævnt ovenfor, med inddragelse.

Arbejdet med temaet blev opsplittet i et håndgribeligt kvalitetsmål, en overskuelig metode og en enkelt måde at måle vore resultater på. Altså en række indsats der i sidste ende førte til oprettelsen af det første brugerråd på Dyveke Ambulatorium i december 1999.

## **Brugerråd – øvelser og dilemmaer**

Formen ”brugerråd” blev valgt bevidst og ud fra en forventning om, at forenings- råds- eller bestyrelsestanken var et kendt begreb, som alle kunne forholde sig til. Rådet blev sammensat af ledelses- og personalerepræsentanter, samt repræsentanter for brugerne. Brugerrådet blev i starten et øvelsesområde for medarbejdernes muligheder for at afsøge- og afprøve holdninger og faglig viden i forhold til en nærmere definition af brugerindflydelsens omfang. For brugernes vedkommende blev det en øvelse i at forstå- og begå sig i et demokratisk forum og dermed agere som valgte repræsentanter for en gruppe.

Vi var fra starten rimeligt bevidste om et væsentligt dilemma eller barriere ved denne form for organisering af inddragelsen. Som valgt brugerrepræsentant for netop denne målgruppe - ældre stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling - skal man kunne agere reelt på vegne af den gruppeigestillede, som man er valgt af og dermed repræsenterer. Vi ved at vores målgruppes tids horisont og situationsfornemmelse ofte er hæmmet af egen umiddelbare behovstilfredsstillelse. Egne behov er impulsstyrede og skal helst realiseres indenfor en meget kort tidsramme (fra minutter til – 24 timer) og brugerne kan derfor ofte kun rumme egne behov (karakteristisk ved stofmisbrugeridentiteten). Dermed er brugernes repræsentative evner meget svækkede. Det var derfor nødvendigt at se rådsarbejdet som en pædagogisk proces, hvor personalerepræsentanterne måtte opdrage og lære brugerrepræsentanterne at agere i en demokratisk sammenhæng.

Brugerrådet blev således det fundament den situationsbestemte brugerindflydelse kunne bygges- og udvikles ud fra. Dialogen blev det gennemgående redskab og brugerrådet det forum, hvori medarbejderne blev udfordret ved de holdninger, synspunkter og ønsker brugerrepræsentanterne gav udtryk for. Der blev skabt en arena hvor (magt)forholdet mellem medarbejdere og brugere blev synligt, som det første eksempel på en række barrierer der skulle arbejdes med- og forandres.

## **Projekt Brugerinddragelse og udvikling – en lang proces**

Brugerinddragelsen er stadig i sin vorden på Dyveke Ambulatorium. De første skridt er taget i forhold til en længere proces, hvor målsætningen var- og er en kontinuerlig kvalitetsudvikling af stedets kerneydelser, primært baseret på brugernes udtrykte behov og særstandpunkter.

Målsætningen alene har den indbyggede barriere, der viser sig ved at brugernes forventninger øges. Et forventningspres der skal iagttages, da brugernes forventninger til institutionens formåen øges.

I løbet af 2000 besluttede vi at søge midler via Narko-puljen til finansiering af en videreudvikling af de hidtidige erfaringer. Samtidigt ønskede vi at skabe muligheder for at søge efter og eksperimentere med nye veje/metoder, som kunne være mere hensigtsmæssige specielt i forhold til vores tunge målgruppe. Vi opstillede en række fokusområder, som projektet skulle styre efter og metoden blev procesorienteret aktionsforskning. Ultimo 2000 faldt bevillingen på plads og der var dermed skabt grundlag for ansættelsen af cand. scient. soc. Rikke Pedersen i projektstillingen.

At implementere brugerinddragelse med svært belastede stofmisbrugere er meget ressourcekrævende og det var i en klar erkendelse af dette, at det blev nødvendigt at satse på en ressourceindsprøjtning udefra. Der forudsættes endvidere vilje og et stort engagement fra personalets side til at indgå i dette arbejde og en bevidst prioritering af indsatsen, derved at ressourcerne hertil midlertidigt må tages andre steder fra den daglige drift (se citat side 19, Krogstrup 1999).

Den 1. februar 2001 påbegyndte Rikke Pedersen sit arbejde på Dyveke Ambulatorium i en tidsbegrænset projektstilling. Rikke havde et solidt forudgående kendskab til området og brugergruppen i kraft af hendes netop afsluttede evalueringsarbejde på de 4 københavnske byambulatorier. Vi havde indrettet en slags ufærdig sandkasse, hvor der var plads til at eksperimentere, afprøve og udvikle nye former for brugerinddragelse. Der blev tilbudt en ramme, en medarbejdergruppe med lyst og engagement til at indgå i det videre arbejde og sidst, men ikke mindst, en stor gruppe brugere med

en stabil tilknytning til stedet. Arbejdet videreføres efter Rikkes ophør som en del af behandlingskulturen på stedet og vi forudser en langvarig erfaringsopsamling og dermed videreudvikling af den foreliggende metode.

Vore erfaringer videregiver vi i den efterfølgende rapport som inspiration til de frontmedarbejdere, der arbejder med stofmisbrugere i langvarige behandlingsforløb. Der kan klippes og klistres i vore erfaringer, man kan mene, at vi var/er naive eller være enig eller uenig i vore betragtninger. Vi håber dog, at man under alle omstændigheder vælger at læse dette som et helhjertet forsøg på at gå mere i dybden med inddragelse af svært belastede stofmisbrugere, med henblik på at kvalificere den behandlingsmæssige indsats overfor vores målgruppe. Og skulle man få lyst til at målrette brugerinddragelsen lokalt, så er vort bidrag til en metode hermed videregivet.

God fornøjelse. Oktober 2001

Niels Bo Petersen, leder, Dyveke Ambulatorium



## **Projekt brugerinddragelse og udvikling**

Hvad skal vi overhovedet med brugerinddragelse, hvordan griber vi det an og hvad handler brugerinddragelse om. I serviceloven står der, at brugere af sociale ydelser skal inddrages i tilrettelæggelsen og udførelsen af samme. Fokus er på, at forvaltningen skal være så brugerrettet, som det nu er muligt.

Naturligvis skal man rette sig efter lovens bestemmelser omkring brugerinddragelse, men lovens bestemmelser alene, er ikke det bedste incitament til brugerinddragelse. Det ypperste formål med at inddrage brugerne er ønsket om at højne kvaliteten af tilbud og ydelser i overensstemmelse med brugernes præferencer og ønsker. Brugerinddragelse kan være et middel til at udvikle og evt. forbedre den pågældende serviceydelse, bedre kommunikation mellem brugere og personale og øget socialt engagement blandt brugerne. Incitamentet til brugerinddragelse skal ideelt set være den specifikke interesse, den enkelte bruger har i opgavevaretagelsen på, i dette tilfælde ambulatoriet, netop fordi han/hun er bruger af det tilbud, der udbydes.

Arbejdet med *projekt brugerinddragelse og udvikling*, har i høj grad fokuseret på praksisformer omkring brugerinddragelse på Dyveke Ambulatorium. Idéen har været at undersøge de eksisterende praksisformer og evt. forbedre disse samt om muligt at udvikle nye. Udviklingen af nye praksisformer til brugerinddragelse skulle på sigt gerne stimulere brugerens lyst til at deltage og forholde sig mere aktivt til den behandling, de er i. Desuden er hensigten også at forbedre kommunikationen mellem brugere og personale således, at brugernes ønsker og forventninger i højere grad kommer til at præge Dyvekes tilbud og ydelser.

I hvilket omfang der kan bedrives brugerinddragelse og hvordan det kan gøres er naturligvis meget afhængig af karakteren af det tilbud, der ydes men også i et vist omfang af de brugere, der modtager ydelsen. Når man taler om og arbejder med brugerinddragelse i forhold til Dyvekes brugere, skal der både tages hensyn til selve indretningen af det tilbud Dyveke udgør og ressourcerne hos de brugere, der kommer i ambulatoriet. På nogle områder vil brugerinddragelse være lettere og falde mere naturligt end andre og på nogle områder eksisterer der allerede forskellige former for brugerinddragelse.

## **Brugernes afhængighed af behandlingen**

En vigtig forudsætning for at kunne bedrive reel brugerinddragelse er, at professionelle og brugere indgår i en ligeværdig relation og allerede her opstår der et væsentligt dilemma i forhold til brugerinddragelse på Dyveke Ambulatorium. Spørgsmålet er nemlig, hvorvidt det overhovedet er muligt at få en ligeværdig relation mellem brugere og professionelle, når brugerne er dybt afhængige af den ydelse, de modtager.

Erfaringer viser, at jo mere afhængig en bruger er af en social ydelse, desto vanskeligere er det med reel brugerinddragelse. Yderligere vanskeliggøres mulighederne for, at brugerne kan inddrages og påvirke ydelsen, når den ydelse brugeren er afhængig af er kendetegnet ved, at de professionelles forvaltning af ydelsen er præget af en høj grad af kontrol og autoritet. Er der derimod tale om mere fleksible ydelser, der sigter på hjælp og service, er mulighederne for brugerinddragelse større (Krogstrup 1999).

Groft skitseret kan man sige, at behandlingen på Dyveke består af to dele; en medicinsk og en mere social. Den medicinske del sigter på, at minimere forbruget af illegale stoffer og holde brugerne raske og abstinensfri, mens den mere sociale del er rettet mod at fastholde og evt. højne det sociale funktionsniveau hos den enkelte bruger. Lidt firkantet formuleret kan man sige, at den medicinske del af behandlingen, reelt er forudsætningen for, at det overhovedet er muligt at arbejde med at forbedre brugernes sociale situation. Det er tydeligt, at det er den medicinske del af behandlingen, der fylder mest i brugernes bevidsthed. Brugere er både fysisk og psykisk ekstremt afhængige af at få deres medicin for at føle sig ”raske” og modvirke kraftige abstinenssymptomer. For størstedelen af brugerne på Dyveke, er medicinen simpelthen det centrale i deres liv – det er den, der får deres hverdag til at hænge sammen..

Den sociale del af behandlingen er først og fremmest funderet i kontaktpersonordningen, hvor den enkelte bruger kan få individuel og personlig rådgivning efter ønske og behov. Men udover kontaktpersonordningen, består den sociale del af behandlingen også af en række tilbud om aktiviteter af både rekreativ og mere lærende karakter.

De to hovedelementer i behandlingen – det medicinske og det sociale – er hver især bl.a. kendetegnet ved, at graden af kontrol og autoritet er meget forskellig, spændende fra gennemgribende kontrol og autoritet i den medicinske del til en noget mindre grad af sammen omkring den sociale del af behandlingen. Sagt med andre ord ”man får sin medicin af nød, hvorimod man deltager i aktiviteter og tilbud af lyst. Tilbuddet om rådgivning og vejledning tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov og deltagelse i aktiviteter er helt på frivillig basis. Naturligvis er den sociale del af behandlingen også forbundet med forskellige rammer og grænser bl.a. bundet op på ambulatoriets åbningstider, økonomi, personalesituation, husregler og sidst men ikke mindst brugernes vilje og ”evne” til at deltage.

Udleveringen af medicin foregår under meget kontrollerede former, hvor åbningstider, dosering, indtagelsesmåde og fremmødefrekvens i sidste instans er op til de professionelle. Dermed ikke sagt, at brugerne ikke er levnet en vis elasticitet, særligt hvis man får en dosis under de magiske 100 ml<sup>1</sup>. I så fald er den enkelte faktisk selv med til at bestemme fremmødefrekvensen – og indtagelsesmåden kan i bund og grund ikke kontrolleres, når man har medicinen med hjem.

Den sociale del af behandlingen er i langt højere grad kendetegnet ved, at det er lysten og frivilligheden, der driver værket og fraværet af kontrol, krav og autoritet står i kontrast til den medicinske del af behandlingen. Der er således ingen tvivl om, at det vil være mest oplagt (læst nemmest) at arbejde med brugerinddragelse i den sociale del af behandlingen på Dyveke Ambulatorium. Den medicinske del af behandlingen er behæftet med så mange regler, love, fordomme og så megen kontrol, at reel brugerinddragelse nok er meget svær at arbejde med.

Men når det er sagt, så har den enkelte bruger faktisk lidt spillerum at operere i, når det handler om medicinen. Hvordan man administrerer sine ”tag hjem doser” er op til den enkelte, det er muligt at forhandle med lægen om at gå op eller ned i dosis, medicinen bringes ud til dem, der er syge og er man forhindret i at komme i åbningstiden, kan man lave en individuel aftale. At det er vanskeligt at arbejde med reel brugerinddragelse, når vi taler den medicinske del af behandlingen, betyder dog ikke, at håndklædet skal kastes i ringen. Der vil naturligvis være områder, hvor regler og kontrol i

---

<sup>1</sup> På Dyveke Ambulatorium, har man den regel, at man har dagligt fremmøde, hvis man får mere en 100 ml. metadon dagligt. De brugere der får 100 ml. eller derunder har individuelt aftalt fremmødefrekvens.

forbindelse med den medicinske behandling kan diskuteres og måske gøres mere elastiske og individuelt funderede.

### **Fokus på brugerinddragelse i den sociale del af behandlingen**

Men generelt ligger landet mere åbent for brugerinddragelse, når vi taler den sociale del af behandlingen – både hvad angår den enkelte brugers individuelle behandlingsforløb og aktiviteter og tilbud af kollektiv karakter. Projekt *brugerinddragelse og udvikling* er primært rettet mod at udvikle og afprøve nye metoder til brugerinddragelse i forhold til den sociale del af behandlingen på Dyveke Ambulatorium. Men det er ikke utænkeligt, at nogle af de afprøvede metoder også kan bruges i forhold til at debattere den medicinske del af behandlingen.

Endelig skal det slås fast, at brugeren langt hen ad vejen faktisk er i centrum på Dyveke – oftest er det muligt for den enkelte, at komme lige fra gaden med akutte problemstillinger og få råd og vejledning enten i form af en samtale med lægen, kontaktpersonen eller en anden personale. Kontakten med langt de fleste brugere er meget regelmæssig og personalets kendskab til den enkelte er f.eks. noget større end på et lokalcenter, bl.a. fordi mange brugere møder dagligt eller flere gange om ugen.

