

For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt?

En kvalitativ analyse av betydningen av
brukerutvalg i helseforetak

av

Tone Alm Andreassen

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet AS, 2007
© The Work Research Institute
© Forfattere/Authors

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i «Lov om opphavsrett til åndsverk», «Lov om rett til fotografi» og «Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet».

All rights reserved. This publication, or part thereof, may not be reproduced in any form without written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-203-5
ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO, Norway

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no

www.afi.no

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

Temaområde:

Politikk, organisering og læring

Rapport nr.

2/07

Tittel:

For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt?
En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak

Dato:

Mars 2007

Forfattere:

Tone Alm Andreassen

Antall sider:

64

Resymé:

Rapporten er en del av Norges Forskningsråds evaluering av sykehusreformen. Den dreier seg om brukerinvolvering i helseforetakene gjennom brukerutvalg, og er basert på telefonintervjuer med brukerrepresentanter og ansatte fra til sammen 13 forskjellige utøvende helseforetak fordelt på alle de fem helseregionene. Rapporten viser en støtte tanken om at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver, både hos brukerrepresentant og represententer for helseforetakene. Brukerutvalgene har satt på dagsorden sider ved helsetjenestens virksomhet som er særlig viktig for mennesker som har langvarig og hyppig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. Brukerutvalgenes kanaler til helseforetakene går først og fremst via helseforetakenes ledelse, og utvalgene inngrep med den kliniske virksomheten er svakere.

Emneord:

- Brukermedvirkning,
- brukerutvalg,
- helsetjeneste,
- helseforetak,
- sykehus,
- eldre,
- funksjonshemmede,
- reform,
- styring,
- politikk.



FORORD

Denne rapporten er en del av Norges Forskningsråds evaluering av sykehusreformen, gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidsforskningsinstituttet og IRIS samarbeidet om å evaluere iverksettingen av brukerinvolvering i helseforetakene. Dette er rapporten fra en kvalitativ analyse basert på intervjuer med brukerrepresentanter og helseforetaksrepresentanter. I evalueringen ble det også gjennomført en spørreskjemaundersøkelse våren 2006 til ledere i brukerutvalg, administrative ledere og styreledere i alle regionale helseforetak og de 29 lokale helseforetakene som var i drift våren 2006 (Lie, 2007).

Vi takker alle intervjuede for at dere har vært villige til å dele erfaringer og synspunkter på brukerutvalgene. Vi takker også representanter fra ulike brukergrupper/organisasjoner som på to møter har gitt innspill om hvordan evalueringen burde utformes. Forhåpentligvis kan rapporten komme til nytte for de som skal videreutvikle brukermedvirkningen i helseforetakene.

Takk også til Elisabeth Gjerberg i dag ved Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, men tidligere medarbeider på AFI, både for innsatsen med søknaden om å få evalueringsoppdraget og for grundig kvalitetssikring av denne rapporten.

Oslo, 22 februar 2007

Tone Alm Andreassen



INNHALDSFORTEGNELSE

Forord
Sammendrag
English summary

1	Innledning	1
2	Å evaluere en brukermedvirkningsreform	4
	2.1 Design av evalueringen	4
	2.2 Datagrunnlag	5
	2.3 Analyse og presentasjon.....	7
3	Brukerutvalg i helseforetak – tre eksempler	9
	3.1 Brukerutvalget ved Helseforetak En	9
	3.2 Brukerutvalget ved Helseforetak To	13
	3.3 Brukerutvalg ved Helseforetak Tre.....	15
	3.4 Forskjeller og fellestrekk	17
4	Brukerutvalg – nye organer i helseforetakenes organisasjon.....	21
	4.1 Å bringe inn brukerkompetanse og brukerperspektiv	21
	4.2 Underveis i iverksettingsprosessen	22
	4.3 Organisatorisk innplassering - forbindelseslinjer fra brukerutvalg til helseforetak ..	23
	4.4 Å ta brukerutvalget i bruk	28
5	Synspunkter og standpunkter – brukerutvalgenes saksengasjement	32
	5.1 Tilgjengelighet for funksjonshemmede i helsetjenesten	32
	5.2 Behandlingstilbudene.....	33
	5.3 Strukturendring og funksjonsfordeling	35
	5.4 Organisering av behandlingsprosessene	38
6	Vellykket iverksetting?.....	43
	6.1 Involvering – forståelse – tilfredshet	43
	6.2 Avstand – vaktbikkje - misnøye.....	46
	6.3 Medisinsk ekspertkultur?	50
	6.4 Iverksettingen oppsummert.....	51
7	Brukerutvalgenes virkningsveier	53
	7.1 Brukerutvalg – en tilgang til brukererfaringer	53
8	Resultater.....	58
	8.1 Kanaler for brukerne inn i helsetjenesten	58
	8.2 Innflytelse på pasientbehandlingen?	59

8.3 Helsepolitisk omfordeling?	60
8.4 Konklusjon	61
LITTERATUR.....	71



SAMMENDRAG

Rapporten er en del av Norges Forskningsråds evaluering av sykehusreformen. Denne delen av evalueringen dreier seg om brukerinvolvering i helseforetakene gjennom brukerutvalg. Den er basert på telefonintervjuer med 17 brukerrepresentanter i helseforetakenes brukerutvalg og 9 ansatte som har kontakt med brukerutvalgene, fra til sammen 13 forskjellige utøvende helseforetak fordelt på alle de fem helseregionene.

Evalueringen viser at oppstartfasen har vært preget av søken etter å finne form og rolle for brukerutvalgene. Brukerutvalg er først og fremst knyttet til helseforetakenes administrasjon, de har en viss kobling til styrene, men svakere tilknytning til klinikker og avdelinger. Så langt har fokus vært mer på brukerperspektivenes vei inn til helseforetakene enn av hvordan brukererfaringer skal formidles tilbake til helseforetakenes klinikker og avdelinger.

Fra omtrent halvparten av de 13 helseforetakene i denne undersøkelsen formidles det at brukerutvalgene blir møtt med respekt og får betydning. I de andre strever brukerutvalgene med å bli tatt i bruk. Ledelsen i helseforetakene uttrykker positiv innstilling til tanken om brukermedvirkning, men ikke i alle helseforetak blir den positive innstillingen omsatt til konkret involvering av brukerutvalgene i helseforetakenes plan- og beslutningsprosesser.

Et viktig resultat av brukermedvirkningsmålene i helseforetaksreformen er at internt i helseforetakene finnes det nå aktører som bærere av tanken om at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten.

Brukerutvalgenes påvirkning (virkningsvei) går først og fremst via den administrative ledelsen og dennes myndighet og styringsredskaper. Så lenge brukerutvalg bare har svake koblinger til helseforetakenes faglig og kliniske virksomhet, vil deres innvirkning på problematiske sider ved pasientbehandlingen trolig være begrenset.

Brukerutvalgene har mange steder vært opptatt av sider ved helsetjenestens virksomhet som er særlig viktig for mennesker som har langvarig og hyppig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. Brukerutvalgene har bidratt til at slike temaer og perspektiver er blitt satt på dagsordenen i helseforetakene. På sikt kan brukerutvalg i helseforetak være med på å bidra til helsepolitisk omfordeling mot bedre tilbud for pasienter med sammensatte og langvarige helsetjenestebehov.



ENGLISH SUMMARY

This report is part of the evaluation of the Norwegian health enterprise reform in specialised health care. The report evaluates user involvement in the health enterprises via user councils. The evaluation is based on qualitative interviews by phone. Interviews are conducted with 17 members of the user councils and 9 employees in the health enterprises who work closely with the user councils. The interviewees come from 13 different health enterprises. The members in the user councils were people with long term health problems as impairments, chronic illnesses, mental problems, cancer, or substance abuse problems. The representatives of the health enterprises were mostly managers or other employees in the enterprise administration.

The evaluation shows that both the health enterprises and the user councils themselves has used some time to search for an effective role and functioning of the councils. Primarily the councils have been coupled to the administration of the health enterprises. The councils also have some connections to the board. However the contact to the medical activity of the health enterprises has been weak. So far the focus has been directed more towards questions about how the experiences of the users will be imparted into the health care, than towards matters about how user experiences could be transformed into changes in the practice of the hospitals.

In around half of the health enterprises in the evaluation the interviewees state that the user councils are respected and have influence. In the rest the user councils strive for being properly involved in planning- and decision-making processes. The administrations of the health enterprises express a positive attitude towards the idea of user involvement. However this attitude is not everywhere transformed into actual involvement.

An important result of the reform is that inside the health enterprises one will now find spokespersons for the idea of user involvement. These spokespersons are not only user representatives, but also representatives of the health enterprise administrations.

Primarily the influence of the user councils are channelled through the administration of the health enterprises and the authority and instruments of the administration. Until the user councils obtain a closer relationship to the medical practice of the health enterprises their influence on problems connected to the treatment of the patients will be limited.

In several health enterprises the user councils have raised questions concerning health care to people with severe and long term problems which bring them in contact to many parts of the health care system. The councils have put focus on the perspectives of these groups of health care users. In the long run user councils may contribute to redistribution of health care resources towards groups of patients also prioritised in national health policy.

1

INNLEDNING

Helseforetaksreformen var ikke bare en forvaltningsreform, det var også en omfattende brukermedvirkningsreform. Som en følge av helseforetaksreformen er det blitt opprettet brukerutvalg ved norske sykehus. En sentral målsetting bak helseforetaksreformen var ”å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted”, som det står i stortingsproposisjonen. Helseforetaksloven bestemmer at de regionale helseforetak skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. I vedtektene til de regionale helseforetakene er det tatt inn en bestemmelse om brukermedvirkning: *Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene.* Helsedepartementet har gjennom styringsdokumenter slått fast at dette også skal være gjennomført for helseforetakene. Både regionale helseforetak og utøvende helseforetak er pålagt å forholde seg til brukerne i rådgivende organer, i form av brukerutvalg, noen steder kalt brukerråd.