Hele behandlingen er lagt til rette om den personlige kontakt med brugerne. Man kan spørge sig selv, om servicelovens bestemmelser omkring brugerinddragelse ikke først og fremmest er rettet mod offentlige ydelser og service på områder, hvor man ikke i samme omfang har personlig kontakt med brugerne.

## **Barrierer for brugerinddragelse**

Når man taler om og arbejder med brugerinddragelse i den ambulante behandling, kan man ikke komme uden om, at der er visse barrierer for udøvelse og iværksættelse af samme. Barrierer for brugerinddragelse eksisterer på flere forskellige niveauer og omfatter både brugergruppen, de professionelle og karakteren af det tilbud/den ydelse, der udbydes. Det betyder, at man i ideelt set i praksis bør arbejde med at nedbryde barrierer for brugerinddragelse på flere fronter, hvor nogle barrierer naturligvis vil være forholdsvis lette at overkomme, mens andre vil være sværere og nogle måske umulige at nedbryde.

Allerede i ovenstående blev der kastet lys over en af de eksisterende barrierer for brugerinddragelse, nemlig den meget ulige relation mellem brugere og professionelle, hvor brugeren for sin del er totalt afhængig af den medicinske del af behandlingen på ambulatoriet.

### **Tidligere indsamlet viden om emnet**

I forbindelse med evalueringen af den ambulante substitutionsbehandling på 4 københavnske byambulatorier i 2000-2001, blev yderligere barrierer for brugerinddragelse afdækket. Her blev 40 ambulatoriebrugere, heraf 10 fra Dyveke Ambulatorium, interviewet – bl.a. om deres holdninger til og erfaringer med brugerinddragelse og indflydelse på egen behandling.

Interviewrunden viste overordnet, at ambulatoriebrugere oplever, at muligheden for brugerinddragelse faktisk er til stede, men at det kan være meget svært at gribe den. Dette dilemma synes først og fremmest at kunne relateres til, at mange brugere ikke har nogen fornemmelse af, hvad behandlingen er for en størrelse – altså lige bortset fra medicinen. Når man har svært ved at få greb om, hvad behandlingen går ud på og består af, kan det naturligvis også være svært at vide, om man har indflydelse på samme.

Mere specifikt kom det frem, at mange brugere savner information og viden om det brugerdemokratiske arbejde. Brugere oplever, at der mangler engagement og deltagelse fra brugersiden og hvis nogen endelig gider, er det altid de samme. Flere peger på, at de har oplevet, at brugermøder og

lignende møder med brugerdeltagelse ikke fungerer optimalt. Møderne er ofte alt for ustrukturerede og præget af for meget larm og for mange skænderier. Mange har også oplevet brugerdemokratiet som en pseudodemokratisk foranstaltning, hvor brugerne reelt ingen indflydelse har og som heller ikke tages alvorligt af personalet. Endelig syntes brugerne heller ikke rigtig at have nogen fornemmelse af handleplanen som et middel til indflydelse på eget individuelle behandlingsforløb.

Arbejdet med projekt *brugerinddragelse og udvikling* har på flere områder vist sig, at underbygge de barrierer for brugerinddragelse, der blev blotlagt i evalueringen af de 4 københavnske byambulatorier, ligesom nye barrierer har set dagens lys. Indkredsningen af barrierer for brugerinddragelse på Dyveke Ambulatorium er bl.a. sket gennem observationer af brugere til brugerrådsmøder og stormøder, samtaler med brugere, en spørgeskemaundersøgelse og gruppeinterviews med brugere og personale.

I det nedenstående er det kort skitseret, hvilke væsentlige barrierer for brugerinddragelse, der er identificeret i forbindelse med projekt *brugerinddragelse og udvikling*. Listen af skitserede barrierer er ikke udtømmende, men vægten er lagt på de barrierer, der formodes at være generelle i forhold til arbejdet med brugerinddragelse i denne type behandling.

### **Den ulige relation mellem brugere og professionelle**

Her refereres til den ulige relation mellem brugere og professionelle, der bl.a. er kendetegnet ved, at brugeren for sin del er dybt afhængig, af den ydelse vedkommende modtager og hvor mulighederne for at søge alternative tilbud er meget begrænsede (se ovenstående). En af Dyvekes kerneydelser er som beskrevet substitutionsbehandlingen, hvor relationen til brugerne er præget af autoritet og udøvelse af kontrol. Når en ydelse er kendetegnet ved en høj grad af autoritet og kontrol, begrænses mulighederne for, at brugerne kan inddrages og influere på ydelsen.

## **Påvirkede brugere**

Som beskrevet er den medicinske del af behandlingen genstand for megen opmærksomhed på Dyveke, både hos brugerne og hos personalet. Medicinen kræver mange ressourcer i dagligdagen dels samtalemæssigt - i form af mange og lange diskussioner med brugerne om doser og fremmøde og dels rent praktisk via administration og selve udleveringen.

Ikke mindst fylder medicinen meget i brugernes ”univers” og opleves af dem som værende grundstenen i behandlingen. Den megen fokus på medicinen synes at hæmme brugernes evne til at stille skarpt på den øvrige behandling, som de tilmed har svært ved at få greb om. Sommetider kan man få den fornemmelse, at medicinen fylder så meget i brugernes bevidsthed (og tilværelse i øvrigt), at de simpelthen har svært ved at rumme ret meget andet.

Flertallet af Dyvekes brugere får, ud over deres metadon, også ordineret benzodiazepiner på indikationen vedligeholdelsesbehandling. Ud af 80 indskrevne brugere får knap 2/3 ordineret benzodiazepiner. Derudover viser en intern undersøgelse, at størstedelen af brugerne også har et mere eller mindre regelmæssigt sidemisbrug af illegalt erhvervede stoffer. Endelig har en stor del af brugerne også et dagligt forbrug af hash og eller et stort forbrug af alkohol.

Arbejdet med projekt *brugerinddragelse og udvikling* har vist, at den påvirkede tilstand, som en stor del af brugerne jævnligt befinder sig i, er en barriere for brugernes engagement og deltagelse. Desuden betyder brugernes påvirkede tilstand også, at der kommer støj på linjen i dialogen med brugerne. Oplevelsen af, at nogle af brugerne periodevis er for påvirkede til at engagere sig i behandlingen på Dyveke, i lidt bredere forstand, kan både forekomme i det daglige møde med brugerne og mere direkte i brugerrådsarbejdet.

## **Brugernes manglende engagement og ulyst til at forpligte sig og tage ansvar**

Undervejs i arbejdet med projektet har det vist sig, at det kan være endog aldeles vanskeligt at få brugerne til at indgå i det demokratiske arbejde på Dyveke og tage ansvar for egen og andres inddragelse i det behandlingstilbud, Dyveke udgør. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at det er svært at

hverve og fastholde brugere i brugerrådet og at det er vanskeligt at få brugere til at tage initiativ til og deltage i aktiviteter og debatter. Det er ikke så vanskeligt at fange brugernes interesse i kortere tid ad gangen, men det er kun et fåtal af brugerne, der har lyst til at forpligte sig til noget som helst på sigt. Faktisk får man ind imellem det indtryk, at brugerne (på nær nogle ganske få) slet ikke gider brugerinddragelse og at de allerhelst vil have lov til at være i fred.

Nogle vil her pege på, at der ligger et dilemma i, at det så kun er de stærkeste, der deltager og at de mindre stærke ikke kommer til orde. Et sådan dilemma kan ikke løses, men må håndteres på en facon, hvor man kan gøre brug af de stærke brugeres engagement og handlekraft uden det dermed betyder, at man løber de mindre stærke over ende.

Der kan være mange årsager til, at det det ligger så tungt med brugernes engagement og deltagelse og nogen udtømmende forklaring ligger ikke lige for. Det kan tænkes, at flertallet af brugerne først og fremmest opfatter Dyveke som et fristed, hvor der ikke stilles krav til dem og hvor det heller ikke forventes, at man deltager med ret meget mere end sin blotte tilstedeværelse. Det kan også tænkes, at det manglende engagement fra brugersiden er et udtryk for den samme afmatning, man ser i andre demokratiske sammenhænge, f.eks. den manglende deltagelse i beboerrepræsentationer, politiske partier, andelsforeninger mm., hvor det er ofte de samme, der melder sig og har lyst til at tage ansvar.

Samtaler med brugerne har vist, at der er en tendens til at opfatte brugerindflydelse som et spil for galleriet, hvor brugerne sætter spørgsmålstegn ved, om de reelt har nogen indflydelse. Mange har oplevet et utal af råd og brugergrupper men synes ikke helt, at indsatsen står mål med resultaterne.

Nogle fortæller, at et mangeårigt liv i behandlingssystemet har frataget dem initiativ og handlekraft, mens andre peger på, at man som stofafhængig har svært ved at forpligte sig og tage ansvar for andre end sig selv. Nogle af disse faktorer kommer til udtryk ved, at brugerne langt hen ad vejen føler sig magtesløse og ”vælger” at resignere, bl.a. fordi de ikke mener, at kunne honorere de krav, omverdenen nu måtte stille til dem. Krogstrup beskriver det, i det følgende citat som, at medborgeridentiteten er truet;



*”Hos afvigende eller sårbare grupper....., er der en risiko for, at medborgeridentiteten trues. Dette gælder ikke mindst, hvis man har levet en stærkt institutionaliseret tilværelse, hvor oplevelsen af ikke at kunne øve indflydelse har forstærket følelsen af mindreværd og nederlag. Nederlagsfølelsen kan forplante sig til en generel resignation og passivitet.....” (H.K.K 1999)*

Brugerne føler, at omverdenen ikke tager dem alvorligt eller lytter til dem og at deres mening ikke tæller, fordi de er stofafhængige. Det brugerne her beretter kan i og for sig også beskrives som et livsforløb præget af *social devaluering*. Ifølge Krogstrup, kan den sociale devaluering illustreres gennem 6 trin;

1. Iagttagelse af en person
2. Iagttagelse af at personen er anderledes
3. Personen sammenlignes med det ”normale”
4. Der sker en negativ værdsættelse
5. Personen defineres som tilhørende en gruppe
6. Personen behandles mindreværdigt

De 6 trin i den sociale devalueringsproces beskriver hvordan en person over tid, og blot fordi vedkommende afviger fra det ”normale”, mister social status og ”pålægges” en negativ social identitet. De tre første trin kræver vel ingen nærmere forklaring, derimod er det interessant, at se nærmere på trin 4-6.

**Trin 4** henfører til, at en negative (”ikkenormal”/ afvigende fra det normale) værdsættelse overføres til personen, der opfattes som mindre værd – personen devalueres. Der er risiko for, at vedkommende bliver det, omgivelserne forventer.

I **trin 5** identificeres vedkommende som værende en del af en gruppe (andre ligestillede ”afvigere”) med en mindreværdig identitet og forventningerne til vedkommende er modsvarende negative. Der er overhængende risiko for, at vedkommende kommer til at indtage en rolle, som er i overensstemmelse med den negative profil.

**Trin 6** - som medlem af en negativt vurderet gruppering, behandles man ofte mindreværdigt af andre – man bliver spærret inde i samfundets opfattelse af en...også selvom man ikke kan genkende sig selv i omgivelsernes billede (H.K.K 1999).

Den sociale devaluering er nok ikke den eneste forklaring på brugernes manglende deltagelse, initiativ og ansvar i forbindelse med brugerinddragelse, men devalueringens forløb har uden tvivl præget en stor del af brugernes liv. Sagt meget firkantet, *hvis du stort set altid er blevet mødt af, at ingen forventer noget positivt fra din side, ingen stiller krav til dig og flertallet opfatter dig som "en byld i r...." på samfundet, jamen så tror du måske til sidst, at sådan er det og så handler du derefter.*

At frigøre sig fra den sociale devaluering, der er forbundet med at være stofafhængig, er nok meget vanskeligt, med mindre man samtidig er i stand til at ændre omverdenens opfattelse af en "narkoman".

### **Brugernes manglende træning i at tænke helhedsorienteret og på fællesskabet**

En stor del af brugerne på Dyveke Ambulatorium har en meget svær opvækst bag sig bl.a. kendetegnet ved en ofte meget mangelfuld skolegang. Det er ældre garvede brugere, der igennem mange år, har levet deres liv i et parallelunivers til det omgivende samfund, hvor der eksisterer ganske andre regler og normer, end dem vi andre lever efter. Det gælder både livet som aktiv stofafhængig og tilværelsen som "semiaktiv"<sup>2</sup> bruger i ambulatoriebehandling.

Teoretisk kan man beskrive det som eksistensen af mangfoldige virkeligheder, hvor enhver har sin egen specielle og særlige eksistensstil. I teorien om de mangfoldige virkeligheder, er verden noget, som vi ændrer gennem vores handlinger, eller som ændrer vores handlinger. Handlinger beskrives her som manifestationer af menneskets spontane liv (Schutz 1975).

---

<sup>2</sup> Når jeg her tillader mig at skrive "semiaktiv", er det fordi en stor del af ambulatoriebrugerne, trods det at de er i substitutionsbehandling, har et større eller mindre forbrug, af illegalt erhvervede stoffer.

Handling - både den man udøver, eller den man bevidst undlader at udøve, må karakteriseres som handling. Når brugerne ikke handler, som vi forventer eller måtte ønske os, er det i lige så høj grad et udtryk for et bevidst valg fra deres side. Når vi ikke forstår deres handlinger, er det måske fordi vores virkelighedsopfattelser er for forskellige, jfr. teorien om de mangfoldige virkeligheder.

Hvor vi andre et stykke ad vejen, via uddannelse, socialt samvær, arbejde mm. er skolet i at tænke helhedsorienteret og i nogen grad på fællesskabet, synes brugerne at være fokuseret på egen umiddelbare behovstilfredsstillelse. Et mangeårigt liv, hvor virkeligheden primært har drejet sig om at skaffe stoffer for at holde sig rask, har ikke levnet plads til ret meget mere end "overlevelse".

Brugernes ofte manglende evne til at tænke helheds- og fællesskabsorienteret kommer ikke kun til udtryk ved, at de har svært ved at engagere og forpligte sig i det brugerdemokratiske arbejde. Det bliver også tydeligt, når de få brugere, der magter at deltage, ikke er ret gode til at repræsentere de øvrige brugeres interesser, men primært agerer ud fra egennyttige formål.

### **Manglende tid/engagement fra de professionelle**

Det skal ikke her postuleres, at de professionelle ikke vil, eller for den sags skyld evner, at inddrage brugerne i behandlingen på Dyveke Ambulatorium. Det handler nærmere om manglende engagement og tid. Tit og ofte opleves brugerinddragelse som et krav, der kommer ovenfra og skal implementeres i hverdagen på ambulatoriet. Et krav som det lige umiddelbart kan være svært at finde tid og rum til at honorere, i hvert fald i en implementeringsfase. I sin bog *Det handicappede samfund* beskriver Krogstrup det meget rammende således:

*"Der synes at være en tendens til, at brugerinddragelse får karakter af et projekt, som nærmest foregår på sidelinien af almindelig praksis, og af og til må understøttes af forsøgsmidler, fordi det ellers er vanskeligt at tilvejebringe de fornødne ressourcer og de fornødne argumenter for det ekstraarbejde, som brugerinddragelsen tilsyneladende kræver"* (Krogstrup 1999).

På den anden side handler det måske også om, at der med kravet om brugerinddragelse pludselig sættes navn på noget, som de professionelle har følt sig frem med allerede inden, det blev formule-

ret i serviceloven. Dyveke Ambulatorium er faktisk et eksempel på et meget brugerrettet tilbud, hvor det primære (ud over medicinen) er dialog og kontakt mellem den enkelte bruger og dennes kontaktperson.

De professionelle på Dyveke, har løbende forsøgt sig med flere initiativer til brugerinddragelse, men er ofte blevet skuffede og måske desillusionerede over brugernes manglende deltagelse og engagement. Det er intet under, at personalet ind i mellem har oplevet, at deres forsøg på at mobilisere og inddrage brugerne har været skønne spildte kræfter, der kunne have været anvendt mere konstruktivt på øget omsorg.

Faktum er dog, at brugerinddragelse på Dyveke ikke er en fast del af fagligheden og den daglige praksis på en sådan måde, at brugerinddragelse kunne blive et middel til øget kvalitet i service og ydelser. Brugerinddragelse bliver heller ikke været anvendt som et redskab til afgivelse af magt og herunder definition af problemer og løsninger.

Brugerinddragelse på Dyveke har først og fremmest handlet om at få opbygget en positiv relation til den enkelte således, at man kan tilbyde omsorg, råd og praktisk hjælp uden samtidig at ”øve vold” på den enkelte brugers personlige rettigheder. Med andre ord har brugerinddragelse, som arbejdsredskab være brugt meget snævert i forhold til intentionerne i serviceloven.

### **Mangel på information**

Arbejdet med *projekt brugerinddragelse og udvikling* har vist, at manglende formidling og information er en væsentlig barriere for brugerinddragelse og brugerdeltagelse. Her menes information og formidling over en bred kam; brugerne imellem, mellem brugerne og deres repræsentanter i brugerrådet, mellem brugerne og personalet og mellem personalet og brugerrådet.

Manglende information og formidling har bl.a. haft den umiddelbare konsekvens, at personalets viden om brugernes holdninger til og oplevelser af behandlingen på Dyveke, er begrænset. Når kendskabet til brugernes oplevelser og holdninger ikke er optimal, bliver det naturligvis vanskeligt

at inddrage brugernes viden, kritik og forslag i arbejdet med at udvikle og opkvalificere behandlingen på Dyveke.

Helt overordnet betyder den manglende information, at mange brugere ikke har nogen helhedsforståelse af den behandling, de er i. De har svært ved at se formålet med behandlingen og de kan ikke rigtig få greb om selve behandlingsindholdet. Brugernes manglende indblik i formålet med behandlingen betyder, at mange måske lidt fejlagtigt primært opfatter og benytter Dyveke som en varmerstue, hvor der ikke er andre forventninger til én, end man overholder de gældende husregler.

Brugerne imellem betyder den manglende formidling og informationsudveksling for det første, at brugerne savner indblik i de demokratiske processer på stedet, ligesom mange er helt uvidende om, dels eksistensen af et brugerråd og mere specifikt, hvad brugerrådet laver. For det andet betyder det, at brugerrepræsentanterne reelt ikke har nogen fornemmelse af ønsker, idéer og forventninger hos de brugere, de repræsenterer. Alt i alt kommer brugerrådet nemt til at fremstå lidt som en hemmelig junta, der meler egen kage og reelt er mere knyttet til personalegruppen end til brugerne.

## Elementer i projekt brugerinddragelse og udvikling

Arbejdet med *projekt brugerinddragelse og udvikling* var i opstartsfasen primært koncentreret om at undersøge de eksisterende praksisformer omkring brugerinddragelse samt afdække nogle af de væsentlige barrierer for at inddrage brugerne. Der har været anvendt forskellige metoder hertil spændene fra deltagerobservationer til spørgeskemaundersøgelse og gruppeinterviews. I det følgende skitseres nogle af de metoder, der har været anvendt samt mere konkrete tiltag i retning af øget brugerinddragelse.

- ❑ **Gruppeinterviews med brugere og personale**
- ❑ **Spørgeskema undersøgelse**
- ❑ **Initiativer til øget formidling til brugerne**
- ❑ **Temadag om rammer og grænser for brugerindflydelse**
- ❑ **Bruger i ansættelsesudvalg**
- ❑ **Fokus på brugerrådet**

### Gruppeinterviews med brugere og personale

Allerede tidligt i projektet, blev der afholdt en række gruppeinterviews med forskellige brugere fra Dyveke Ambulatorium. Hensigten var, at få kastet lys over brugernes holdninger til og oplevelse af brugerdemokratiet og brugerinddragelse på Dyveke. Valget faldt på gruppeinterviewmodellen, fordi jeg gerne ville fremprovokere en debat brugerne i mellem, hvor de kunne diskutere emnet på deres præmisser, lytte og lade sig inspirere af hinanden. Samtidig var jeg også interesseret i at afprøve og evt. udvikle gruppeinterviewet som mulig metode til brugerinddragelse.

Output fra de første gruppediskussioner, kan i høj grad aflæses i de allerede skitserede barrierer for brugerinddragelse. Brugernes fokus samlede sig primært om brugerrådet, eget engagement og deltagelse, brugernes oplevelser af personalets holdninger til brugerinddragelse samt manglende information. Samtidig viste gruppediskussionerne også, at selve formen (gruppeinterviewet) var en konstruktiv måde at få debatteret et tema på, hvor de deltagende brugere oplevede at komme til orde og kunne diskutere frit.

I samme åndedrag har der været afholdt tilsvarende gruppeinterviews med personalet, hvor de har skulle debattere brugernes holdninger til og oplevelser af konkrete temaer/situationer. Også personalet har givet positive tilbagemeldinger på gruppeinterviewformen. Som en konsekvens af de positive erfaringer besluttede jeg, at arbejde videre med gruppeinterviewet som metode til brugerinddragelse stærkt inspireret af Krogstrups BIKVAmodel. Udviklingen af gruppeinterviewet til det, som vi har valgt at kalde *det dynamiske rum*, vil blive beskrevet nøje senere.

## **Spørgeskemaundersøgelse**

Sideløbende med gruppeinterviewene iværksatte jeg en spørgeskemaundersøgelse til Dyvekes brugere. Undersøgelsen skulle afdække brugernes holdninger og kendskab til mulighederne for brugerinddragelse på Dyveke Ambulatorium. Formålet med undersøgelsen var dels at få uddybet nogle forhold omkring brugerinddragelse, der kom frem i ”evalueringen af de 4 københavnske byambulatorier” og dels at indkredse hvilke områder, der skulle fokuseres på i arbejdet med brugerinddragelse på Dyveke.

I ”Evalueringen af de 4 københavnske byambulatorier”, blev der, som nævnt tidligere, foretaget interview med 40 ambulatoriebrugere – heraf også 10 brugere fra Dyveke Ambulatorium. Her skulle respondenterne bl.a. tage stilling til spørgsmål omkring brugerinddragelse i bred forstand og indflydelse på eget behandlingsforløb. Evalueringen viste bl.a., at størstedelen af respondenterne havde den oplevelse, at muligheden for indflydelse i bred forstand (dagligdagen på ambulatoriet, aktiviteter mm.) faktisk var tilstede men, at det var svært at håndtere den. Brugerne pegede bl.a. på; manglende information og viden om de demokratiske fora, utilfredshed med formen og måden de fungerede på i praksis, mistillid til brugerrepræsentanternes evne til at repræsentere brugergruppen som helhed og manglende deltagelse og engagement fra brugerside.

Omkring indflydelse på eget individuelle behandlingsforløb viste evalueringen bl.a.; at respondenterne oplevede handleplanen som et stykke papir, der mest er til for systemets skyld. Yderligere gav respondenterne udtryk for, at arbejdet med handleplanen langt hed ad vejen var formålsløst og uden effekt på deres situation.

Ovenstående brugervurderinger, af brugerdemokratiet og muligheden for indflydelse på eget individuelle behandlingsforløb, har dannet grundlag for udformningen og indholdet i spørgeskemaundersøgelsen til Dyvekes brugere.

Spørgeskemaerne blev udformet på en sådan måde, at fokus var rettet mod de områder omkring brugerdemokrati og brugerindflydelse jeg, via arbejdet med evalueringen, på forhånd vidste var problematiske. Ved primært at fokusere på de problematiske forhold – og ignorere de mere velfungerende områder, blev fokus skærpet på de udvalgte problematikker i undersøgelsen.

Det færdige skema kom til at indeholde 2 x 11 udsagn med fokus på følgende: egen deltagelse og engagement, kendskab til brugerdemokratiet og erfaringer med og holdning til handleplanen. Skemaet er bygget op efter en skaleringsmodel, hvor respondenterne har skulle tage stilling til ”2 yderpunkter af samme sag”, og svare i forhold hvilket yderpunkt vedkommende var mest enig i.

Det viste sig, at arbejdet med skemaerne i praksis, ikke var så ligetil endda. Brugere havde ikke de store forståelsesproblemer med selve spørgsmålene men måden, der skulle svares på (skaleringsmodellen), var muligvis lidt for utraditionel for brugere og krævede tilsyneladende en vis koncentration. Med andre ord var jeg i flere tilfælde nød til grundigt at forklare den enkelte, hvordan skemaet skulle udfyldes og i flere tilfælde at ”kigge brugere over skulderen” undervejs for at sikre mig, at udfyldningsmåden var korrekt. Det betød alt i alt, at arbejdet med at få skemaerne i hus i udfyldt stand har været ret tidskrævende.

Det har naturligvis været frivilligt for brugere at deltage i undersøgelsen, og det er faktisk kun få, der har takket nej. Alligevel har det være svært at få svarprocenten helt i top idet, få brugere kun har sporadisk fremmøde, nogle bliver kun de få øjeblikke, det tager at få udleveret sin metadon og andre afsoner, har karantæne eller er hospitalsindlagt.



For at få så mange som muligt til at udfylde valgte jeg, at adressere de enkelte brugere personligt. Ved at henvende mig til hver enkelt, var det også muligt at forklare formålet med undersøgelsen, hvordan man rent teknisk skulle udfylde skemaet samt i nogle tilfælde hjælpe den enkelte med at læse spørgsmålene<sup>3</sup>.

Jeg valgte selv at stå for at få udleveret og inddraget skemaerne. Jeg fravalgte med vilje, at få assistance fra andre medarbejdere, idet skemaet indeholder spørgsmål, der er rettet mod samarbejdet mellem kontaktperson og bruger. Besvarelsen af netop de spørgsmål, i nærvær af en af personale, kunne bringe den enkelte ud i en loyalitetskonflikt. Det er min oplevelse, at man som ”udenforstående” projektmedarbejder, opfattes som værende mere neutral af brugerne, hvorfor besvarelsene kunne tænkes at være mere ærlige.

### **Men hvad viste undersøgelsen så?**

I alt har 48 personer, svarende til 60% af de indskrevne brugere på Dyveke, udfyldt og afleveret et spørgeskema. Kun et skema var så sporadisk udfyldt, at det måtte kasseres. Enkelte har sprunget et eller flere spørgsmål over og enkelte har tilføjet uddybende kommentarer - enten i relation til udsagnene i skemaet eller til selve formen på samme. Kønsfordelingen i de indkomne besvarelser stemmer fint overens med kønsfordelingen på Dyveke Ambulatorium, idet 2/3 af respondenterne er mænd. Undersøgelsen omfatter primært brugere, som regelmæssigt kommer i ambulatoriet.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter på flere områder, at de problemer der blev indkredset i evalueringen af de 4 byambulatorier, også er aktuelle på Dyveke. Desuden peger undersøgelsen i retning af, at der på nogle punkter ikke helt er overensstemmelsen mellem brugernes opfattelse af eget engagement og deltagelse og den virkelighed man, som udenforstående projektmedarbejder, er vidne til.

---

<sup>3</sup> Nogle af brugerne kan næsten ikke læse og nogle har dårligt syn og mangler briller, der matcher den manglende synsevne.

Samlet viser undersøgelsen, at det store flertal af brugerne mener, at det er vigtigt med brugerinddragelse, men kun en lille del deltager selv aktivt i brugerdemokratiske aktiviteter. Over halvdelen af brugerne erklærer, at de mere eller mindre jævnligt deltager i ture og aktiviteter med Dyveke. Sidstnævnte er et eksempel på, at brugernes udsagn ikke helt stemmer overens med den virkelighed, som medarbejderne (og jeg som projektmedarbejder) oplever. Men det handler naturligvis meget om hvordan, man dels opfatter ture og aktiviteter og dels begrebet jævnligt. Et mere realistisk bud er nok, at en mere eller mindre fast gruppe på 5-15 brugere (ca. 15 %), jævnligt deltager i ture og aktiviteter.

Af undersøgelsen fremgår det, at kendskabet til brugerrådet og dets aktiviteter og beføjelser lader noget tilbage at ønske, idet hele 40% af respondenterne ikke kendte til eksistensen af et brugerråd og derfor heller ikke til dets beføjelser og aktiviteter.