Brukerutvalgene er sammensatt slik at de representerer organisasjoner for ulike pasientgrupper. Den største gruppen er gjerne hentet fra paraplyorganisasjonen Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) som representerer de fleste organisasjonene av kronisk syke og funksjonshemmede. I tillegg har brukerutvalget gjerne en til to medlemmer som er hentet fra Samarbeidsorganet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) og en til to medlemmer som skal representere de eldre. Disse er enten hentet fra fylkeskommunale eldreråd eller fra Pensjonistforeningen. Noen helseforetak har også ønsket utvalgsmedlemmer som representerer rusinstitusjonenes brukere og som representerer kreftpasienter, de siste er gjerne hentet fra Den Norske Kreftforening eller underforeninger her. En del helseforetak har vektlagt spesielt at brukerutvalget skal ha representanter fra psykiatrien, gjerne da fra Mental Helse eller Landsforeningen for pårørende i psykiatrien. Noen helseforetak har, i tillegg til et generelt brukerutvalg, også egne brukerutvalg for psykiatriske tjenester. Denne sammensetningen av brukerutvalg med representanter for helsetjenestens storbrukere er ønsket fra sentralt politisk hold og helseforetakene har fulgt anbefalinger ovenfra.

Brukerutvalgenes mandat varierer noe, men ofte sier det noe om at brukerutvalget skal være

- Et samarbeidsforum mellom brukerne og helseforetaket
- Et rådgivende organ for helseforetak slik at brukernes kunnskap kan utnyttes i utformingen av tjenestene,
- Et forum for systematisk tilbakemelding om brukernes erfaringer med helsetjenesten (Alm Andreassen, 2005)

Mandatformuleringene peker dermed på at brukerutvalgenes roller skal være samarbeid, rådgivning og kanal for brukertilbakemeldinger.

Denne rapporten skal belyse brukerinvolveringen i helseforetakene som følge av helseforetaksreformen. Jeg drøfter jeg tre spørsmål som er viktige å belyse for å kunne si noe om brukermedvirkningsreformen får eller kan få konsekvenser for helsetjenestens utforming og virksomhet. De tre spørsmålene er:

- Hva slags mulighet har brukerutvalgene til å være til nytte for helsetjenesten og for pasientene? Har brukermedvirkningsreformen blitt iverksatt slik at brukerutvalg kan påvirke helsetjenestens virksomhet?
- Hvordan kan brukerutvalgene påvirke helseforetakenes virksomhet? Hvilke ”virkningsveier” kan brukerutvalgene virke via?
- Hva slags betydning har brukermedvirkningsreformen for spesialisthelsetjenesten? Hva slags påvirkning representerer brukerutvalgene? Og hva slags innvirkning får deres innsats?

Hovedfokus i denne rapporten er på brukerutvalg i utøvende helseforetak, ikke på regionale brukerutvalg knyttet til de regionale helseforetakene. Rapporten er basert på kvalitative intervjuer med brukerrepresentanter i helseforetakenes brukerutvalg og med ansatte i helseforetakene som har kontakt med brukerutvalgene.

Rapporten er bygd opp slik at først introduseres en tenkning om hvordan brukerutvalgenes betydning kan evalueres: ved å studere iverksettingen, resultatene og tankene om hvordan brukerutvalg kan bidra til å skape endringer i helsetjenesten. Deretter presenteres datamaterialet mer inngående.

Så følger en *beskrivelse* av iverksettingen. Denne starter i kapittel 3 med en beskrivelse av tre eksempler på hvordan brukerutvalgene fungerer i tre ulike helseforetak fra tre forskjellige helseregioner. Disse eksemplene, eller case-foretakene, brukes til å introdusere noen temaer og problemstillinger som går igjen i flere helseforetak og brukerutvalg. Kapittel 4 beskriver brukerutvalgene organisatoriske innplassering og opplevelse av å bli tatt i bruk av helseforetaket. Kapittel 5 beskriver hvilke saker brukerutvalgene har engasjert seg i og hvilke synspunkter de har fremmet. Kapittel 6 drøfter iverksettingsprosessen og peker på faktorer som kan påvirket hvorvidt iverksettingen har være vellykket eller ikke.

Siste del av rapporten *drøfter* resultater av brukermedvirkningsreformen. Dette belyser jeg både gjennom å utlede *brukerutvalgenes virkningsvei* ut fra organisatorisk innkobling og rolleutforming (kapittel 7), og ved se på *hvilke resultater* brukermedvirkningsreformen har hatt, og hvorvidt dette på sikt kan få innvirkning på helsetjenestens virksomhet (kapittel 8).

En rekke forhold har betydning for hvorvidt etablering, prosess, utvikling, samarbeid på tvers av ulike organisasjoner, i dette tilfelle helseforetak og brukerorganisasjoner, fungerer (Alm Andreassen, 2005). Her kan jeg ikke gå inn på alle. To forhold gir imidlertid gode indikasjoner på hvordan iverksettingen har foregått, den ene dreier seg om brukerutvalgenes

organisatoriske kobling til helseforetaket organisasjon, den andre om hvorvidt foretaksinformanter og brukerinformanter formidler at brukerutvalget blir møtt med respekt, tatt i bruk og blir tatt på alvor. For å si noe om hvilken betydning brukervedvirkningsreformen kan få for helsetjenesten, er det nødvendig å belyse hvilke sider ved helsetjenesten som brukerutvalgene har engasjert seg, hvilke saker utvalgene har vært opptatt av, og hvilke synspunkter de har formidlet.

Rapporten er en del av Norges Forskningsråds evaluering av sykehusreformen, gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidsforskningsinstituttet og IRIS samarbeidet om å evaluere iverksettingen av brukerinvolvering i helseforetakene. I tillegg til den kvalitative analysen som rapporteres her, ble det også gjennomført en spørreskjemaundersøkelse våren 2006 til ledere i brukerutvalg, administrative ledere og styreledere i alle regionale helseforetak og de 29 lokale helseforetakene som var i drift våren 2006 (Lie, 2007).

2.1 Design av evalueringen

En reform må forstås som *et forløp med flere ledd* i en kjede (Patton, 2002): Reformen er input; reformen skal implementeres gjennom aktiviteter og tiltak som utgjør en iverksettingsprosess; prosessen skaper resultater (output) som kan ha konsekvenser (outcome) og få langsiktige virkninger (impact). Helseforetakslovens krav til brukermedvirkning er input i denne sammenhengen, og brukermedvirkningen skal implementeres ved at det etableres brukerutvalg og rammer og rutiner rundt utvalgenes virksomhet. Brukerutvalgenes virksomhet – ja kanskje også rett og slett det forhold at det finnes brukerutvalg – kan føre til noen resultater, for eksempel i form av spørsmål eller problemstillinger utvalgene reiser eller involveres i, eller i form av at helseforetakene blir mer oppmerksomme på brukernes perspektiver. Dette igjen kan få konsekvenser i form av endringer i helseforetakenes virksomhet eller praksis, som igjen kan få virkninger for pasientenes møte med helsetjenesten.

I perspektivet om reform som et forløp, er det ikke rimelig å innrette evalueringen utelukkende mot å etterspore konsekvenser og virkninger i form av et bedre tilbud til pasientene. Dette må forstås som en mer langsiktig prosess. I stedet må evalueringen ta tak i tre aspekter ved reformen:

For det første må evalueringen *studere iverksettingsprosessen*. Flere grunner tilsier at et slikt evalueringfokus er fornuftlig (Patton, 1997): Fokus på iverksettingsprosessen kan vise om reformer iverksettes i tråd med hensikten, eller om reformer faktisk lar seg gjennomføre. Videre er det liten grunn til å tro at en reform kan få konsekvenser om den ikke faktisk er blitt iverksett. Derfor er det heller ingen grunn til å evaluere resultater før en vet om reformen er vellykket iverksatt. Spørsmålene blir da: På hvilken måte er brukermedvirkningen blitt iverksatt? Har den blitt realisert på måter som gjør det mulig at brukerutvalgene kan få innflytelse på helsetjenestens virksomhet? Er brukerutvalgene satt i stand til å være en hjelp for helseforetakene til å bli bedre?

Videre må evalueringen etterspore *om reformen har skapt resultater* (output) som på sikt kan ha konsekvenser (outcome) og langsiktige virkninger (impact) i form av bedre tilbud til pasientene. Spørsmålene blir da: Hva har brukerutvalgene gjort? Hvilke saker og spørsmål har brukerutvalgene engasjert seg i? Hvilke synspunkter har de fremmet? Hva har arbeidet i brukerutvalgene ført til?

For å vurdere resultater som kan få konsekvenser som på sikt kan få virkninger, må evalueringen også identifisere *hvordan* brukermedvirkning skal kunne skape et bedre tilbud til pasientene, dvs den endringsdynamikk som brukerutvalgene utgjør. Evalueringen må derfor *identifisere* det som evalueringsforskeren Carol Weiss kaller en reforms

”endringsteori”, som av andre kalles for en ”programteori” (Rogers et al., 2000), som er å forstå som en handlingsnær tenkning om hvordan aktiviteter og handlinger skal føre til resultater og få konsekvenser (Weiss, 1998). Det dreier seg om å finne de ”virkningsveiene” som endringene skal skapes gjennom. Vi må derfor spørre: Hvordan er brukerutvalgene tenkt å skape endringer i helsetjenesten? På hvilke måter, eller via hvilke veier, kan brukerutvalg påvirke helseforetakenes virksomhet og møter med pasientene?

En forsker kan nærme seg en reforms endringsteorier på to måter: Den ene måten er å stille spørsmålet om hva aktørene selv tenker om hvordan brukerutvalg kan skape endringer. Ofte er imidlertid endringsteoriene ikke eksplisitt uttrykk, men mer eller mindre underforståtte. Da må forskeren nærme seg endringsteoriene indirekte gjennom å stille seg spørsmålet: Hva slags endringsteorier kan utledes av handlingene til de som er involvert i reformen? Her vil det si reformskaperne, politikere og sentrale brukerorganisasjoner, iverksetterne helseforetakene, brukerrepresentantene og de lokale brukerorganisasjonene? Det er denne siste tilnærmingen jeg anvender i denne analysen. Jeg har sett på tenkningen om brukerutvalg, om organiseringen og den organisatoriske innplasseringen av utvalgene, og på hvordan brukerutvalg og helseforetak har tenkt om hvordan brukerutvalgene skal fungere og virke.

2.2 Datagrunnlag

Informantintervjuer

Rapporten er basert på telefonintervjuer med 17 brukerrepresentanter i helseforetakenes brukerutvalg og 9 ansatte i helseforetak som gjennom sitt arbeid har kontakt med brukerutvalgene. I rapporten omtales disse som henholdsvis brukerinformanter og foretaksinformanter. Informantene kommer fra 13 forskjellige helseforetak og alle de fem helseregionene er representert i utvalget. Blant de 13 er det både helseforetak som tilsvarer tidligere sykehusorganisasjoner, og helseforetak som organisatorisk er slått sammen av flere tidligere selvstendige sykehus. Helseforetaksrepresentantene hadde forskjellige posisjoner i helseforetakene, administrerende direktør, fagdirektør¹, koordinator eller rådgiver.

Utvalget av representanter er tilfeldig og har skjedd i to omganger. En stor del av intervjuene ble gjort våren 2005 som forberedelse til en bok om arbeid med brukermedvirkning i helsetjenesten (Alm Andreassen, 2005). Alle helseforetaksrepresentantene ble intervjuet i 2005.

Brukerrepresentantene i undersøkelsen er intervjuet enten i 2005 eller i 2006. I 2005 var alle brukerinformantene hentet fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og en av deres 66 medlemsorganisasjoner. Våren 2006, som ledd i evalueringen av sykehusreformen, ble disse brukerinformantene supplert med intervjuer med åtte brukerrepresentanter fra andre brukergrupper enn de organisasjonene som er med i FFO, og fra brukergrupper som er særlig prioriterte fra myndighetenes side. Disse åtte brukerinformantene representerer SAFO, eldre

¹ Helseforetakene opererer med en rekke ulike titler på sine direktører under administrerende direktør.

brukere, brukere av psykiatriske helsetjenester, av kreftbehandlingen eller av rusbehandlings-tilbudene. Framfor å utvide med brukerinformeranter fra flere helseforetak, er det blitt prioritert å få fram flere informanter fra de helseforetakene jeg allerede hadde intervjuet. Fra ni helseforetak av de 13 kommer dermed flere brukerinformantstemmer til ordet. Supplerende data er hentet fra helseforetakenes nettsider som for mange har inneholdt informasjon om brukerutvalgenes medlemmer, mandat og møterefater.

Intervjuteamer

Temaene i intervjuene har tatt utgangspunkt i brukerutvalgene og dreid seg om utvalgets mandat, arbeid, sammensetning og saker, og om erfaringer med hvordan utvalget har fungert. Intervjuene har tatt fra en halv til en time, avhengig av hvor mye intervjupersonen har ønsket å formidle om de ulike temaene. Alle intervjuene har gått igjennom de samme hovedtemaene ut fra en strukturert guide, men avhengig av hva intervjupersonene har tatt opp, for eksempel i svar på åpne spørsmål om hva de ser som utfordringer, har oppfølgingsspørsmål og dermed også intervjuinnholdet variert noe. Intervjuene ble tatt opp bånd, og hovedtrekkene i intervjuene ble skrevet ned underveis. Båndene er brukt til å sjekke forståelsen av informantenes uttalelser og til å etablere presise sitater.

Kvaliteter og begrensninger ved dataene

Intervjuene er gjort i to omganger, i 2005 og 2006. De siste intervjuene forteller om situasjonen i helseforetakene ett år senere enn de første intervjuene. Noe har trolig skjedd i løpet av dette året. Både helseforetak og brukerutvalg har gjort noen flere erfaringer. Noen brukerrepresentanter er byttet ut. Noen utvalg har fått nye kontaktpersoner i foretakene. På den andre siden, i iverksettingen av brukermidvirkningsreformen er ikke ett år så veldig lenge. Mange av informantene understreket, som jeg vil komme nærmere tilbake til nedenfor, at iverksettingen kan betraktes som en utviklingsprosess hvor det har vært brukt tid på å finne fram til arbeids- og samarbeidsformer.

Alle intervjuene er gjort før det ble politisk besluttet at styrene i helseforetakene skulle ha tyngre politikerrepresentasjon. Evalueringen er fra den tidsperioden helseforetak hadde såkalte ”profesjonelle styrever”. Om politikerrepresentasjon i styrene har noen betydning for brukerutvalgenes rolle eller gjennomslag, kan vi altså ikke vite ut fra denne evalueringen.

Fordi utvalget ikke er statistisk representativt og bare utgjør om lag en tredjedel av landets helseforetak, kan jeg ikke si noe presist om utbredelsen av de organiseringsmodellene eller erfaringene intervjuene forteller om. En parallell survey til brukerutvalgene og til helseforetakenes styrer og administrative ledelse, belyser utbredelse av en del sider ved i verksettingen og resultatene (Lie, 2007). Ikke alle temaene i denne kvalitative undersøkelsen er egnet til å bli belyst gjennom spørreskjemaundersøkelser. Om disse antar jeg at i den grad temaene har kommet opp i forhold til flere av helseforetakene, kan de være aktuelle også i andre foretak enn de som er intervjuet. På den andre siden kan det være temaer som ikke har kommet fram i disse intervjuene, men som har vært aktuelle i andre helseforetak. Inntrykk fra

møter med andre brukerutvalg og andre brukerrepresentanter som jeg har holdt foredrag for, er at mange av de samme temaene går igjen, og at intervjuutvalget slik gir et rimelig godt bilde av temaer og problemstillinger som har stått på dagsordenen i iverksettingen av brukermedvirkning i helseforetakene siden helseforetaksreformen.

I forhold til å belyse brukermedvirkning i helseforetak har dataene en begrensning knyttet til dette at de er hentet fra personer som deltar i arbeidet med brukerutvalgene. Det er mennesker tett opp i utvalgenes virksomhet. Det er mulig at brukermedvirkningen vil bli vurdert annerledes både av dem brukerrepresentantene representerer, og av andre ansatte i helseforetakene. I mange tilfeller vil disse kanskje ikke engang ha kjennskap til brukerutvalgene og deres virksomhet. I forhold til å belyse hva som faktisk foregår i brukerutvalgene er imidlertid disse intervjupersonene de beste informantene.

2.3 Analyse og presentasjon

Dataene er systematisert på tre måter. 1.) For alle helseforetakene er det laget en oversikt over faktainformasjon om brukerutvalg og annen brukerrepresentasjon i helseforetaket. Denne er basert på informasjon både fra intervjuene, fra tilsendt materiale, og fra nettsidene til helseforetakene. 2.) Fra intervjuene er det hentet fram temaer og problemstillinger knyttet til iverksettingen og resultatene av brukermedvirkningsreformen som intervjupersonene uttrykker sin forståelse av eller vurderinger om. Om disse temaene er synspunktene fra intervjupersonene sammenstilt for å få grep om fellestrekk og forskjeller, dels gjennom sammenstilling av flere informanter fra samme helseforetak, og dels gjennom sammenstillinger på tvers av helseforetakene. 3.) For hver intervjuperson er det laget en oppsummering av hovedtrekkene i deres beskrivelse av brukerutvalget og hvordan det fungerer – en ”meningskonsentrering” (Kvale, 1997). Hensikten med denne er å få fram konsentratet av deres beretning om deres erfaring med og synspunkter på brukerutvalget. Denne oppsummeringen er brukt til å lage en generell oversikt over hvordan iverksettingen av brukermedvirkningsreformen har skjedd i de 13 foretakene som er representert i undersøkelsen. Denne systematiseringen av datamaterialet utgjør grunnlagsarbeidet i analysen. Presentasjonen av analysen følger en annen struktur, som er beskrevet i innledningskapitlet foran, og som jeg også beskriver litt mer utfyllende nedenfor.

For å levendegjøre brukerutvalgenes virksomhet starter jeg beskrivelsen av iverksettingen med en presentasjon av tre brukerutvalg i anonymisert og stilisert form. Jeg kaller dem for brukerutvalget ved henholdsvis helseforetak En, To og Tre. De tre brukerutvalgene er hentet fra hver sin helseregion, men det er likevel ikke slik at de er representative eller typiske for alle brukerutvalg i regionen. I stedet er de valgt ut fordi de representerer ulike måter brukerutvalg kan fungere på. I forventningene til hva brukerutvalget skal være, representerer disse tre hver sin av de tre hovedoppgavene i mandatformuleringene som jeg presentert i innledningskapitlet.