Blandt respondenterne er der meget delte meninger om, hvorvidt det opleves, at behandlerne er lydhøre overfor brugernes ideer og forslag. Omkring 1/3 erklærer sig enige i, at personalet er lydhøre over for idéer og forslag, mens 26% mener det modsatte. Ser man på respondenternes opfattelse af, hvorvidt de oplever at have medbestemmelse på Dyveke, er besvarelsene lidt mere positive. Over halvdelen er enige i, at de har medbestemmelse og kun 1/3 mener, at det ikke er tilfældet.

Flertallet mener, at har man kritik og forslag, nytter det ikke noget bare at brokke sig i flæng - man er nød til at gøre noget aktivt selv. Det er dog langt fra flertallet, der i praksis vælger at være aktive og gøre noget selv – virkeligheden er nærmere, at flertallet bare sidder og brokker sig i cafeen, når der er noget, de er utilfredse med. Det er dog kun et fåtal af respondenterne, der vedgår sig at kritik og forslag oftest ender som brok i caféen. Tydeligere bliver det, når brugerne kun i ganske ringe omfang henvender sig til brugerrådet med temaer, de gerne vil have taget op, ligesom Dyvekes idékasse kun bruges meget sjældent.

Over halvdelen af respondenterne oplever, at de har indflydelse på egen behandling mens 1/5 ikke mener, at det er tilfældet. Når spørgsmålet falder på handleplanen, fordeler respondenterne sig i to næsten lige store grupper – dem der er enige i, at handleplanen er en kontrakt, hvor bruger og kontaktperson gensidigt forpligter hinanden og dem der enige i, at handleplanen ikke er det stykke papir værd, den er skrevet på.

Flertallet af respondenterne, lige knap 2/3, oplever, at deres kontaktperson er positiv overfor arbejdet med handleplanen og synes, at deres kontaktperson har sat sig selv og brugeren ind i, hvad en handleplan kan bruges til. Kun en mindre del (omkring 10%) mener ikke, at deres kontaktperson er positiv overfor arbejdet med handleplanen.

Omkring respondenternes erfaringer med handleplanen, som arbejdsredskab i eget behandlingsforløb, deler besvarelserne sig igen i to næsten lige store grupper. Den ene halvdel af respondenterne synes, at de i større eller mindre grad har gode erfaringer med handleplanen som arbejdsredskab. Lige så mange svarer ”ved ikke” eller erklærer, at de ingen eller stort set ingen erfaringer har med handleplanen som arbejdsredskab i forhold til eget behandlingsforløb. Faktisk har knap ¼ svaret ”ved ikke” på udsagnene vedrørende handleplanen, hvilket muligvis er en konsekvens af, at de ikke har fået lavet nogen handleplan, mens de har været på Dyveke Ambulatorium.

Set i et lidt bredere perspektiv underbygger resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen nogle af de problemstillinger, der kom frem i ”Evalueringen af de 4 københavnske byambulatorier”. Flertallet mener faktisk, at de har medbestemmelse på Dyveke, men kendskabet til brugerdemokratiet og brugerrådet kunne være større og omfatte flere brugere. Det er kun et fåtal af brugerne, der selv deltager i brugerdemokratiske aktiviteter og arbejdet med handleplanen er et ømt punkt, hvor mange har den oplevelse, at handleplanen ikke er det stykke papir værd, den er skrevet på.

## **Initiativer til øget formidling til brugerne**

**B**åde de første gruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelsen viste, at der var brug for at få mere fokus på kommunikation og formidling, særligt mellem brugerne og brugerrådsrepræsentanterne. Brugerrådet synes ikke at være gode nok til at formidle deres arbejde til brugerne, og mange brugere havde en oplevelse af, ikke at have noget som helst indblik i brugerrådets arbejde. Det besluttede vi os, at forsøge at gøre noget ved. For det første skulle referater fra brugerrådsmøderne være mere tilgængelige for brugerne. Det var tydeligvis ikke nok at hænge mødereferaterne op på opslagstavlen, i stedet skulle de fremover være også være tilgængelige på bordene i caféen og over en længere periode. Men den skriftlige formidling skulle kombineres med mundtlig, ikke kun

for at nå ud til så mange brugere som muligt, men også for at give brugerne mulighed for at stille spørgsmål til referatet og dermed til rådets arbejde.

I praksis er det kommet til at fungere på den måde, at der den 2. mandag efter, der har været afholdt brugerrådsmøde, er briefing i caféen for alle tilstedeværende brugere og personaler. To fra brugerrådet har på forhånd påtaget sig at stå for briefing, der i al sin enkelhed går ud på at informere brugerne om sidste nyt fra brugerrådet, på baggrund af referatet fra det sidst afholdte brugerrådsmøde. Undervejs og efterfølgende er der så mulighed for, at de tilstedeværende kan stille spørgsmål. Briefingerne bliver ikke annonceret i forvejen, men ligger altid på mandage. Mandag er ikke tilfældig valgt, det er en af de store fremmødedage og så er der længe åbent med fællesspisning.

Briefingerne fra brugerrådet er blevet positivt modtaget af de øvrige brugere, der har oplevet, at brugerrådet er blevet mere synligt og fremstår mere aktivt. Der er ingen tvivl om, at den mundtlige formidling i det bredere forum, for nogle har udfyldt et ”informationstomrum” og har gjort, at brugerrådets arbejde er nået ud til flere brugere end hidtil. Men dermed ikke sagt, at det har fungeret optimalt, briefingerne var i starten præget af udeblivelser fra de ansvarlige, så seancerne blev udskudt gang på gang. Yderligere har der også været problemer med at få referaterne færdige i tide.

Netop fordi briefingerne er blevet så positivt modtaget og har øget brugernes kendskab til brugerrådets arbejde, er det vigtigt at holde fast i dem. Det er vigtigt, at det bliver en kontinuerlig og indarbejdet del af brugerrådets arbejde, og om ikke andet må personalerepræsentanterne i rådet være med til at holde de ansvarlige brugere til ilden og evt. være medansvarlige for, at det kommer til at fungere.

Endelig er der også taget initiativ til øget formidling mere internt i Dyvekes brugerråd. Brugerrådsmedlemmerne er hver især blevet udstyret med et ringbind bl.a. indeholdende forretningsorden og mødekalender, hvor vi i fællesskab har planlagt møder for et kvartal ad gang. Derudover har brugerrådet fået sin egen wideboardtavle i caféen med oplysninger til brugerne om brugerrådets aktiviteter.

## **Temadag om rammer og grænser for brugerinddragelse/indflydelse**

# D

a projekt *brugerinddragelse og udvikling* gik i gang, havde der allerede længe været talt om at holde en temadag for personalegruppen under emnet *rammer og grænser for brugerindflydelse*. Oprindeligt var det to fra personalegruppen, der stod for at tematisere emnet og arrangere temadagen. Men som tiden skred frem og der ikke skete det store, blev det besluttet, at undertegnede skulle tage hånd om sagen.

En uge inden temadagen udleverede jeg materiale og program for eftermiddagen til alle i personalegruppen. Jeg havde valgt to tekster af Krogstrup, fra bogen *”Det handicappede samfund”*, teksterne omhandler henholdsvis social devaluering og medborgerskab. Endelig havde jeg også vedlagt et afsnit fra evalueringen af de 4 byambulatorier omhandlende brugernes syn på indflydelse og brugerdemokrati. Derudover blev personalet stillet en lille opgave, gående på at formulere ca. 10 linier på skrift om, hvorfor de arbejder med stofafhængige.

Intentionen med den lille opgave var, at få personalet til at sætte ord på deres holdninger til brugerne og arbejdet med netop den målgruppe, for dernæst at diskutere om der i personalets holdninger var grobund for en ligeværdig dialog som udgangspunkt for brugerinddragelse.

Nedenstående skema illustrerer de gennemgående træk i personalets ”10 linjer” om det at arbejde med stofafhængige. De er her samlet under 3 hovedoverskrifter – men stadig skal ses som værende forbundne.

<b>En hjælpende hånd</b> (empati/humanisme)	<b>En relation</b> (menneskesyn/ligeværd)	<b>Et spændende job</b> (det giver mening)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- at yde omsorg</li> <li>- at gøre en forskel</li> <li>- at skabe forandring</li> <li>- at give støtte og vejledning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- at have forståelse</li> <li>- at gå i ligeværdig dialog</li> <li>- at tro på den enkeltes ressourcer</li> <li>- at kunne se individet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- at have et meningsfuldt job</li> <li>- at have et fagligt udfordrende job</li> <li>- at have mangeartede arbejdsopgaver</li> </ul>

Som det fremgår af skemaet, har personalet på Dyveke en indstilling til det arbejde, de udfører og de mennesker, de arbejder med, der gør, at der skulle være gode forudsætninger for en ligeværdig dialog og dermed grobund for at inddrage brugerne yderligere.

Personalet blev dernæst bedt om at tage stilling til, hvilke barrierer de så for yderligere brugerindflydelse på Dyveke Ambulatorium, set i lyset af at forudsætningerne for en ligeværdig dialog, efter deres opfattelse, var tilstede. Hvis ikke det er personalets holdninger til brugerne, der har begrænset brugerinddragelsen på Dyveke, hvad er det så?

Diskussionen viste, at personalegruppen så en lang række barrierer for brugerinddragelse, der et godt stykke af vejen svarer til de barrierer, der blev skitseret indledningsvis. Der blev bl.a. peget på brugernes ”sociale handicap” og negative selvopfattelse, mangel på synlighed og information og skepsis overfor brugerrådet som demokratisk forum.

Derudover identificerede personalet også en række barrierer i deres måde at agere overfor brugerne på, når det handler om brugerinddragelse, bl.a. personalets manglende viden om brugerinddragelse, evnen til først at fokusere på brugernes begrænsninger og dernæst på deres muligheder og sidst men ikke mindst ønsket om at få defineret rammer og grænser for brugerinddragelse.

Alt i alt førte temadagen ikke de store forkromede løsninger med sig udover en erkendelse af, at brugerdemokratiet ikke fungerer optimalt og at man fra personalets side mener, at det er en vanskelig opgave at arbejde med. Derudover viste temadagen, at personalet gerne vil brugerinddragelse, men at man savner ressourcer, metoder og afklarende diskussioner omkring emnet.

Sidst men ikke mindst viste arbejdet med at få stablet en temadag på benene også, hvor svært det kan være, at finde og prioritere tid til at tage sådanne vigtige diskussioner i en hverdag, der i forvejen er booket godt op. Problemet med at finde tid og rum, til at tage vigtige debatter, har også vist sig at være aktuelt i de tilfælde, hvor personalet har skulle deltage i gruppediskussioner (dynamisk rum). Her har seancerne været udskudt flere gange pga. manglende fremmøde fra personalet enten fordi, der har været opstået uforudsete ting, fordi der har været sygdom, ferie eller alle ting på en gang. Faktisk vil jeg her vove den påstand, at netop det, at det er så svært at finde tid, til at gennemføre væsentlige diskussioner, temadage eller lignende faktisk også er en barriere for brugerinddragelse. Dagligdagen på et ambulatorium kan være meget uforudsigelig og det kan være svært planlægge, når der så ofte opstår akutte situationer.

## Bruger i ansættelsesudvalg

På Dyveke har man besluttet, noget inden dette projekt startede op, at en repræsentant fra brugergruppen sidder med i ansættelsesudvalget, når der skal ansættes nye medarbejdere på institutionen. Indtil videre er man nået til enighed om, at det er en fra brugerrådet, der deltager. Det fungerer sådan, at brugeren ikke på forhånd har set ansøgenes ansøgninger eller cv – men briefes om de enkelte ansøgere af lederen. Vedkommende sidder så med i udvalget på lige fod med de øvrige.

Da forbindelsen/kommunikationen mellem brugerrådet og dem de repræsenterer – nemlig brugerne, har vist sig ofte at være meget sporadisk, besluttede vi os for, at jeg skulle prøve at være bindeled mellem brugerne og vedkommende bruger i ansættelsesudvalget, da der skulle ansættes en ny behandler på Dyveke. I ugen op til ansættelsessamtalerne stillede jeg således flere tilfældigt udvalgte brugere spørgsmålene; *hvad er en god behandler?, har køn, alder og erfaring noget at sige? og hvad er kontaktpersonens vigtigste rolle?*.

Det jeg gjorde var, at henvende mig ved cafébordene og kaste spørgsmålene ud til hele gruppen (omkring bordet) på uformel vis. Denne facon betød, at der også opstod lidt diskussion af emnet i de små grupper, hvilket kun bidrog yderligere. Slutteligt blev de temaer, der gik igen i brugernes ønsker og forventninger til en ny medarbejder, sammenfattet og formuleret på overskuelig vis til brug for brugerrepræsentanten i ansættelsesudvalget. Sammenfatningen af brugernes forventninger, blev dernæst formidlet både mundtligt og skriftligt til brugerrepræsentanten således, at denne kunne bære de øvrige brugeres ønsker videre i ansættelsesudvalget.

Resultatet kom mildest talt ikke til at stå mål med indsatsen og er et glimrende eksempel på, hvor vanskeligt det tilsyneladende kan være for en brugerrepræsentant at repræsentere andre end sig selv. Sagt helt og aldeles firkantet, så evnede brugerrepræsentanten ikke at tale brugernes sag i ansættelsesudvalget, hvorfor vedkommende pegede på en ansøger strictly ud fra egne præferencer – hvilket jo ikke var meningen.

Det skal her tilføjes, at brugerne sideløbende hermed, og helt på eget initiativ, foranledigede igangsættelsen af en underskriftindsamling for at få ansat en vikar, som de har været glade for og trykke ved i den ledige stilling. En meget stor del af brugerne skrev under på denne erklæring og gik videre

til deres repræsentant i brugerrådet med den. Brugerrepræsentanten for sin del skrev under på, at ville føre "sine brugeres" ønske videre til ansættelsesudvalget. Det der skete i praksis var at den bruger, der sad i ansættelsesudvalget, ikke bar sine brugeres ønske videre, men valgte at pege på en anden kandidat til jobbet.

Hele episoden betød, at der faktisk kom en del debat om det at have brugere i ansættelsesudvalg både i personalegruppen og blandt husets øvrige brugere. Der var fra flere sider gjort et propret benarbejde for at ruste brugerrepræsentanten til at sidde i ansættelsesudvalget og tale sine brugeres sag og alligevel havde det ingen effekt. Når de øvrige brugere så oven i købet følte, at de havde gjort deres for at give deres mening til kende, ja så kom hele idéen med at have en bruger i ansættelsesudvalget til at fremstå lidt som spil for galleriet.