For alle tre helseforetakene som er caseeksempler, har jeg intervjuer både med brukerinformanter og foretaksinformanter. Beskrivelsen av helseforetakene er en syntetisering av intervjuene med de ulike informantene fra helseforetakene, og den er min fortolkning av hva intervjuene forteller om helseforetakets innplassering av brukerutvalget og brukerutvalgets rolleutforming.

Jeg bruker disse tre eksempelforetakene for å belyse noen temaer som synes å gå igjen i iverksettingen av brukermedvirkningen i helseforetaksreformen. Eksempler og sitater fra andre helseforetak og brukerrepresentanter som illustrerer at en del av det som kjennetegner de tre helseforetakene, går igjen også i andre helseforetak. Noen ganger tar jeg også med eksempler og sitater som viser hvordan eksempelforetakene skiller seg fra andre helseforetak.

Både fra eksempelforetakene og andre helseforetak henter jeg saker brukerutvalgene har vært involvert i for å belyse hvordan brukerutvalgenes synspunkter og perspektiver påvirker eller ikke får innflytelse på helseforetakenes beslutningsprosesser. Av anonymitetshensyn går jeg ikke i detalj inn i de enkelte sakene, synspunktene eller forslagene, men nøyer meg med å beskrive hva slags spørsmålsstillinger eller temaer de dreier seg om. Poenget med eksemplene er å få fram beskrivelsen av hva som har skjedd i sakene, og hvilken rolle brukerutvalgene har spilt. Ut fra dette datamaterialet er det ikke mulig å si om beslutningsutfallet i sakene ville blitt det samme eller annerledes uten brukerutvalgets bidrag. Det krever et forskningsdesign som følger saksforløp mer i detalj. Her må jeg nøye meg med informantenes refleksjoner om hvordan brukerutvalgene har påvirket.

Videre belyser jeg mønstre av faktorer som synes å samvirke i helseforetak der iverksettingsprosessen har vært god, og der den ikke har fungert så godt. Her trekker jeg på data fra andre helseforetak enn de tre caseforetakene jeg presenterer innledningsvis. Dette er gjort av anonymitetshensyn, og ikke fordi ikke også caseforetakene kunne illustrert mønstrene. Når mange opplysninger og detaljer kan kobles blir det lettere for lesere med kjennskap til brukerutvalgene å slutte seg til hvilket helseforetak som er kilden til beskrivelsen. Det har derfor vært et bevisst valg fra min side å trekke på informasjon, eksempler og illustrasjoner fra flest mulig brukerutvalg og helseforetak.

Jeg bruker en del sitater. Disse er noe redigert. Av plasshensyn er sitatene forkortet slik at det er hovedpoengene i utsagnene som er tatt med i sitatet. Videre er markører som kan identifisere informantene fjernet. Bl.a. er dialekt utvasket, og uavhengig av om helseforetak bruker betegnelsen ”brukerråd” omtales alle her som ”brukerutvalg”.

Brukermedvirkning etter helseforetaksreformen betyr at helseforetak skal ha brukerutvalg. Brukerutvalg er etablert ved alle offentlige helseforetak. Det at utvalg er opprettet, forteller likevel lite om hvorvidt intensjonene om brukermedvirkning er oppfylt. At utvalg finnes, er ikke det samme som at de fungerer. Lov- og vedtektsbestemmelsene er knappe. Intensjonene må omsettes til praktisk handling av helseforetakene og brukerutvalgene. Som en av brukerinformantene sa det:

”Brukerutvalg er jo lovpålagt, men det står lite om funksjon. Det er brukerutvalg og administrasjonen som driver og utvikler det.”

Hvordan administrasjonen og brukerutvalgene har arbeidet med denne utviklingsprosessen og hva som er blitt resultatet av prosessen, er temaet i de neste kapitlene. De handler om iverksettingsprosessen og beskriver hva slags plass brukerutvalgene har fått i helseforetakene. Tre eksempelforetak, som jeg presenterer i dette kapitlet, illustrerer at det er variasjoner i hva slags rolle og organisatorisk innplassering utvalgene har fått.

3.1 Brukerutvalget ved Helseforetak En

Brukerutvalget ved Helseforetak En ble opprettet rett etter at helseforetaksreformen trådte i kraft, og hadde to møter i 2002. Utvalget har i sitt mandat at det skal arbeide for at brukerkompetansen blir benyttet som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring av spesialisthelsetjenestene. Utvalget skal være et rådgivende organ for administrerende direktør og styret og det skal være et forum for tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner, pasienter og pårørende. Utvalget har stort sett hatt seks møter i året. Både møtereferater og årsrapporter fra utvalget ligger på helseforetakets nettsider. Her finner en brukerutvalget under sidehenvisningen for ”Pasienter og pårørende”.

Organisatorisk innplassering og arbeidsbetingelser

Brukerutvalget er tett koblet til helseforetakets administrative ledelse. Kvalitetskoordinator er utvalgets sekretær. Administrerende direktør møter selv i brukerutvalget, og direktøren har arbeidet aktivt for å gi brukerutvalg legitimitet innad foretaket, og posisjonere utvalget som et organ verdt å lytte til. Direktøren har vært tydelig om at ”utvalget skal ha en klar rolle i vår organisasjon; det skal ikke være noe rituellet organ på siden”. Direktøren peker på at det er ”en naturlig spenning mellom tungt fagdrevet organisasjoner og brukerrepresentanter med pasienterfaring”, og at det kan være noen i foretaksorganisasjonen som syns brukerutvalget er ”unødvendig og brysomt”. På den andre siden er brukerutvalgets leder invitert inn på klinikkvise møter, og det at utvalget blir brukt slik mener direktøren er konstruktivt og et uttrykk for at foretaksorganisasjonen tar brukerutvalget på alvor.

Direktøren beskriver brukerutvalget som ”en del av beslutningsstrukturen i vår organisasjon”. Direktøren mener at brukerutvalget har fungert veldig bra, at det har vært ”en veldig god dialog og konstruktiv linje til å peke på forbedringsområder for sykehuset”. Brukerutvalgsmedlemmene verdsetter direktørens deltakelse, og tar det som uttrykk for at utvalget blir tatt på alvor. Brukerrepresentantene opplever utvalget blir hørt og ikke avfeid. En av dem er inne på at dette kanskje kan ha sammenheng med at administrerende direktør ikke er lege.

Brukerutvalget sørger også for at lederen og helst en til fra brukerutvalget er til stede på styremøtene i helseforetaket, men brukerutvalget har ingen formell observatørstatus i styret.

Brukerrepresentantene uttrykker at samarbeidet og rammene omkring brukerutvalgsmøtene er veldig bra. De ser imidlertid også forhold ved brukerutvalgets arbeidsbetingelser som de mener er vanskelige. De peker på at beslutningsprosessene foregår på en slik måte at det er vanskelig for utvalgsmedlemmene ”å referere til bake til dem du representerer”, og med dette mener de at det ikke har vært nok tid til at brukerutvalg kan innhente synspunkter fra brukerorganisasjonene i de sakene brukerutvalget skal uttale seg om.

Brukerinformantene i Helseforetak En peker videre på at brukerutvalgets dialog med helseforetaket kanskje er for lite formalisert, at utvalget i større grad burde avgi skriftlige uttalelser og formalisere sine synspunkter i vedtak. Referatet er knapt, og der er liten plass for utdyping av argumenter.

Administrerende direktør forteller at en metode helseforetaket anvender i brukerutvalget er at ansvarlig klinikkssjef presenterer problemstillinger, får kommentarer fra brukerutvalg direkte i møtet, og kan ta kommentarene videre inn i sitt ansvarsområde. Direktøren beskriver dette som ”en veldig viktig mekanisme” fordi den sørger for at brukerutvalgets budskap blir dratt videre. Fra brukerrepresentantene uttrykkes en viss usikkerhet på om dette blir mer enn prat; det kommer synspunkter, men det er opp til direktøren og ledergruppen hvor mye de vil ta med seg. En av brukerrepresentantene beskriver klinikkssjefenes gjennomganger mer som orienteringer som har preg av ”litt solskinn”, og mener at klinikkssjefene framover mer skal bli presentert for problemstillinger. Brukerutvalget vil ”være nærmere driften”.

Saker og arbeidsformer

En oppgave brukerutvalget i Helseforetak En er trukket inn i, er utforming av et nytt sykehusbygg. Brukerinformantene forteller at brukerutvalget har engasjert seg i en rekke sider ved utformingen: størrelsen på inngangspartiet, utforming av rommene, høyden på vaskene, skap for blinde, tilgjengelighet for rullestoler, kontrastfarger og linjeføring for synshemmede, tilgang på hørebylyer som blir utlevert med en gang en hørselshemmet pasient kommer til resepsjonen. Foretaksinformanten opplever at brukerutvalgets bidrag er nyttig:

”Brukerutvalget har bidratt til gode løsninger ut fra ulike hensyn, blant annet for bevegelsehemmede og svaksynte. [...] Det er fint at brukerutvalget kommer med konkrete løsninger, f.eks om fysiske forhold. Brukerutvalget har et blindt medlem som har kommet med konkrete erfaringsbaserte synspunkter, som er veldig nyttig å få med seg.”

Et annet spørsmål brukerutvalget i Helseforetak En er blitt involvert i, er helseforetakets økonomiske situasjon og pålegg om innsparing. Administrerende direktør har orientert brukerutvalget og gitt uttrykk for at de økonomiske betingelsene ikke er forenelig med forsvarlig drift av helseforetaket og vil gå ut over pasientbehandlingen. Da har brukerutvalget ”vært skjønt enige” med helseforetaksledelsen og vært ”kritiske overfor helseministeren” og overfor styret i regionalt helseforetak, forteller brukerinformantene. Brukerutvalget har ”uttalt på vår måte” at ”de forlanger for rask innsparing”. En av brukerinformantene mener at brukerutvalget har skrevet tre eller fire slike ”støtteerklæringer” til helseforetaket. Brukerutvalget oppfatter at utvalgets uttalelser har vært medvirkende til at helseforetaket har fått et års utsettelse på kravet til økonomisk balanse, og forteller at direktøren har uttalt at brukerutvalgets uttalelse veide tungt da helseforetaket fikk denne utsettelsen. En annen forteller at dette er en måte helseforetaket bruker brukerutvalget: utvalget blir orientert om at hvis pålegg om økonomisk innsparing skal gjennomføres, så vil det gå ut over pasientbehandlingen og servicen, og da er det slik at brukerutvalget ”støtter sykehuset og de ansatte”. Foretaksledelsen har ikke sett noe problematisk ved at brukerutvalg avgir slike støtteuttalelser, men mener det er naturlig at brukerutvalget blir informert om de økonomiske utfordringene sykehuset står i, og at det er naturlig at et utvalg som skal ”tale pasientenes sak” engasjerer seg i helseforetakets ressursituasjon. Administrerende direktør peker på at det er brukerutvalget selv som har valgt å lage uttalelser, og sier:

”Jeg har ikke sett det som noe rart at de har meningsyttringer. Det er utvalgets egen fortolkning av det handlingsrom de tar til seg.”

Videre mener administrerende direktør i Helseforetak En at brukerutvalget ”kan være en viktig bidragsyter i et systematisk forbedringsarbeid”. Dette mener imidlertid direktøren er avhengig av at brukerutvalget fungerer som kanal for brukernes erfaringer:

”det hviler på at vi har et brukerutvalg som henter inn erfaringer fra sine medlemsorganisasjoner, og er i stand til å formidle dette inn til sykehuset.

Direktøren mener også at brukerrepresentantene må ”lage aggregerte bilder av synspunkter og erfaringer med sykehuset”. Direktøren sier til brukerutvalget: ”Dere må prøve å innhente et bredere materiale, et mer representativt bilde av kronikernes problemer, ikke spille inn bare enkeltopplevelser.” Direktøren mener dette er en utfordring for brukerrepresentantene – ”å innhente brukererfaringer mer systematisk”.

Brukerrepresentantene har oppfattet at helseforetaket etterspør brukererfaringer, og forteller at de har gått tilbake til organisasjonene de representerer, og bedt organisasjonene og medlemmene om å komme fram med erfaringer. Brukerrepresentantene synes imidlertid å oppfatte det som at direktøren etterspør konkrete eksempler. En av dem forteller at direktøren sier at helseforetaket vil ha de konkrete brukererfaringene inn i brukerutvalget slik at de ikke ender i media i stedet. De forteller at det kommer eksempler, selv om de kunne ønske seg flere, og selv om de beskriver eksemplene som enkeltopplevelser, så omtaler de eksemplene som om de vet at opplevelsene gjelder mange flere enn det ene tilfellet.

Brukerrepresentantene uttrykker også en viss undring over at direktøren etterspør brukererfaringer på denne måten. En av dem beskriver det som ”en ny kultur”, og mener det forteller at det ikke er så lett for foretaksledelsen å ”korrigere legene”. Brukerrepresentantene synes å oppfatte at brukerutvalget er middel for foretaksledelsen til å introdusere endringsbehov. En av dem forteller at direktøren har gitt uttrykk for at det ”sender bølger” i sykehusorganisasjonen når en klinikkjef blir bedt om å fortelle brukerutvalget om virksomheten.

Brukerrepresentantene uttrykker at den kanskje største utfordringen for brukerutvalget er ”å komme i posisjon så en også kan påvirke det faglige miljø i sykehuset, de medisinske tjenester, hvorledes de utføres, og da tenker jeg ikke på hvordan de skjærer på bordet, men på hvordan de organiserer seg”. Brukerrepresentantene uttrykker en tillit til at fagfolkene har faglig ekspertise forstått som den instrumentelle kunnskapen og kompetansen til å behandle (”hvordan de skal skjære”), men en tvil om fagfolkenes evne eller vilje til å organisere tjenestene på måter som brukerne er tjent med.

Oppsummert om iverksettingen og rolleutforming

Iverksettingen av brukermedvirkningsreformen synes altså å ha gått bra i Helseforetak En. Selv om brukerrepresentanten ser forbedringsmuligheter når det gjelder organiseringen av utvalgets arbeid, opplever de at utvalget blir tatt på alvor. Foretaksledelsen er positivt innstilt til tanken om brukerutvalg og ser utvalget som nyttig for helseforetaket. Både brukerinformanter og foretaksinformanter opplever at brukermedvirkningen ved Helseforetak En fungerer bedre enn i mange andre foretak.

Rolleutforming for brukerutvalget i Helseforetak En synes for det første å være at brukerutvalget skal respondere på saker foretaksledelsen legger fram for utvalget. Sakene om sykehusbygget og om helseforetakets økonomi er eksempler på dette. Da kan brukerutvalget fungere som *rådgivende* organ for helseforetaket, slik mandatformuleringen beskriver, og f.eks komme med anbefalinger om hvordan tilgjengeligheten for funksjonshemmede kan forbedres.

Videre kan brukerutvalget agere som en støttespiller for helseforetaket overfor foretakets overordnede myndigheter. Rollen som *støttespiller* er ikke en veldig synlig rolle i utvalgenes mandat, men i Helseforetak En har dette også vært en rolle brukerutvalget har gått inn i.

Endelig synes rolleutforming for brukerutvalget i Helseforetak En å romme at medlemmene i brukerutvalget skal hente inn stoff, problemstillinger, tilbakemeldinger, pasientopplevelser, ”saker” som skal gjøre det mulig å identifisere problematiske trekk ved helseforetakets tjenesteyting, og danne grunnlaget for helseforetakets forbedringsarbeid. Her synes rollen å hvile på mandatets beskrivelse av brukerutvalget som en kanal for systematisk *tilbakemelding* om brukernes erfaringer med helsetjenesten.

3.2 Brukerutvalget ved Helseforetak To

Brukerutvalget i Helseforetak To ble til etter helseforetaksreformen ved at et tidligere pasient- og pårørende panel ble omgjort til et brukerutvalg. Utvalget har om lag seks møter i året. Informasjon om brukerutvalget ligger på foretakets nettsider under sidene om informasjon til pasientene. Her finnes både oversikt over brukerutvalgets medlemmer, møterefoterater og årsberetninger.

Organisatorisk innplassering og arbeidsbetingelser

Brukerutvalget synes å ha en ganske løs kobling til foretaksledelsen. En gang i året har utvalget uformelle møter med administrerende direktør. Da har utvalget bestemt hva de vil snakke med direktøren om. Brukerrepresentantene beskriver at det ikke er foretaksledelsen som kommer med saker til brukerutvalget, det er utvalget som kommer med saker til direktøren. Og, sier en av brukerrepresentantene, ”det er sånn det skal være”, det er brukerutvalget som skal komme med problemstillinger de ser fra sin vinkel.

Brukerutvalget arbeider selvstendig, og brukerinformantene forteller at utvalget har valgt å ha møter uten foretaksrepresentanter til stede og fordi ”enkelte ting vi jobber bedre med når de ikke er til stede”.

Foretaksdirektøren er lege og har sjeldne, men faste møtepunkter med brukerutvalget for å bli informert om hva utvalget er opptatt av. Brukerinformantene forteller at utvalget har ”grei kontakt” med direktøren, men at utvalget stadig må minne ledelsen på at utvalget ”ønsker å være med der ting skjer”, i prosjekt- og arbeidsgrupper: ”Vi skal jo være et rådgivende organ for direktøren, men vi må stadig passe på at vi blir tatt med”. I blant har direktøren kommet med forslag om hva brukerutvalget kan jobbe med, men det er ikke alltid utvalget mener at det er hensiktsmessig det som direktøren foreslår. At direktøren kan foreslå hva utvalget skal arbeide med, er ikke det samme som at helseforetaket legger fram saker utvalget skal gi råd om. Det synes mer å være at direktøren blander seg inn i utvalgets egenstyring av sin arbeidsplan.

Brukerutvalget har en viss kobling til styret i helseforetaket, men ingen formell observatørposisjon. Utvalget legger møtene sine i forkant av styremøtene, slik at utvalget kan drøfte sakene som kommer opp i styret, og eventuelt gi uttalelser til disse.

Saker og arbeidsformer

Brukerutvalgets kontaktperson i Helseforetak To er den ansvarlige for foretakets kvalitetsarbeid og brukerutvalget har ”kvalitetsforbedring” som mandat. Helseforetaksinformanten forteller at brukerutvalget ”aldri hatt en politisk profil, mer en praktisk”, og mener at det er veldig viktig at brukerutvalget jobber ”konkret og praksis- eller pasientnært, med ting som merkes for den enkelte pasient og pårørende”. Både helseforetak og brukerrepresentantene synes å ha felles forståelse om at det er slik brukerutvalget skal fungere. De forteller om praktiske saker brukerutvalg har engasjert seg i, parkering, klesvask, knagger til å henge klærne på for innlagte pasienter.

Brukerutvalget i Helseforetak To har ikke bare engasjert seg i praktiske spørsmål, men også i om pasientene får individuell plan, og i pasientenes tilgang til viktig informasjon.