Det vi oplevede var, at brugeren faktisk ikke tog sit ansvar alvorligt og ikke havde åndsnærvær nok til at repræsentere dem, vedkommende var valgt af. Skal der fremover sidde brugere i ansættelsesudvalg, må det i højere grad sikres, at vedkommende er i stand til at kunne sætte sig ind i de fælles behov og ønsker og ud over sine egne. Dette synes umiddelbart at været meget svært med målgruppen ældre garvede stofafhængige, som ofte er ret fokuserede på og fangede i egen daglige og umiddelbare behovstilfredsstillelse.

## **Fokus på brugerrådet**

### **Dyveke Ambulatorium får et brugerråd**

I nden projekt brugerinddragelse og udvikling startede, havde der eksisteret brugerråd på Dyveke i godt og vel 2 år. Dyvekes første brugerråd blev etableret i december 1999. Forud for sammensætningen af rådet lå et stormøde, hvor formålet bl.a. var at afdække brugernes interesse for oprettelsen af et brugerråd på ambulatoriet. Interessen var til stede og det blev besluttet, at brugerrådet skulle bestå af 4 brugerrepræsentanter, 2 suppleanter, repræsentanter fra personalet samt Dyvekes leder. Brugarmedlemmer og suppleanter blev valgt ved en klassisk demokratisk afstemning blandt Dyvekes brugere, mens personaleledelsen blev besluttet internt i personalegruppen.



Det første egentlige brugerrådsmøde kom i stand i januar 2000 og på dette møde, blev der udarbejdet en forretningsorden for brugerrådet. Af denne fremgår det, at brugerrådet blev oprettet på forsøgsbasis, i første omgang for et år. Af samme forretningsorden fremgår det yderligere, at formålet med oprettelsen af et brugerråd var;

*”At inddrage brugerne i vurderingen af ambulatoriets tilbud, samt afprøve denne form (brugerråd) for brugerinvolvering på ambulatoriet” (Nyhedsbrev nr. 1, januar 2000)*

### **Dyveke Ambulatorium får nyt brugerråd**

Indledningsvis samledes brugerrådet hver 3. måned, hvor møderne blev afholdt på helt traditionel vis med ordstyrer, referent, dagsorden osv. En struktur som stort set er bevaret uforandret frem til september 2001, dog med den forandring, at intervallerne mellem møderne efter kort tid blev kortet ned til 1 måned. Siden etableringen af det første brugerråd, har der været en del udskiftning blandt brugerrepræsentanterne i rådet, der har været nyvalg til rådet i august 2000 og et nyt råd blev atter sammensat i september 2001.

### **Erfaringerne med brugerrådet**

Erfaringerne med at have brugerråd på Dyveke er meget blandede, hvilket både fremgår af udsagn fra tidligere brugerrådsmedlemmer (brugere såvel som personaler) og af referater fra møderne. På positivsiden tæller naturligvis, at man stadig efter knap 2 år har et brugerråd på Dyveke Ambulatorium, et brugerråd der faktisk har fået gennemført forskellige ting i den tid det har eksisteret. F.eks. har brugerrådet fået gennemført udvidet åbningstid om mandagen, formiddagsavis i caféen, brugere i ansættelsesudvalg og Internetopkobling til brugerne i deres computerrum.

De negative erfaringer skal først og fremmest henføres til dalende fremmødeprocent på brugersiden, ringe mødedisciplin, manglende interesse og opbakning fra husets øvrige brugere samt brugerrepræsentanternes manglende evne til at agere på vegne af helheden og fællesskabet. Allerede et

halvt år efter etableringen af det første brugerråd, var fremmødet fra brugersiden så svigtende, at man i rådet faktisk diskuterede en opløsning.

En nedlæggelse af brugerrådet blev dog ikke aktuel og i stedet valgte man, at indkalde til stormøde med henblik på nyvalg. Sammensætningen af et nyt brugerråd efter valget, kom dog ikke til at betyde en nogen højere fremmødeprocent på sigt. To brugerådsmedlemmer faldt fra undervejs og de to suppleanter blev faste medlemmer – når rådet var fuldtalligt var der således fire brugere og tre personer tilstede. Da fremmødeprocenten så ydermere var meget svingende blandt de resterende brugerrepræsentanter, var rådet dels ofte slet ikke beslutningsdygtigt og dels, bar det præg af for stor personaleindflydelse.

Omkring mødedisciplinen har det bl.a. handlet om, at møderne fra tid til anden har været meget kaotiske og præget af en negativ stemning. Der har været problemer med brugere, der har været alt for påvirkede til at deltage på en konstruktiv facon, brugere der mødte uforberedte, vanskeligheder med at holde talerækken og respektere ordstyrerens rolle samt en vis mangel på respekt for de øvrige brugerrådsmedlemmer. Endelig har det været svært for brugerrepræsentanterne at tænke helhedsorienteret i forhold til ikke kun at tale egen sag og søge at opfylde egne behov – men i stedet at varetage de øvrige brugeres interesser.

Utilfredsheden med måden hvorpå brugerrådsmøderne har kørt frem til sommeren 2001 har været at finde hos både bruger- og personalerepræsentanter i rådet. I sammenhæng med ”projekt brugerinddragelse og udvikling” og op til, at der alligevel skulle være nyvalg igen, blev det besluttet at lave selvevaluering i brugerrådet.

## Selvevaluering i brugerrådet

Der blev således udarbejdet evalueringsskemaer til både personale- og brugerrepræsentanter, som man så respektivt havde to uger til at filosofere over, udfylde og aflevere. Fokus i evalueringsskemaerne var rettet mod positive og negative erfaringer og oplevelser med den tid, man havde været med i brugerrådet. I samme moment, som vi skulle evaluere det forgangne år, var det også vores hensigt at få sat gang i en diskussion om, hvordan vi evt. ville kunne opkvalificere rådets arbejde i fremtiden.

Evalueringen viste, at der var enighed om både at stramme op på mødedisciplinen og at foretage forskellige justeringer bl.a. af forretningsordnen, hvis rådet skulle fungere bedre i fremtiden. Følgende temaer gik igen i besvarelsenerne af selvevalueringsskemaerne:

- ❑ **Intervallerne mellem møderne synes ind i mellem at være for lange**
- ❑ **Der har været for få brugere i rådet i forhold til personaler bl.a. set i lyset af, at der ikke længere var nogle suppleanter og brugernes ofte ringe fremmødeprocent.**
- ❑ **Der var behov for at stramme noget op på mødedisciplinen herunder:**
  - Man skal møde forberedt
  - Man forventes at deltage uden at være kokset, fuld eller skæv
  - Der skal være mere respekt for ordstyreren og dennes rolle
- ❑ **Der skulle sættes mere fokus på at synliggøre brugerrådets arbejde**
- ❑ **Det ville være ønskeligt om afstanden mellem beslutning og handling kunne forkortes**
- ❑ **Der blev efterlyst mere ansvar og handling fra brugersiden i rådet – f.eks. øget ansvar i forhold til at føre ideer og forslag ud i livet og følge tingene til dørs**
- ❑ **Evt. flere stormøder – med fast intervaller**

## **Skal vi overhovedet have det brugerråd?**

I forbindelse med debatten om hvordan brugerrådsmedlemmerne har oplevet brugerrådet i den forangående periode, opstod der atter en diskussion (båret til torvs af brugerrådsformanden) om, hvorvidt der overhovedet skulle være et brugerråd på Dyveke?. Argumenterne for at nedlægge rådet var bl.a., at han oplevede arbejdet med brugerrådet som værende meget svært, særligt omkring engagement og disciplinen fra brugerside. Det store spørgsmål var, om brugerrådets arbejde og de ressourcer det krævede, overhovedet stod mål med forventningerne om øget brugerinddragelse og ansvar?

Denne diskussion provokerede faktisk brugerne, som bestemt var af den mening, at rådet skulle fortsætte – ikke nødvendigvis i sin helt daværende form, men så i en anden – for man kunne da ikke bare sådan nedlægge rådet. Med andre ord blev det besluttet, at forsætte med at have et brugerråd på forsøgsbasis, dog med forskellige ændringer.

## **Hvad synes Dyvekes øvrige brugere**

Sideløbende med arbejdet med brugerrådet, blev der afholdt to gruppediskussioner med i alt 15 brugere fra ambulatoriet. Formålet var, at få diskussionen om brugerrådet og brugerdemokratiet til at omfatte flere, end dem der var involveret i arbejdet i forvejen. Temaet for diskussionerne var brugernes oplevelse af brugerinddragelse på Dyveke og herunder naturligvis brugerrådet, med andre ord blev brugerne sat til at kvalitetsvurdere brugerdemokratiet.

Måden hvorpå diskussionerne blev afholdt, viste sig at være meget givende, ligesom brugerne oplevede at få en masse ud af det. På baggrund af de positive erfaringer valgte jeg at arbejde videre med den metode i projekt ”brugerinddragelse og udvikling”, men mere herom senere.

De 2 gruppeseancer viste, at brugerne opfattede brugerdemokratiet – i form af brugerrådet, som uigennemskueligt og kaotisk. F.eks. havde brugerne ikke nogen klar fornemmelse af, hvornår der blev holdt møder og om hvad og derudover var der usikkerhed om brugerrådets reelle indflydelse og beføjelser. Desuden var der en udbredt opfattelse af brugerrådet som useriøst, pseudodemokra-

tisk og som ”spil for galleriet”. Brugerne har oplevet et utal af råd, grupper og udvalg men ikke lige så mange konkrete resultater.

Den kritik af brugerrådet, der kom frem under de to gruppediskussioner, gik i virkeligheden både på selve konceptet med brugerrådet, måden det er struktureret på og på brugerrepræsentanternes engagement og evne til at varetage opgaven. Men brugerne var dog også inde på, at det at være aktiv i brugerrådet er et utaknemmeligt job, hvor man får mere ris end ros, og at de måske i højere grad skulle have et klap på skulderen for de ting, de har fået igennem.

### **Nyt brugerråd på Dyveke igen igen**

Et gammelt ordsprog siger, at man skal stige op på den hest, man er faldet ned af. Ikke at brugerrådet var faldet helt af i svinget, men når ret skal være ret, sad brugerrådet ikke ret godt i sadlen. Både selvevalueringen og gruppediskussionerne viste, at der var væsentlige problemer omkring brugerrådet, der skulle arbejdes med, hvis brugerrådet skulle overleve i en eller anden form.

Da fremmødeprocenten i brugerrådet efterhånden var så lav, at rådet kun sjældent var beslutningsdygtigt, blev det nedlagt med henblik på at starte op igen på ny under andre omstændigheder. Hele denne proces affødte en diskussion af, hvordan og hvorledes et nyt brugerråd skulle sammensættes og hvordan, det i det hele taget skulle køre fremover. Centrale punkter i diskussionen var bl.a.;

- Kan man finde en metode, hvor brugerrådets arbejde i højere grad når ud til husets øvrige brugere
- Kan vi sikre os at de brugere, der går ind i brugerrådsarbejdet, kan løfte ansvaret
- Skal vi fra personalesiden vælge at udmelde og beslutte en struktur, som vi mener kan opkvalificere brugerrådsarbejdet

Som første skridt på vejen, besluttede vi at finde en anden måde at få sammensat brugerrådet på end ved almindelig demokratisk afstemning. Erfaringen var, at den demokratiske afstemning, ikke var nogen garant for engagerede og ansvarlige brugere i rådet. Afstemningerne afspejlede nærmere hvilke brugere, der var i stand til at overtale andre til at stemme på sig – altså en eller anden form for synliggørelse af magt. I stedet for at afholde et traditionelt valg, besluttede vi at informere om en forestående genetablering af rådet med udgangspunkt i at alle, der have lyst, kunne melde sig til et informationsmøde om brugerrådet.. Idéen var, at man på dette infomøde, skulle briefe de fremmødte om brugerrådets arbejde, ansvar og pligter, samt at give de fremmødte mulighed for at fortælle, hvorfor de gerne ville være med. 6 brugere dukkede og var efter infomødet stadig interesserede i at være med.

## **Ny struktur**

I samme moment besluttede vi, at indføre en ny struktur med 6 brugerrepræsentanter og ingen suppleanter og medarbejderdeltagelsen blev skåret ned til formanden og en personalerepræsentant. Brugerne er altså nu klart i overtal i rådet, også hvis fremmødeprocenten svinger en smule. Yderligere besluttede vi, at der fremover kun skal være ordinære brugerrådsmøder hver 2. måned, mens der i de øvrige måneder skal afholdes gruppediskussioner (dynamisk rum) med deltagelse af både brugerrepræsentanter og andre brugere fra huset.

Idéen med at erstatte hver 2. ordinære brugerrådsmøde med gruppediskussioner (dynamisk rum), var i bund og grund, at vi gerne ville skabe et ”rum”, som brugerne havde lyst til at deltage og diskutere i, så flere brugere kunne blive inddraget i vigtige og aktuelle debatter i huset. Samtidig var det vigtigt, at det var et forum, der kunne være med til at forbedre kommunikationen mellem brugere i huset og brugerrepræsentanterne således, at brugerrepræsentanterne kunne få et bedre indblik i synspunkter, kritik og idéer hos de brugere, de repræsenterer.

Vi ville forsøge os med et andet forum, hvor flere forskellige brugere kunne deltage over tid, uden at skulle forpligte sig fast - efter devisen ”lysten driver værket”. Endelig var hensigten også, at finde en metode, der kunne give personalegruppen et bedre indblik i brugernes oplevelse og vurdering af

behandlingen på Dyveke Ambulatorium, således at brugernes vurderinger og erfaringer om muligt i bredere omfang kan komme til at indgå i planlægningen og udviklingen på ambulatoriet.

### **Fra gruppediskussion til dynamisk rum**

Ansporet af en række vellykkede gruppeinterviews blandt brugerne i starten af *projekt brugerinddragelse og udvikling*, besluttede vi at gå videre med en gruppeinterviewmetode, der er meget inspireret af Krogstrups BIKVAmodel.