Brukerinformantene forteller at brukerutvalget har jobbet mye med individuell plan, har forespurt sykehusavdelingene hvor langt de er kommet med innføringen av individuell plan, og anbefalt direktøren å oppmode avdelingene til å ta i bruk individuell plan. Brukerutvalg opplever imidlertid at det ikke er så mange som tar redskapet i bruk, at det fortsatt er avdelinger som mener de ikke trenger individuell plan, som ikke ser hensikten med redskapet. En av brukerinformantene reflekterer over om brukerutvalg burde anbefale direktøren om å be om kvartalsvise tilbakemeldinger om innføringen av individuell plan, men, sier brukerinformanten, ”sykehuset er ikke som en vanlig bedrift, der er det ikke sånn at når direktøren sier at sånn skal det være, så blir det sånn”. Brukerinformanten mener at det må legges til rette for at de ansatte på sykehuset kan lære at individuell plan er et godt hjelpemiddel, blant for å få til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Når det gjelder informasjon er brukerutvalget opptatt av at informasjonen skal være oppdatert, at pasientene ikke skal overdynges med informasjon, men at det skal gis så mye informasjon som pasientene kan ta i mot. En av brukerrepresentantene forteller at brukerutvalget mener at det er når det gjelder informasjon og kommunikasjon at det svikter mest. Brukerutvalg har derfor også engasjert seg i at epikrisen fra sykehusoppholdet skal sendes med pasienten ved utskrivning, og at pasienten skal få forklart hva som står i epikrisen, for, som informanten sier, ”man kan ha fått informasjon som man ikke har mottatt”, altså tatt inn.

Brukerutvalget i Helseforetak To har utarbeidet en brosjyre til pasientene, som blir sendt ut til alle som skal innlegges. Brukerutvalget har selv tatt oppgaven med å utforme brosjyren. Utvalgsmedlemmene har besluttet hva brosjyren skulle inneholde og har selv jobbet ut teksten. Brukerutvalgets kontaktperson i helseforetaket forteller at det ikke er blitt en typisk ”Velkommen og her kan du parkere-brosjyre”, men en brosjyre som handler om brukervedvirkning, om rett til individuell plan, rett til rehabilitering, til å se journalen, fritt sykehusvalg og om sykehusets servicetilbud. Brosjyren er blitt veldig godt mottatt. Sykehuset har trykket den opp flere ganger.

En av brukerrepresentantene forteller om tanken bak brosjyren:

”Det vi prøver, er å gjøre pasienten trygg, slik at de spør. Vi prøver å lære dem ting, fortelle dem hva slags rettigheter dem har, hva slags tilbud som er der.”

Tanken er at det å få god hjelp fra helsetjenesten ”det er komplisert, fordi det går på hvordan man sjøl kommuniserer”. Det er i denne kommunikasjonen brukerutvalg ønsker å være til hjelp for pasientene.

Oppsummert om iverksettingen og rolleutforming

Rolleutforming for brukerutvalget i Helseforetak To synes å være at brukerutvalget skal ta utgangspunkt i sin pasienterfaring og arbeide fram tiltak som gjør det lettere å være pasient. En av brukerrepresentantene beskriver rollen som at brukerutvalget ”skal utfylle helsevesenet

og de som jobber der” ut fra en tanke om at de ansatte ”er spesialister på andre ting enn vi”. Brukerrepresentanten uttaler at ”først og fremst skal vi se den enkelte”. En foretaksinformant uttaler at brukerutvalget skal ta tak i ”de tusen praktiske tingene som man ikke tenker på når man ikke har vært i den rollen (pasientrollen) sjøl”. Både brukerutvalg og helseforetak synes altså å arbeide ut fra at brukerrepresentant besitter en særlig kunnskap som (bare) brukere får tilgang til, gjennom sin brukerposisjon. Brukerne har en kunnskap som supplerer helsefagfolkenes.

Denne supplerende rolleutforming som først og fremst knytter an til mandatformuleringer om å være et *samarbeidsforum* mellom helseforetak og pasienter. Brukerutvalget arbeider, i samarbeid med sykehuset, om å gjøre det lettere for brukerne å være pasient på sykehuset. Dette er en rolleutforming og en modell for samarbeid bygget på arbeidsdeling: Helsefagfolkene bedriver helsefaglig virksomhet. Brukerutvalg ser på det som har å gjøre med organiserings-, service- eller driftssiden ved helseforetaket.

Ut fra denne rolleutformingen synes brukerutvalget å mene at iverksettingen av brukermedvirkningsreformen har vært rimelig vellykket. Brukerinformantene beskriver arbeidet i brukerutvalget som ”meningsfylt”, og beskriver at utvalget fungerer. Når brukerinformantene beskriver hvordan utvalget fungerer, snakker de imidlertid om sitt eget arbeid og det interne samarbeidet mellom medlemmene i utvalget, ikke om relasjonen til helseforetakets ledelse.

Rolleutformingen til brukerutvalget i Helseforetak To synes også å være at brukerutvalget ved å ta utgangspunkt i pasientopplevelsene kan sette fokus på det ”utenomfaglige” og peke på hvordan helseforetaket kan organisere virksomheten slik at pasientene får bedre erfaringer med sykehuset. I slike saker kan brukerutvalget gi anbefalinger til direktøren om hva foretaksledelsen bør gjøre. Brukerutvalget i Helseforetak To er imidlertid, i likhet med brukerutvalget i Helseforetak En, noe i tvil om direktørens autoritet overfor sykehusorganisasjonen. Kanskje derfor arbeider brukerutvalg også selv direkte med tiltak som styrker pasientens situasjon, slik brosjyren er et eksempel på.

3.3 Brukerutvalg ved Helseforetak Tre

Brukerutvalget ved Helseforetak Tre ble opprettet i 2004, og har i oppgave å være pådriver for å sikre at brukerinteressene ivaretas. Utvalget hadde 6 møter første året, og har siden økt antallet møter slik at i 2006 hadde utvalget planlagt flere enn ti møter. Informasjon om brukerutvalget finnes på foretakets nettside under overskriften Om oss, og med lenke fra siden med informasjon til pasienter og pårørende. På foretakets nettsider finnes presentasjon av brukerutvalget, medlemmene og møtereferater.

Organisatorisk innplassering og arbeidsbetingelser

I Helseforetak Tre er brukerutvalget tett koblet til den administrative ledelsen; viseadministrerende direktør møter fast i brukerutvalget, og utvalget har også god kontakt med administrerende direktør. Brukerutvalget har møter jevnlig, nesten en gang i måneden, og i tilknytning til styremøtene, men ikke samme dag. I styremøtene møter vanligvis leder og

nesteleder fra brukerutvalget. De deltar på linje med styremedlemmene og har tale- og forslagsrett, men har ikke stemmerett. Protokollene fra brukerutvalg har også vært lagt ved for styret, og koblingen mellom styret og brukerutvalg skal styrkes ved at brukerutvalget leder skal informere direkte i styret. Brukerinformanten mener at styret lytter til brukerutvalg når utvalget er uttaler seg tungt og entydig, og at sykehusets ledelse viser til hva brukerutvalget mener.

Saker og arbeidsformer

Brukerutvalg har jobbet med flere saker, og beskriver seg som en pådriver når det gjelder individuell plan og utvikling av lærings- og mestringscentre. Helseforetaket har gjennomført en undersøkelse om bruken av individuell plan som bekrefter det brukerutvalget mener å vite, nemlig at dette er en rettighet for pasientene som altfor mange blant helsepersonellet ikke kjenner til, og videre at blant de som vet, er det mange som ikke bruker individuell plan fordi de ikke synes det er noen god ide. Brukerutvalget har videre vært representert i arbeidsgruppe for etablering av læring- og mestringscenter.

Brukerutvalgets leder setter opp sakslista for utvalget i samarbeid med foretaksadministrasjonen. Sakene kan komme både fra foretaket og fra utvalgsmedlemmene. Brukerutvalget har f.eks behandlet helseforetaket plan om ambulansetransport og argumentert for behov for et ekstra helikopter plassert i en annen del av foretakets nedslagsområde, i tillegg til den plasseringen foretaksledelsen hadde foreslått.

Til møtene innhentes folk som har sakkunnskap om temaene brukerutvalget skal behandle. Det kan være både fagfolk fra helseforetaket eller representanter fra brukerorganisasjonene. På forhånd lages også retning på vedtak som brukerutvalget skal fatte. I Helseforetak Tre ser altså brukerutvalgets arbeid ut til å være mer formalisert enn i Helseforetak En der brukerrepresentantene mente at utvalget i større grad burde formalisere sine synspunkter i vedtak

En ressurskrevende sak for brukerutvalget i Helseforetak Tre har vært omorganisering og funksjonsfordeling i helseforetaket. Brukerutvalget har vært referansegruppe for helseforetakets planarbeid og derigjennom fått omfattende informasjon fra helseforetaket om planene og bakgrunnen for disse. Brukerinformantene opplever at foretaksledelsen har vært veldig lydhør for brukerutvalgets synspunkter og opptatt av hva brukerutvalget mener.