Hensigten med gruppeinterviewene var i første omgang at brugerne, uden tilstedeværelse af personale, skulle "kvalitetsvurdere" brugerindflydelsen på Dyveke. Brugernes vurderinger/oplevelser udtrykker implicit, hvordan brugerne på Dyveke opfatter ambulatoriets og medarbejdernes holdning til og forvaltning af f.eks. brugerinddragelse. Denne procedure er som nævnt inspireret af BIKVA-modellen, hvor en af hovedidéerne er, at bryde med den positivistiske målevalueringstradition.

Målevaluering vil sige, at man på forhånd, ofte uden at have inddraget hverken brugere eller medarbejdere, opstiller en række kvalitetsmål, ud fra hvilke evalueringen foretages. En sådan målevaluering tager ofte sit afsæt i forskellige kvantitative analyser, der gerne skulle vise om og i hvilken udstrækning, de opstillede kvalitetsmål er nået. Hvorvidt et projekt, et tilbud eller lignende er en succes, afhænger således primært af, om man "set i bakspejlet" har opfyldt de opstillede mål. Krogstrups primære anke mod denne type evaluering er, at den er tilbageskuende og den indeholder ikke umiddelbart "*triggers for learning*", som jo ellers burde være en væsentlig forudsætning for overhovedet at evaluere – at tage ved lære. Hendes tese er, at man ved at inddrage brugerne i formuleringen af evalueringsspørgsmålene – giver brugerne mulighed for at fremkomme med kritik/ros af den offentlige sektors (det tilbud de er i) nuværende praksis og fremkomme med deres ideer til den fremtidige praksis. Dette kaldes også dialogbaseret brugerinddragelse, hvor brugerne får en aktiv rolle i hvordan det tilbud, de benytter, skal udvikle sig fremover.

### **Fra evaluering til udvikling**

I projekt *brugerinddragelse og udvikling* har intentionen ikke primært været at evaluere på eksisterende brugerinddragelsestiltag, men i højere grad at udvikle og bruge nye metoder. Ved at tillemppe og afprøve BIKVAmodellen til dette formål, har det vist sig, at grundelementerne i modellen er brugbare i forhold til at få diskuteret og vurderet brugernes oplevelser af behandlingen på Dyveke. Den tilpassede udgave af BIKVAmodellen kan altså bruges som metode til løbende at inddrage brugerne i relevante diskussioner og problemer på stedet.

Vi har valgt at kalde den tilpassede udgave af BIKVAmodellen for det *dynamiske Rum*. Denne titel skulle gerne give associationer til den dynamik i kommunikationen mellem brugere og personale på Dyveke og brugerne imellem, som metoden gerne skulle afstedkomme. Hvor BIVKVAmodellen sigter på at bringe brugernes kvalitetsvurderinger igennem systemet og op til forvaltnings- og politikerniveauet, sigter det dynamiske rum på at fremme kommunikationen internt i huset og ikke mindst på at få inddraget så mange brugere som muligt i relevante diskussioner.



## **Det Dynamiske rum i praksis...**

### **Formål**

**H**ensigten har været, at indarbejde og forankre det dynamiske rum som en fast del af brugerinddragelsespraksissen på Dyveke Ambulatorium. Det dynamiske rum skal være med til at sikre, at brugerne i øget omfang inddrages i væsentlige diskussioner på ambulatoriet. Derudover skal det dynamiske rum også være et forum, hvor brugerne løbende har mulighed for at diskutere og ”kvalitetsvurdere” de ydelser og tilbud, der er på Dyveke Ambulatorium.

### **Med det dynamiske rum vil vi gerne opnå;**

- At brugernes udmeldinger og ”kvalitetsvurderinger” kommer til at øge kvaliteten af behandlingen og tilbuddene på stedet.
- At afstanden mellem brugerrepræsentanterne og de øvrige brugere mindskes.
- At flere brugere inddrages i væsentlige diskussioner.
- At der kommer mere fokus på mundtlig formidling
- At man kan komme mere i dybden med vigtige temaer og diskussioner

### **Hvad kan man diskutere i det dynamiske rum**

Så længe diskussionstemaet er relevant i forhold til Dyveke Ambulatorium, er der faktisk ingen grænser for, hvad man kan debattere i det dynamiske rum. Det besluttet løbende (på de ordinære brugerrådsmøder) hvilket tema, der er til diskussion i det dynamiske rum. Som hovedregel er der et tema til debat pr. gang – men der kan suppleres med undertemaer, der relaterer sig til og udbygger hovedtemaet.

I og for sig kan alle på Dyveke bringe emner til diskussion i det dynamiske rum, så længe emnet går igennem brugerrådet på forhånd og godkendes her. Brugerrådet kan naturligvis selv komme med emner, men det kan også sagtens være andre brugere eller personalegruppen, der peger på vigtige diskussioner, som skal tages.

Eksempler på temaer der kan tages op i det dynamiske rum:

- ❑ Ambulatoriets åbningstider (er der brug for at tage ambulatoriets åbningstider op til revision)
- ❑ Kontaktpersonordningen (hvordan fungerer den i praksis ris og ros)
- ❑ Husregler (hvordan håndhæves de og er de gode nok som de er)
- ❑ Ferieture (hvad er formålet med ferieture og hvem skal med)
- ❑ Fremmødepolitik
- ❑ Osv.

### **Hvem deltager i det dynamiske rum**

I det dynamiske rum deltager mellem 5 og 7 brugere fra Dyveke samt en mødeleder. Det er vigtigt, at der både deltager brugerrepræsentanter fra brugerrådet og øvrige brugere, f.eks. to fra brugerrådet og 3-5 andre brugere og det skal ikke være de samme brugere, der deltager fra gang til gang. I brugerrådet kan det gå på skift blandt brugermedlemmerne, hvem der deltager. De øvrige brugere hverves af mødelederen og evt. de brugere fra rådet, der også skal deltage. Personlig henvendelse synes at være den bedst egnede hvervemethode og det står naturligvis den adspurgte bruger frit for at takke nej til at deltage i det dynamiske rum.

Hvis det dynamiske rum går hen og bliver en integreret del af brugerinddragelsespraksissen på Dyveke, vil mange brugere over tid komme til at deltage i dynamiske rum – og mange vil på den måde komme til at deltage i forskellige relevante debatter og dermed deltage mere aktivt.

## **Tovholder- og mødelederfunktionen**

Det dynamiske rum fordrer, at en tovholder/mødeleder har ansvar for forløbet. Mødelederen er, som navnet angiver, den der leder mødet/diskussionen i det dynamiske rum, ligesom mødelederen er den der, om nødvendigt, fører diskussionen videre ind i et nyt dynamisk rum (sammen med personalegruppen). Mødelederen deltager som sådan ikke aktivt i diskussionen men er den, der holder diskussionen på sporet og tager referat.

Det er vigtigt, at der opstilles et sæt enkle og tydelige regler for, hvordan gruppediskussionen skal forløbe og at disse regler er nedfældet og synlige for alle i det dynamiske rum f.eks. i form af en planche eller på wideboard.

### **Regler for gruppediskussion (synlige for alle)**

- 1. Mødelederen stiller det overordnede spørgsmål, der også kan ses på planchen. I forsøger at holde diskussionen på sporet, om nødvendigt med hjælp fra ordstyrer.**
- 2. Undgå at afbryde andre, eller bryde talerækken.**
- 3. Prøv at undgå personsager – men brug gerne egne erfaringer til at eksemplificere med.**
- 4. Inden vi runder diskussionen af, tager vi en hurtig runde (hvis nogen skulle brænde inde med noget).**
- 5. Mødelederen tager referat, samler op og formidler referatet til jer – snarest muligt.**

Hvis debatten viser sig at blive meget hektisk og aktiv, så kan der vælges en ordstyrer blandt mødedeltagerne – men prøv at klare det uden ordstyrer, snakken kører mere flydende uden. Sørg også for at diskussionstemaet/spørgsmålet er synligt for alle mødedeltagere, også her er det udmærket med en planche, som alle kan se og henholde sig til undervejs. Inden diskussionen fløjtes i gang – er det

en god ide at sikre sig, at alle deltagere har forstået og er indforstået med både regler og diskussions spørgsmål.

Når discussionsregler og spørgsmål er synlige for alle under hele seancen, slipper man for at skulle afbrydes utallige gange med spørgsmål som ”må man ikke tale om den og den?” og ”prøv lige at sige spørgsmålet igen”. Der kommer også en vis selvjustits i gruppen, når alle er indforstået med regler og debatspørgsmål.

### ***Med til mødelederens rolle hører mere specifikt;***

- At håndhæve de nedfældede og synlige regler for gruppediskussionen
- At stimulere diskussionen hvis den går i stå eller ikke kommer i gang (f.eks. have uddybende spørgsmål/teser/udsagn parat)
- At det er de udsagn, der er enighed om, der tages til referat
- At sørge for at alle kommer til orde

En medarbejder skal være fast tovholder på det dynamiske rum. På sigt kan nogle af opgaverne i forbindelse med afholdelsen måske uddelegeres til brugerrepræsentanterne – dette afhænger dog meget af, hvordan brugerrådet viser sig at fungere i praksis – vil der være brugere, der er i stand til at varetage at have ansvar og pligter i denne forbindelse?. Som alternativ kan de brugere fra brugerrådet, der skal deltage i det dynamiske rum, også deltage i planlægningen og afholdelsen af seancen. Som nævnt tidligere er mødelederen den, der har ansvar for at bære diskussionen videre ind i et nyt dynamisk rum. Dette foregår ved, at mødelederen tager referat fra gruppediskussionen med brugerne. Det er vigtigt at de udsagn, der føres til referat er udsagn, der er enighed om i gruppen. For at sikre det, er det godt afslutningsvis, at ridse hovedpunkterne i referatet op for brugerne og forhøre sig, om de er enige i det, man har taget til referat. Hver deltager får en kopi af referatet, når mødelederen har skrevet det rent.

Når og hvis debatten skal føres videre til personalegruppen, sammenfatter mødelederen referatet i en række hovedtemaer/overskrifter, der skal være fundamentet for en gruppediskussion i personalegruppen (output fra et dynamisk rum bringes videre ind i et andet). Her skal personalet så tage stilling til og diskutere brugernes kvalitetsvurderinger og ideer. Mødelederens funktion er den samme i

det dynamiske rum med personalet – som den er med brugerne. Det er også de samme regler, der gælder for diskussionens forløb og deltagerne. Også her tager mødelederen referat, og formidler det videre til deltagerne.

At bære essensen fra brugerdiskussionen videre til personalet betyder, at der sker en formidling af brugernes holdninger og ideer til personalet. Det kan sagtens vise sig, at der så også er behov for at bære output fra diskussionen i personalegruppen tilbage i brugernes dynamiske rum til endnu en gruppediskussion. Dette kan f.eks. blive tilfældet hvis brugere og personale identificerer nye problemstillinger knyttet til temaet, som der så også er behov for at komme i dybden med.

### **Formidlingsdelen**

Kommunikation og formidling er to væsentlige aspekter af det dynamiske rum. Hele essensen ligger i virkeligheden i, at fremme kommunikationen mellem brugerrådet og brugerne, brugerne i mellem og endelig mellem brugere og personale.

I opstartsfasen handler det naturligvis meget om udveksling af ideer, kritik, tanker og forslag. Men målet er naturligvis på sigt, at gode ideer og konstruktiv kritik skal inkorporeres i hverdagspraksisser på Dyveke. Hverdagspraksisser som flere så vil opleve, at de har haft indflydelse på. For at komme der til, er det essentielt, at så mange forskellige brugere som muligt over tid, kommer til at deltage i dynamiske rum og at diskussionerne herfra reelt bæres videre til dynamiske rum med personalegruppen. Sidst men ikke mindst er det naturligvis vigtigt at resultater, f.eks. i form af ændrede hverdagspraksisser på ambulatoriet, synliggøres for brugerne.

## **Casebeskrivelse – Afholdelse af dynamisk rum, tema: Handleplanen**

**F**or at illustrere hvordan arbejdet med det dynamiske rum er forløbet i praksis og vise, hvad der kan komme ud af at anvende denne metode til yderligere brugerinddragelse, er der i det nedenstående beskrevet et af de dynamiske rum, der har været afholdt på Dyveke Ambulatorium.

Dagen for denne omgang dynamisk rum var berammet til en mandag. Mandag var ikke tilfældigt valgt, der kommer nemlig generelt mange brugere om mandagen, både fordi det er en af de ”store” udleveringsdage og fordi holdes længere åbent, sidst men ikke mindst, er der oftere fællesspisning på Dyveke om mandagen (når der ellers er nogle brugere, der gider deltage i at lave mad og købe ind). I dagene op til, at der skulle afholdes dynamisk rum, var der blevet informeret både mundtligt og skriftligt i caféen, ligesom der var opsat en liste, som dem der havde lyst til at deltage, kunne skrive sig på. Nu går det desværre ofte sådan, at folk skriver sig på og når så slaget skal slås, så er de der slet ikke!

I løbet af formiddagen blev det klart at kun et fåtal af dem, der stod på deltagerlisten, reelt ville dukke op, folk faldt simpelthen fra en for en. Et øjeblik overvejede vi at aflyse, men i stedet valgte vi, at forsøge at mobilisere nogle af de andre brugere, der var til stede. Det lykkedes og vi var 7 deltagere inklusive mødelederen. Af de 6 brugere var der 2 medlemmer fra brugerrådet. For at gøre mødet lidt mere attraktivt, var der til lejligheden indkøbt drikkevarer, chips og slik....Måske er det netop væsentligt ved frivillig deltagelse, at der gøres lidt ekstra ud af det og at deltagerne ”belønnes”. Måske skal man ikke bare forvente, at brugerne gør det ”i en god sags tjeneste”. Brugere skal vide, at deres deltagelse er vigtig og påskønnes.

### **Output fra dynamisk rum, Tema: Handleplanen....**

Temaet for dagens debat, var diktatorisk valgt af projektmedarbejderen, med henblik på at få et bedre kendskab til og en diskussion af brugernes oplevelser af indflydelse på egen behandling. Emnet ”*Handleplanen*” var tematiseret på baggrund af brugerens besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen, som de 6 tilstedeværende brugere også havde deltaget i. Brugere blev præsenteret for 2 resultater fra undersøgelsen som appetitvækker til dagens debat.