Brukerutvalget mener at det har vært nøye med å innhente saksekspertise, og så ta et konsekvent pasientfokus og se på hva som er best for pasientene. Utvalget har vært opptatt av å få til integrerte tjenester for mennesker med sammensatte problemer, og å sikre faglig tyngde i tilbudene. Utvalgets synspunkter har hatt samlokalisering og dermed også nedbygging som konsekvens. Brukerutvalget har hatt samme synspunkter som foretaksledelsen i noen viktige spørsmål, og vært deltaker i den offentlige debatten. Forslagene fra foretaksledelsen har betydd nedleggelse av virksomhet i noen deler av foretakets nedslagsfelt og det har utløst motstand fra berørte lokalmiljøer. Også brukerutvalget vært utsatt for kritikk. Det har "blåst litt" rundt utvalget, som en av brukerinformantene uttrykker seg.

Innad forstår brukerutvalget seg som ”et samlet råd”. Kritikken i forbindelse med foretakets omorganisering har bidratt til dette: utvalget har snakket mye sammen, opplevd at de står sammen og gitt uttrykk for at hele utvalget står bak lederen som har frontet for utvalget i den offentlige debatten.

Brukerinformantene forteller at selv om utvalget er ”en veldig sammensatt forsamling” har det likevel ikke vært noen konflikter utvalgsmedlemmene i mellom. De opplever at arbeidet i brukerutvalget har vært ”utrolig gøy” og veldig lærerikt, både på det saklige og personlige planet, ikke minst fordi utvalgsmedlemmene har klart å stå opp da de ble utsatt for kritikk. Derfor var det ”litt blanke øyne” da utvalget møttes for siste gang, og nytt utvalg skulle oppnevnes.

Oppsummert om iverksettingen og rolleutformingen

Iverksettingen av brukervedvirkningsreformen i Helseforetak Tre synes altså å være vellykket. Foretaket har trukket brukerutvalget inn i den største saken om foretakets framtid, spørsmålet om relokalisering og funksjonsfordeling mellom tidligere enheter, og opplever å få brukerutvalget som støttespiller mot lokale nedleggelsesmotstandere. Brukerinformantene opplever at de absolutt blir tatt på alvor og lyttet til.

Rolleutformingen for brukerutvalget ved Helseforetak Tre synes å være at helseforetaket skal legge fram saker for brukerutvalget, at utvalget besitter både kompetanse til å gi kvalifiserte innspill til sakene, og et nettverk der utvalget kan innhente utfyllende kompetanse. Dette utelukker ikke at ikke saker også kan komme fra brukerutvalgsmedlemmene eller brukerorganisasjonene. Poenget er mer at en viktig rolle for utvalget er å gi råd til helseforetaket i spørsmål som inngår i helseforetakets plan- og beslutningsprosesser. Dette er en rolleutforming som knytter an til mandatpunktet om at brukerutvalget skal være *rådgivende* organ for helseforetaket.

3.4 Forskjeller og fellestrekk

Nedenfor oppsummerer jeg forskjeller og fellestrekk mellom brukerutvalgene i de tre eksempelforetakene, og peker på hvordan disse trekkene går igjen eller skiller seg fra andre helseforetak i undersøkelsen. Noen trekk behandles ferdig i dette kapitlet. Andre trekk blir gjenstand for mer utfyllende beskrivelser og analyser i de etterfølgende kapitlene.

Rolleutforming

En sentral forskjell mellom de tre eksempelutvalgene var *rolleutformingen*. Brukerutvalget i Helseforetak Tre var først og fremst et rådgivende organ for helseforetaksledelsen. I Helseforetak En hadde brukerutvalget flere roller. Her hadde ledelsen også en forventning om at brukerutvalget skulle fungere som kanal for brukererfaringer, en forventning brukerinformantene støttet, men strevde med å oppfylle. I Helseforetak To hadde brukerutvalget gått inn i en rolle samarbeidspartner og ”medarbeider” for helseforetaket ut fra tanken om at brukerutvalgsmedlemmene hadde en særlig kunnskap og et eget perspektiv som helse-

foretaket og pasientene kunne dra nytte av. Dette at brukerrepresentanter har gått inn i medarbeiderroller og arbeidet med f.eks informasjon til både brukere og helsefagfolk, det har skjedd også i andre former for brukermedvirkning i helsetjenesten (Alm Andreassen, 2004).

I Helseforetak To arbeidet brukerutvalg praktisk med tiltak som kunne bedre pasientenes situasjon og styrke dem i brukerrollen. Ikke i alle helseforetak tenkte man at brukerutvalgets rolle var å jobbe praktisk og pasientnært. En alternativ posisjon representerer denne foretaksinformanten som ikke kommer fra eksempelforetakene:

”Jeg syns at brukerutvalgets berettigelse er knyttet til at de bidrar i forhold til de overordnede spørsmålene, økonomi og strategiske planer, ikke at de mener noe om p-plasser for funksjonshemmede eller at det lukter vondt på en sengepost.”

I mange helseforetak ser det likevel ut til at brukerutvalgene har engasjert seg både i budsjett- og planarbeid, og i konkrete forhold rundt avgrensede pasientgrupper, behandlingstilbud eller avdelinger.

På den andre siden, opplevelsen av at det er behov for å styrke pasientene, deler brukerutvalget i Helseforetak To med brukerrepresentanter også i andre foretak. Det illustrerer disse sitatene:

”Mange tør ikke å protestere eller si noe til det helsetjenesten foreslår. De har så stor respekt, at de sier bare ’ja vel’. Der vil brukerutvalgene ha en stor misjon.”

”Det er lett å få en dårlig kommunikasjon. Man får ikke opplæring i å være pasient, hvordan man skal ordlegge seg for å bli forstått. Om man er helt på gråten, så formidler man feil budskap. Da ser legen bare tårene dine. Hvis du har høyt blodtrykk fordi du er redd for legen, så ender du med å få behandling for blodtrykket.”

Flere brukerinformantene enn informantene fra eksempelforetakene forteller om *problematiske sider ved helsetjenestens pasientbehandling*. Det kommer jeg nærmere tilbake til senere i rapporten.

Felles for brukerutvalgene i alle de tre helseforetakene var at de mente at utvalget skulle ha en *rolle som rådgivende organ* for helseforetaksledelsen. Likevel var det forskjellig i hvor stor grad brukerutvalg faktisk opplevde at foretaksledelsen ønsket å ta utvalget i bruk som rådgivende organ. I Helseforetak To ønsket brukerutvalget å bli mer aktivt involvert i saker helseforetaket hadde på dagsordenen. Også fra flere andre helseforetak uttrykte brukerinformantene at brukerutvalget ikke ble tatt i bruk og fikk mulighet til å komme til nytte i den grad utvalget selv ønsket. Det kommer jeg nærmere tilbake til senere i rapporten.

Representantoppgaven

Brukerutvalget i Helseforetak En pekte videre på at brukerutvalget i sakene måtte ha tid til å gjøre det brukerutvalget i Helseforetak Tre hadde gjort, nemlig innhente utfyllende kompetanse fra de brukerorganisasjoner som særlig er berørt av sakene brukerutvalget behandler. Det var ikke bare i Helseforetak En at brukerrepresentanter etterlyste lengre

tidsfrister som ville gi utvalget mulighet til å ha kontakt med og sikre seg at de synspunkter representantene fremmer, er forankret i bredere brukergrupper. Også fra andre helseforetak fortalte brukerrepresentantene om knapp tid:

”Vi har hatt høringsrunder med brutale frister, for eksempel lagt i sommerferien. Jeg måtte kutte første del av sommerferien i fjor, og få delegert myndighet fra brukerutvalget for å skrive høringsuttalelse til habiliteringsplanen. Det var en utrivelig situasjon som medførte for lite av demokratisk prosess. [...] Det er ikke bestandig at det er sånn. Noen høringer har vi hatt brukbar tid på. Det er verst når press fra departementet forplanter seg til region, og så til foretak, og så til brukerutvalget. Og hvis vi da skal ut til organisasjonene igjen... mange ganger må vi hoppe over det, og nøye oss med å få kontakt med noen. Så det blir ikke mye demokratisk nei.”

Dette sitatet er fra en brukerrepresentant for Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). Mange av FFOs representanter understreker i intervjuet at de ikke representerer bare seg selv og sin egen organisasjon, de representerer alle organisasjonene og brukergruppene under FFO-paraplyen. For brukerrepresentantene handler mulighet til å konsultere organisasjonene om ”demokrati” – at de som representanter ikke skal handle på egenhånd og ut fra eget skjønn eller forgodtbefinnende, men at de representerte skal ha mulighet til å ha innflytelse på representantenes representasjonsutøvelse.

Mange av brukerinformantene i undersøkelsen var opptatt av at man som brukerrepresentant ikke bare skulle ta utgangspunkt i sin egen erfaring og i den gruppa man selv representerte, men i stedet ha et bredere brukerperspektiv. Sitatene nedenfor illustrerer:

”Vi kommer inn fra ulike organisasjoner og hadde ulik tilhørighet. I det øyeblikket vi er inne, skal vi ha et overordnet brukerperspektiv uavhengig av hvem som har oppnevnt oss.”

”Vi har understreket fra første stund at vi skal representere bredden, representere alle.”

Representantoppgaven i et brukerutvalg innebærer altså, slik mange ser det, en forpliktelse til å sikre at man ivaretar bredden av brukerhensyn. Det betyr at brukerutvalg må sikre at utvalgets rådgivning er forankret hos dem man representerer.²

Organisatorisk innplassering

I alle de tre eksempelforetakene var representanter for brukerutvalget til stede på styremøtene, i Helseforetak En og To bare som tilhørere, i Helseforetak Tre som observatør med tale- og forslagsrett. I Helseforetak En og Tre var det tett kobling mellom brukerutvalg og helseforetakets administrative ledelse; i Helseforetak To var koblingen svak. Brukerutvalget i Helseforetak En ønsket også å komme i nærmere inngrep med helseforetakets kliniske virksomhet, og pekte på at så langt hadde kontakten mest hatt preg av at brukerutvalget hadde fått orienteringer. Helseforetaksledelsen pekte imidlertid på at kontakten var i ferd med å bli bedre. Både i Helseforetak En og i Helseforetak To uttrykte brukerinformantene usikkerhet

om hvor stor innflytelse helseforetakenes administrative ledelse faktisk har over den kliniske virksomheten i helseforetakene. Dette temaet, den organisatoriske innplasseringen av brukerutvalgene, deres kobling til og kontakt med helseforetakenes administrative ledelse, styre og kliniske virksomhet, kommer jeg nærmere tilbake til nedenfor og i sluttdrøftingen..