*43 % af brugerne er mere eller mindre enige i, at handleplanen ikke er det stykke papir værd, den er skrevet på. F.eks. oplever brugerne også, at behandlerne er mere positive overfor handleplanen end de selv er.*

og

*Næsten 60 % af brugerne oplever ikke, at have nogen erfaringer med handleplanen i forhold til deres behandling.*

Spørgsmålene som brugerne skulle diskutere var:

**Hvad er det der gør, at så stor den andel af brugerne ikke har nogle erfaringer med, at have lavet en handleplan?**

og som tillægsspørgsmål:

**Hvordan kan det være, at så stor en andel af brugerne har en negativ opfattelse af handleplanen?**

### **Uddrag af brugerudsagn fra debatten om handleplanen**

- Handleplanen er noget man laver sammen med sin kontaktperson og det kan bestemt godt være træls at lave handleplan.
- At lave en god handleplan forudsætter, at man har en godt og tillidsfuldt forhold til sin kontaktperson. Forholdet til kontaktpersonen er utroligt vigtigt.
- Man laver den sammen – altså man sidder sammen og laver den – men det er sgu altid samme spørgsmål.

- Måske kunne man forestille sig, at man også formulerede nogle af spørgsmålene i handleplanen sammen – altså kontaktpersonen og brugeren.
- Jeg synes nu at spørgsmålene er meget åbne. Der er nogle generelle spørgsmål – men der er også eventuelt – der kan man jo så vælge at bruge krudtet.
- Jeg fatter ikke, at de spørger os, om vi vil være stoffri.
- Jeg oplever det som et voyeurristisk tiltag – så kan en eller anden sagsbehandler sidde og snage i ens liv, og måske slå en oven i hovedet med det.
- Jeg oplever handleplanen som et eksempel på kontrol – hvor de har mulighed for at kigge os over skuldrene.
- Jeg har ikke helt forstået, hvad den handleplan i det hele taget går ud på – der spørges bl.a. om, hvad man synes man er god til – hvad er man god til når man har været narkoman i 20 år?
- Det er meningen, at handleplanen skal revideres hvert ½ år, men der sker jo ikke en skid i vores liv på ½ år. Så sidder man der og snakker frem og tilbage igen et ½ år efter, så skriver man det samme igen – for der er jo ikke sket en skid.
- Der er sgu ingen forskel på den første handleplan, jeg lavede, da jeg kom her og den sidste jeg har lavet.
- Jeg vil vædde med, at os der sidder her om bordet – vores handleplaner ser sikkert helt ens ud – de kunne have én for os alle.
- Det er et problem at kontakten til sagsbehandlerne somme tider er meget sporadisk.
- Det er irriterende, at de ikke altid har sat sig ind i ens sag, enten når man skal lave handleplan, have ny kontaktperson eller måske begge dele. De kunne da godt lige læse ens journal først, synes jeg.



- Jeg synes, der mangler noget opsøgende arbejde fra personalet her på stedet – at de henvender sig og interesserer sig for de ting, man går og roder med..
- Jeg kunne godt tænke mig flere personlige samtaler.
- Ja...sådan nogle hvor man kan komme ud med det, man nu går og tumler med...f.eks. en time om måneden.
- Jeg vil ikke omklamres af personalet..
- Det skal være selvfølgelig være individuelt – så må de sgu komme og spørge, om man har tid, lyst eller behov for en snak.
- Som bruger er man også præget af ret stor initiativløshed – det her er jo ikke det første sted, vi er i behandling.
- Mange er så institutionaliserede, at de bare læner sig tilbage og lader tingene ske. Man venter bare på at få det hele serveret.
- Altså det kan godt være ret svært at engagere sig som narkoman – med møder og aktiviteter og sådan. I vores liv kan der ske så meget fra det ene øjeblik til det andet.
- Det siger sig selv – at hvis du IKKE oplever at slå i en dyne, så vil motivationen også stige – men mange af os har slået meget i dynen. På en eller anden måde skal der også stilles flere krav til brugerne, behandlerne kan jo ikke leve ens liv for en.....man er jo også nød til at gøre noget selv.
- Vi er blevet så gamle og har fået så mange hak i tuden, vi er dybt mistroiske. Vi gider ikke involvere os – vi har opgivet.
- Det kræver, at der er nogle medarbejdere, som gider lytte til os og som gider gøre noget for, at vi får indflydelse.

- Man har løbet panden mod en mur så mange gange. Man stiller op til møder m.m.....og der sker ikke en skid. Til sidst så gider man bare ikke mere – og det kan man jo godt have det lidt dårligt med, alt man ikke gider mere – det kan godt være svært at se sig selv i spejlet.
- Kan man overhovedet bruge handleplanen til noget som helst, hvis man er totalt stagneret – eller skulle man bare lave handleplaner for dem, der gerne vil noget med deres liv?
- Handleplanen skal følges langt mere op, end det sker – der er ikke sket en skid med min siden jeg startede. Det virker som om den bare bliver skrevet og så lagt væk.
- Jeg synes, at handlepalen bærer meget præg af at være et politisk tiltag – mere end den er til for vores skyld.
- Det lugter så meget af politik – jeg tror ikke, de skal bruge de handleplaner til en skid. Det er sgu da bare for at vise på kommunen, at de laver noget. Personalet her, de laver dem bare for at have bevis på at de gør deres arbejde.
- Men det er ikke kun personalet, der skal følge op på handleplanerne – det skal vi også selv.
- Nå man laver handleplan – så sidder man der og krænger sit inderste ud, fordi man i starten tror, at systemet vil en noget godt..... men efterhånden bliver det mere og mere udvandet og så gider man ikke mere.
- Der er en af de dårligste ting her – at der er så stor udskiftning i personalegruppen – man har jo ikke lyst til at vende vrangen ud på sig selv til flere forskellige – så plejer jeg bare at sige ”har du læst min journal” – og det har de ikke, det er irriterende synes jeg.
- Man starter forfra hver gang man får en ny kontaktperson – det er svært for der skal først være respekt og tillid.
- Der er helt klart nogle behandlere, der er bedre til at følge op på deres brugere og handleplaner end andre. Der er faktisk nogen som godt gider at lytte til ens krav og forventninger.

- Nogle følger simpelthen deres sager bedre til dørs.
- Der mangler helt klart opfølgning på de handleplaner....
- Så skal de måske også presse os lidt, hvis ikke vi arbejder med – lidt mere kontrol/opfølgning kan godt virke motiverende

Her skal det tilføjes, at de 6 brugere i gennemsnit har haft 2,6 kontaktpersoner i den tid de har været på Dyveke Ambulatorium. En har haft den samme gennem hele forløbet – mens den mest uheldige har haft 4. Der er også en, der har haft 3 forskellige på 5 måneder!

### **Dynamisk rum med personalegruppen**

Efter at have afleveret referat fra debatten til de deltagende brugere, var næste skridt at sammenfatte de brugerudsagn, der var bred tilslutning til i gruppen, til et par tematiserende udsagn til brug for dynamisk rum med personalegruppen. Nedenstående udsagn er et sammenkog af de gennemgående holdninger i brugergruppen.

- Det kan værre svært at få et tillidsforhold til sin kontaktperson – og tillid er en forudsætning for at kunne lave en handleplan.
- Når man som bruger ikke arbejder med de mål, der er formuleret i handleplanen, er det helt uden konsekvens, de skulle stille flere krav til os.
- Behandlerne er ikke opsøgende nok overfor os brugere i deres arbejde med handleplanen.

Personalet skulle nu forholde sig objektivt til de ovenstående udsagn og forsøge at sætte sig ind i brugernes oplevelser. Næste skridt var, at gruppen skulle diskutere, hvorfor brugere mon oplevede arbejdet med handleplanen, som de gjorde. Det kom der en livlig debat ud af, hvilket er resumeret ganske kort i det nedenstående

I personalegruppen var der forståelse for brugernes kritiske holdning til handleplanen, ligesom personalet også mente, at der kunne følges mere op på samme. Der meldte sig dog flere dilemmaer efterhånden, som diskussionen kom i gang. På den ene side ville man gerne følge mere op og være mere opsøgende i arbejdet med handleplanen, men på den anden side er der også grænser for, hvor meget man kan tillade sig ”at vride armen om” på brugerne. Brugere vil gerne behandles som voksne rationelt tænkende individer, men samtidig er de ofte initiativforladte og passive.

Personalet var enige med brugerne i, at det kræver tillid at lave en god handleplan og at det kan være vanskeligt at få den tillid, når der ofte er udskiftninger i personalegruppen. Der var fuld forståelse for, at brugerne kan have svært ved at tage arbejdet med handleplanen alvorligt, for hvis er den handleplan overhovedet? Og er det reelt brugernes mål der er formuleret i den?.

Endelig mundede diskussionen også ud i en række mere eller mindre konkrete forslag til, hvordan man kan intensivere og opkvalificere arbejdet med handleplanen under hensyntagen til brugernes kritik.

- Man kan forsøge at integrere handleplanen mere i det daglige arbejde med brugerne ved at have den i baghovedet i den daglige kontakt. Brugere skal føle, at handleplanen tages alvorligt og at arbejdet med den kan afstedkomme positive resultater.
- Man kan forsøge at operationalisere de enkelte mål ved at dele dem op i mindre bidder og så tage dem en ad gangen i samarbejde med brugeren. F.eks. sådan at initiativer fra brugeren er en forudsætning for, at man komme videre mod målet.
- Man kan spørge brugeren, hvilke krav vedkommende ønsker, man stiller til ham/hende i arbejdet med handleplanen og hvilke konsekvenser vedkommende kunne forestille sig, det kunne have, hvis han/hun ikke opfylder kravene. Med andre ord forsøge at blotlægge i hvilket omfang brugeren skal presses og holdes til ilden og hvordan.
- Man kan gøre intervallerne mellem opfølgningen på handleplanen kortere. Hvis man f.eks. opdeler de enkelte mål i mindre bidder, kan opfølgningen herpå også ske løbende og ved dermed blive mere kontinuerlig.

- Man skal udvise et engagement om handleplanen, der kan smitte af på brugerne. Det er naturligvis centralt, at de mål der er formuleret i handleplanen, reelt er brugerens mål og ikke en afspejling af kontaktpersonens gode intentioner.
- Man kan vælge at koncentrere arbejdet med handleplanen om de brugere, der gerne vil og spare på krudtet i forhold til de brugere, der ingenting vil.

### **Hvad kom der ud af at debattere Handleplanen i det dynamiske rum**

Først og fremmest kom der det ud af det dynamiske rum, at nogle brugere på en konstruktiv måde fik diskuteret og vurderet et aspekt af behandlingen på Dyveke Ambulatorium. Helt basalt handler det om, at de har deltaget i et forum, hvor de skulle tage stilling til den behandling, de er i. Kodeordet her er *deltagelse*, der naturligvis er en forudsætning for indflydelse. Dernæst er brugernes oplevelser og vurderinger af arbejdet med handleplanen, båret videre til personalegruppen, som har forholdt sig konstruktivt til brugernes oplevelser og kritik. Yderligere har personalet udvist forståelse for brugernes oplevelser og er kommet med forslag til, hvordan man kunne højne kvaliteten i arbejdet med handleplan.

Om personalet så arbejder videre med forslagene og evt. ændrer eksisterende praksisser i arbejdet med handleplanen, melder denne historie ikke noget om, men man kunne jo have lov at håbe. Faktum er, at brugernes oplevelser, af arbejdet med handleplanen, er formidlet videre til personalet.

Når brugernes budskaber bæres videre til personalet, er det vigtigt, at personalet kan forholde sig objektivt, åbent og selvkritisk til brugernes vurderinger og oplevelser. Sagt med andre ord, at de formår at sætte sig i brugerens sted og anerkende deres oplevelser. Hvis ikke man kan anerkende brugernes oplevelser og vurderinger, kommer man nemt i en situation hvor personalet ikke forholder sig til brugernes udsagn, men i stedet går i forsvarsposition for at beskytte sig mod kritik. I denne forbindelse, er det også vigtigt, at de budskaber der bæres fra brugerne til personalet, ikke udtrykker en enkelt brugers personlige holdninger eller kritik, med budskaber som brugergruppen i fællesskab har tilsluttet sig.

## Sammenfatning og afrunding

### Er vi blevet nogen erfaringer rigere?

Lad os med det samme slå fast, at det ikke er nogen let sag, at arbejde med brugerinddragelse i forhold til målgruppen ældre garvede stofafhængige i ambulans substitutionsterapi. Der kan siges mange forkromede ting om brugerinddragelse og fordelene ved samme og der er da heller ingen tvivl om, at brugerinddragelse er tidens trend. Men et er teori og forkromede målsætninger, noget andet er praksis, og det er her, de store udfordringer ligger.

Man kan meget vel få den fornemmelse, at er man ikke 100 pct. pro brugerinddragelse, ja så er man imod. Så sort hvid er virkeligheden heldigvis ikke og man kan sagtens være skeptisk, nølende og famlende i forhold til brugerinddragelse uden at være imod. Årsagerne til, at det ofte forekommer vanskeligt med brugerinddragelse, er mange og nogle af dem har været skitseret i denne rapport.

En af grundene til at det er umådeligt svært med brugerinddragelse, er at det kan være meget vanskeligt grænsende til det umulige, overhovedet at få brugerne med. Undervejs i projektet har jeg flere gange spurgt mig selv, og brugerne; *gider I overhovedet det her, eller er I bare tilfredse med at andre tager beslutninger på jeres vegne?* Flere gange har jeg siddet til brugerrådsmøder og tænkt, at det der foregår her simpelthen er så ustruktureret og kaotisk, at det grænser til det formålsløse. Og jeg er ikke den eneste der har siddet med den oplevelse, både brugere og personale kan nikke genkendende til følelsen af frustration og opgivelse. Når brugerinddragelsen ikke virker og først og fremmest er en kilde til frustration fremfor udvikling og konkrete resultater, bliver brugerdemokratiet en irriterende og tidskrævende foranstaltning, som ingen i virkeligheden har lyst til at engagere sig i endsige bruge tid på.

Hvis brugerinddragelse skal fungere mere optimalt, er det vigtigt med kontinuerlige forløb, som både brugere og behandlere trives i. Det er essentielt, at arbejdet med brugerinddragelse på sigt kommer til at fremme kommunikationen mellem brugere og personale, således at brugernes oplevelser, kritik og forslag inddrages i tilrettelæggelsen og udviklingen af serviceydelserne. Det tager tid, at finde frem til metoder, som både brugere og behandlere kan trives med og det tager tid at

skabe den kontinuitet, der skal til for at skabe synlige resultater. Resultater der er til at tage og føle på, er også en væsentlig kilde til succes, når man arbejder med brugerinddragelse i praksis.

Brugerinddragelse under forskellige former har været praktiseret længe på Dyveke, også længere end projekt brugerinddragelse og udvikling har eksisteret. Dyveke er et meget brugerrettet behandlingstilbud, hvor den sociale del af behandlingen udspiller sig i kontakten mellem den enkelte bruger og dennes kontaktperson. Personalet på Dyveke er meget opmærksomme på at få skabt en tillidsfuld relation til den enkelte således, at initiativer og tiltag foregår i et samarbejde og ikke hen over hovedet på brugeren.

Det betyder f.eks., at man som bruger reelt kan vælge at sige fra overfor den sociale del af behandlingen og alene benytte sig af den del af tilbuddet, der handler om at holde sig ”rask” og abstinensfri (medicinen). Det står én helt frit for, man er ikke tvunget til at deltage i aktiviteter, caféhygge eller ture ud af huset og der er heller ikke noget påbud om at skulle lave handleplan. Langt hen ad vejen foregår behandlingen faktisk på brugernes præmisser og på baggrund af de ønsker og behov, de tilkendegiver. Det efterlader dog et dilemma i forhold til de brugere, der ikke tilkendegiver noget, er det fordi de helst vil være i fred? eller er det fordi de ikke ved, hvordan de skal gøre opmærksom på deres ønsker og behov?.

## **En Gordisk knude**

Det er min oplevelse, at personalet, med de kendskab de har til brugerne, har en udmærket fornemmelse af, hvornår en bruger helst vil have lov til at være i fred og hvornår han/hun har brug for hjælp til at komme ud af busken. Det er også min oplevelse, at brugerne er bevidste om at muligheden for at øve indflydelse på dagligdagen og til en vis grad på eget behandlingsforløb faktisk er tilstede. Der hvor filmen knækker, er når det drejer sig om den medicinske del af behandlingen. Selve substitutionsbehandlingen fylder meget i dagligdagen på Dyveke, både ressourcemæssigt og, ikke mindst i brugernes måde at opfatte behandlingen på.

Som beskrevet tidligere er brugernes muligheder for at øve indflydelse på den medicinske del af behandlingen begrænsede, hvilket opleves som meget frustrerende for brugerne. Det der oftest fyl-

der mest i deres bevidsthed, har de reelt ingen indflydelse på. Oplevelsen af magtesløshed og formynderi i forhold til medicinen overføres ofte i brugernes bevidsthed til, at så har man reelt ikke indflydelse på noget som helst.

Den medicinske behandling er rent ud sagt en gordisk knude i forhold til brugerinddragelse i netop den type behandling, der udbydes på Dyveke. For at løse en gordisk knude, som den vi står overfor her, kunne man gøre som Alexander den store - nemlig løse knuden ved et sværdslag, og indføre selvforvaltning af medicinen - men dette er nok ikke realistisk. At løse en gordisk knude kræver utraditionel handling og *projekt brugerinddragelse og udvikling* byder ikke på nogen løsningsmodeller i den retning.

## **I bund og grund**

Hvis man skærer helt ind til benet har *projekt brugerinddragelse og udvikling* i bund og grund handlet om to ting; for det første at stimulere en bredere gruppe til deltagelse og for det andet, at gøre brugerinddragelsen mere synlig for især brugerne men også i forhold til personalet. Begge dele er lykket med rimelig succes, men ambitionerne med projektet var faktisk større i starten, i hvert fald i mit hoved. Det blev dog ret hurtigt klart, at skulle projektet have nogen effekt eller succes overhovedet, var vi nød til at starte fra bunden med i det hele taget at få brugerne til at deltage. Det var vigtigt at finde en metode, som brugerne kunne trives med og som personalet også kunne få noget konstruktivt ud af.

Vi er landet på det *dynamiske rum*, fordi den metode har vist sig at rumme flere fordele, bl.a. i forhold til at overvinde nogle af de barrierer for brugerinddragelse, der er skitseret i rapporten. Det har vist sig, at det *dynamiske rum* har flere fordele som redskab til øget brugerinddragelse på Dyveke. For det første er det en metode, som åbner op for, at mange brugere kan deltage på skift – deltager man i et enkelt *dynamisk rum*, har man ikke forpligtet sig til deltagelse på længere sigt – det skal være lysten, der driver værket. For det andet åbner det *dynamiske rum* op for, at der sker en udveksling af synspunkter mellem brugerrepræsentanter og husets øvrige brugere således, at brugerrepræsentanterne får et bedre indblik i holdningerne hos de brugere, de repræsenterer. Endelig har det *dynamiske rum* også vist sig at være en glimrende metode til at få formidlet brugernes oplevelser og



kritik videre til personalet på en måde, så det er muligt for personalet at forholde sig konstruktivt og handlingsorienteret til brugernes oplevelser.

I praksis har vi besluttet os for, at alt kan debatteres i det *dynamiske rum*, hvilket åbner op for, at der både kan være diskussioner, der retter sig direkte mod nogle forhold eller tilbud på Dyveke, men også at der kan være diskussioner af mere generel karakter. Output fra nogle debatter vil kunne føre til ændrede praksisformer omkring behandlingen, mens andre ikke vil kunne rykke ved de eksisterende praksisformer.

Eksempelvis har vi ved en lejlighed diskuteret brugernes oplevelser af arbejdet med handleplanen som kilde til indflydelse på eget behandlingsforløb og ved en anden har vi diskuteret brugernes holdninger til metadon i pilleform kontra metadon som mikstur. Førstnævnte debat mandede i sidste ende ud i en række konkrete forslag fra personalets side til, hvordan man kan ændre praksisformerne omkring arbejdet med handleplanen. Sidstnævnte var mere en diskussion af brugernes oplevelser med forskellige typer metadon og fordele og ulemper ved disse. Den diskussion kom af indlysende grunde ikke til at munde ud i ændrede praksisformer, da det ikke er inden for rammerne af behandlingen på Dyveke at beslutte hvilke metadonpræparater, der skal udbydes.

Det betyder dog ikke, at metadondiskussionen var frugtesløs trods det, at den ikke endte ud i konkrete ændringer. Metadondiskussionen betød bl.a., at brugerne fik mulighed for at komme ud med og drøfte deres frustrationer omkring forhold i den medicinske del af behandlingen, på en mere konstruktiv facon, end den der normalt udspiller sig omkring bordene i caféen.

Det er selve essensen i at alt kan debatteres - det *dynamiske rum* skal ikke være et forum, der begrænser sig til kun at kunne omfatte ”forhold der kan ændres på”. Alt er tilladt, også mere kontroversielle temaer. At det så ikke altid munder ud i ændrede praksisformer, må alle parter leve med, sådan er demokratiets spilleregler også i den virkelige verden.

### **Selve projektformen**

Projekt *brugerinddragelse og udvikling* har været udformet som et tidsbegrænset projektforløb løbende over 9 måneder. Der har været ansat en ekstern projektmedarbejder til at stå for forløbet med

de fordele og ulemper, der nu følger med en projektansættelse og et tidsbegrænset projekt. Yderligere har der været nedsat en styregruppe for projektet, som dog i realiteten ikke har haft nogen praktisk betydning, hverken i forhold til projektførelsen eller indhold. Tovholder på projektet har udover projektmedarbejderen været Dyvekes leder og samarbejdspartnerne har været Dyvekes brugere og personale.

Der har været flere umiddelbare fordele ved at arbejde med brugerinddragelse som projektansat. Dels har det været muligt at koncentrere sig om opgaven "full time", det har været den primære arbejdsopgave, hvorfor den ikke er blevet "skubbet" til side af akutte sager. Det giver ressourcer til at fordybe sig i projektet og til at afprøve og udvikle ting, som det ellers ville være svært at finde ressourcer til i dagligdagen. Dels har man som udefrakommende en anden tilgang til brugerne end de faste behandlere, hvor man indtager en mere neutral position, man kan sige, at man ingen "historie" har sammen med brugerne.

Det forhold man får til brugerne, som en neutral udefrakommende person, bliver mere fokuseret på selve det projekt, der arbejdes med, hvorimod dagligdags trivialiteter og forhandlingssituationer bliver mindre fremherskende i relationen til brugerne. Brugerne ved, at man ikke har nogen behandlingskompetence, hvorfor man bliver fritaget for lange diskussioner om doser, fremmøde og lignende. I stedet kommer brugerne til at opfatte en som en særlig ressourceperson, der arbejder med at forbedre konkrete forhold i relation til deres behandling.

Der er dog også ulemper ved at have en ekstern projektmedarbejder ansat i et tidsbegrænset forløb. Dels er det meget vanskeligt at finde en balancegang i sit arbejde, hvor man på den ene side er en del af dagligdagen i huset og på den anden side er man ikke. Den balancegang er både svær at håndtere i forhold til personalet og i forhold til brugerne. Det kan være trivielt, at arbejde med den samme opgave dag ud og dag ind, særligt i perioder hvor man bliver frustreret over manglende succes og resultater. I de situationer kommer man let til at savne kollegaers inspiration og faglige sparring. Det kan være vanskeligt på egen hånd tilstedelighed at tænke kreativt og finde på, særligt når målgruppen for ens arbejde til tider er noget tung at danse med.

Endelig er der den klassiske faldgrube omkring projektansættelser og kortvarige projektføløb, der i sin yderste konsekvens betyder, at erfaringer, initiativer og metoder forsvinder sammen med projektmedarbejderen, når projektet er tilendebragt.

### **At holde fast og skabe kontinuitet**

Projekt *brugerinddragelse og udvikling* er nu tilendebragt og vi er blevet nogle erfaringer rigere. Den store opgave ligger fremover i at holde fast i og om muligt videreudvikle de initiativer, som har haft en positiv effekt i forhold til øget brugerinddragelse på Dyveke Ambulatorium. Faren for at projektet, og de initiativer og metoder det har ført med sig, glider ud i sandet i takt med projektets afslutning er overhængende. 9 måneder er ikke tid nok til både at indkredse, afprøve, udvikle og forankre nye tiltag. For slet ikke at tale om at skabe nye traditioner.

Hvis både brugernes og personalets motivation skal fastholdes, er det vigtigt, at der arbejdes på at sikre en eller anden form for kontinuitet i arbejdet med brugerinddragelse, så ikke brugerne oplever det hele som spil for galleriet. Det er personalet, der skal søge for, at der med tiden kommer kontinuitet ind i det brugerdemokratiske arbejde og det er personalet, der skal gøre det stykke benarbejde det vitterligt er, at holde brugerne til ilden.

Forankring og evt. videreudvikling, af de initiativer til øget brugerinddragelse, som projektet har ført med sig, er måske i virkeligheden det vanskeligste ved projektet overhovedet. På den ene side er personalet positivt stemt i forhold til brugerinddragelse og de nye initiativer og metoder. Men på den anden side kan de positive intentioner nemt glide i baggrunden i en travl hverdag, der ofte er præget af akutte situationer, der skal håndteres her og nu. Oven i dette kan det godt blive vanskeligt at få gang i et kontinuerligt forløb, når personalesituationen er, som den nu engang er. Hermed mener jeg, at Dyveke (i lighed med de øvrige byambulatorier) er rammen om en vis udskiftning i personalegruppen tillige med en dagligdag, der er ikke sjældent er præget af fravær enten som følge af kurser eller andre aktiviteter ud af huset eller sygdom. Når realiteterne er sådan, kan det være ganske svært dels at forankre tiltagene i personalegruppen og dels at sikre, at der sker en udvikling og erfaringsopsamling.

I første omgang har vi gjort det således, at en personalerepræsentant fra brugerrådet og ambulatoriets leder, bliver ansvarlige for at holde fast i og måske med tiden udvikle de igangsatte tiltag. Men for at de skal have gunstige vilkår kræver det også, at den øvrige personalegruppe, er villige til at prioritere bruger inddragelse som en væsentlig del af behandlingen på Dyveke forstået således, at der arbejdes med brugerinddragelse som en uundværlig kilde til inspiration og udvikling, når det handler om yderligere at tilpasse Dyvekes ydelser til brugernes præferencer og behov.

I lige så høj grad er det vigtigt at holde brugerne til ilden - for uden deres deltagelse, er der jo selvsagt ingen brugerinddragelse. At fastholde brugernes motivation er svært og det kræver en hel del benarbejde, men når det endelig lykkes, kan der være guld værd. Det er muligt, at det vil være en fordel at synliggøre prioriteringen af brugerinddragelse ved (og et godt signal at sende) at afsætte yderligere ressourcer til det fremtidige arbejde f.eks. i form af efteruddannelse, foredrag, kurser eller måske ekstern bistand.

Hvis personale og brugere på Dyveke Ambulatorium, sammen kan opbygge og udvikle nye traditioner for brugerinddragelse, som begge parter kan trives i og oplever som konstruktive, kan brugerinddragelse på Dyveke godt blive en indarbejdet praksisform, der kan komme til udtryk i øget tilfredshed for både brugere og personale.

## **Litteratur:**

**AKF Nyt**, nr.2, juni 2001, AKF Forlaget, 2001

**Bjerregaard Flemming mfl.**, BID – Brugerinddragelse i ambulans stofmisbrugsbehandling, København, 2000

**Krogstrup, Hanne Kathrine**, Brugerinddragelse og organisatorisk læring i den sociale sektor, Forlaget Systime A/S, 1999

**Krogstrup, Hanne Kathrine**, Det handicappede samfund – om brugerinddragelse og medborgerskab, Forlaget Systime A/S, 1999

**Pedersen, Rikke**, Evaluering af de 4 Københavnske byambulatorier, Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen 7. kontor, 2001

**Schutz, Alfred**, Hverdagslivets Sociologi, Hans Reitzel, 1975

**Socialministeriet**, Håndbog i brugerinddragelse – Erfaringer fra Socialministeriets Kvalitetsprogram, Socialministeriet, 1998