Variasjonen i rolleutforming og det forhold at både foretaksinformanter og brukerinformanter peker på sider ved brukerutvalgenes arbeidsbetingelser og funksjon som ikke har funnet sin endelige form, antyder at iverksettingen av brukermedvirkningsreformen er en prosess som har tatt tid, og som delvis fortsatt pågår. Det kommer jeg også mer inn på nedenfor.

I de neste kapitlene følger jeg opp temaene som ble aktualisert av eksempelforetakene, og trekker der på data fra alle de 13 helseforetakene som er med i undersøkelsen.

² Representasjonsoppgaven er nærmere behandlet i Alm Andreassen 2005.

Iverksettingen av brukermedvirkningsmålene i helseforetaksreformen innebærer at helseforetakene ikke bare skal etablere en styringsmodell med foretaksstyre og foretaksadministrasjon, de skal også innplassere en ny type rådgivende organ – et brukerutvalg – som både skal ha en organisatorisk innplassering og en kobling til helseforetakets virksomhet og plan- og beslutningsprosesser.

4.1 Å bringe inn brukerkompetanse og brukerperspektiv

Brukerinformantene og helseforetaksinformantene i denne undersøkelsen synes samstemte om at gjennom brukerutvalget kan helseforetaket få tilgang til brukerkompetanse og brukerperspektiver.

Gjennom brukerutvalg kan helseforetak få tilgang til ”en kompetansebase”, en ”dialog” som bryter gamle barrierer, et ”korrektiv på sitt møte med pasienten”, noen som kan komme med ”innspill på det som ikke fungerer, og det som fungerer”, komme med ”de synspunktene helsevesenet glemmer”. Brukerutvalg er ”en hjelp for sykehuset til å bedre”, og det er ”en fordel, ikke bare for pasienter og pårørende, men ikke minst for sykehuset”. Dette svarer brukerinformantene på spørsmål om hva helseforetak kan oppnå med å ha et brukerutvalg. De vektlegger at brukerutvalg består av mennesker med egenerfaring, og med et kontaktnett tilbake til andres erfaring, og at denne erfaringen får helseforetak tilgang til gjennom brukerutvalg. Brukerutvalg kan tilføre helseforetakene en kunnskap, er hovedbudskapet fra brukerrepresentantene.

Gjennom brukerutvalg kan helseforetak få ”å få bedre pasientfokus”, ”en møteplass for å fange opp konkrete erfaringer, positive som negative, med ulike sider ved driften og pasientmøtene”, ”en mulighet til å sjekke at kvaliteten på det vi holder på med er god nok”, en mulighet til å kvalitetssikre ”at ikke pasientperspektivet er glemt i avgjørelser og beslutninger” ved at det er ”noen som utelukkende tenker på pasientenes ve og vel”. Dette svarer helseforetaksinformantene på det samme spørsmålet om hva helseforetak kan oppnå med å ha brukerutvalg. Brukerutvalg kan bidra til å rette oppmerksomhet på pasientenes perspektiv på helsetjenesten, er hovedbudskapet fra helseforetaksrepresentantene.

Tanken synes å være at gjennom brukerutvalg får helseforetakene tilgang til perspektiver og kompetanse helsetjenesten ellers ikke har samme tilgang til – den særlige forståelsen av helsetjenesten som pasienter og brukere besitter.

Sitatet nedenfor, fra en foretaksleder, illustrerer mange aspekter ved denne tenkningen:

”Jeg synes at det viktige er å erkjenne at vi er her for å gi et tilbud til brukere, og at de har en kunnskap som vi er nødt til å få med oss. Det er et nytteperspektiv, men det har jo også noe med respekt å gjøre: at vi [i helsetjenesten] ser at vi sitter ikke på alle innsiktene.

Brukermedvirkning handler om at de som er brukere og opplever hvordan tilbudet er, at de får mulighet til å bringe det tilbake. De kan rett og slett noe som vi ikke kan.”

Det brukerrepresentanten kan, er forstått som en kunnskap brukerrepresentantene tilegner seg gjennom egenerfaring: ”brukerne, de som eier sykdommen, og er de eneste som har kompetanse på det”, som en brukerrepresentant sa. Og dels er det en kompetanse som brukerrepresentantene erverver gjennom sin kontaktflate til andre med egenerfaring: ”Hvis du er kronisk syk og har opplevd tjenestene, og hvis du da har ett nettverk som gjør at du supplerer det med andres opplevelser, da har du noe”, som en annen brukerinformant sa.

Flere beskriver det som at brukerne representerer et annet perspektiv på helsetjenesten enn det fagfolkene har, de kan rett og slett noe som vi ikke kan, som foretaksinformanten sa i sitatet. Flere helseforetaksinformanter beskriver det som et blikk for forhold som helsetjenestens fagfolk ikke ser, som man som ansatte ”er blinde for i vår hverdag”, som ”det er lett å bli blind for når man har gått lenge i et system”. Også blant brukerinformantene finnes denne tenkningen om at brukerutvalg kan ”komme med de synspunktene helsevesenet glemmer”, slik at brukerrepresentanter og helsefagfolk kan utfylle hverandre.

Flere helseforetaksinformanter understreker betydningen av at brukerperspektivet må være synlig til stede i helsetjenesten fordi det er et perspektiv som kan bli glemt eller oversett, men som er ”kritisk viktig” for helsetjenesten i og med at pasientene ”er oppdragsgiverne våre i ytterste konsekvens”, det handler om å erkjenne at vi er her for å gi tilbud til brukerne, som foretaksinformanten sa i sitatet. Nyten av brukerutvalg er derfor å få ”bedre pasientfokus”.

Både helseforetaksinformanter og brukerinformanter peker på at brukerutvalg er et uttrykk for at man skal ”bort fra eksperttenkningen”, at helsetjenesten skal se at fagfolk ikke sitter på alle innsiktene, men at helsetjenesten og brukerne i stedet skal ”finne løsninger sammen” i en likeverdig dialog der ”respekt og gjensidighet er vesentlig”.

4.2 Underveis i iverksettingsprosessen

Flere informanter var opptatt av at brukerutvalg i helseforetak er en ny type utvalg som må gå seg til. De beskrev at utvalget har vært i en oppbyggingsfase, og fortalte at brukerutvalget har arbeidet med å finne sin form og rolle. En del sa, som brukerinformantene nedenfor, at selv om starten var famlende, var utvalget kommet på rett vei.

”Det er jo ikke noen oppskrift for slike brukerutvalg. Vi holder på å legge lista ennå. Jeg føler at vi er kommet litt på vei. [...] Vi har jo famla litt i starten, [...] vi var usikker på vår rolle, og det var foretaket også. Erfaringen min er at det tar litt tid å få ting på plass.”

”Vi startet med blanke ark, og har gått opp veien, funnet saker og måter å jobbe på. Jeg synes vi går et steg av gangen, at det går framover.”

”Vi følte at første perioden var en prøvetid, men vi følte at vi kom raskt i gang i rett lei.”

”Både sykehuset og brukerutvalget har forhåpentligvis det samme målet, å gjøre det best mulig for pasienter og pårørende. Det er en stor jobb, en viktig jobb, og den tar tid. Vi må

høste erfaringer. Det er ikke sikkert at vi har funnet den riktige formen ennå, men at vi må foreta endringer underveis.”

Andre mente at det fortsatt var en vei igjen å gå:

”Jeg tror vi fortsatt har en vei å gå. Vi bør sette oss ned og tenke igjennom: hva er det vi skal stå for, hva er det vi kan gjøre, hvordan kan vi påvirke?”

Også blant helseforetaksinformantene var det flere som pekte på at det hadde vært en prosess å finne en plass og en form for en ny type utvalg i helseforetakene. Mens noen pekte på at dette var en lærings- eller tilvenningsprosess også for ledelsen i helseforetaket, var andre opptatt av at det var en læringsprosess for brukerutvalget og brukerrepresentantene. Og mens noen betraktet det som en etableringsfase mer en gang for alle, var andre opptatt av at det ville dreie seg om tilbakevendende reetableringsprosess ettersom utvalgsmember ble skiftet ut. Sitatene nedenfor illustrerer disse ulike synspunktene:

”Dette er en ny type utvalg som må gå seg litt til og finne sin form. Det har vi strevd med, men jeg føler at vi er på rett vei. Jeg synes også at ledelsen og administrasjonen i helseforetaket er blitt flinkere til å huske på brukerrepresentanter i råd og utvalg. Det er en bevisstgjøringsprosess som er kommet gjennom brukerutvalgets arbeid.”

”Det vi strevde en del med i starten, var å finne rollen, finne arbeidsmåter for brukerutvalget. Vi diskuterte det mye, forholdet mellom sykehuset og brukerutvalget: hva er vi til for, hva kan vi være med på påvirke, hvordan unngå å bli et gissel. Vi var opptatt av å ha gode prosesser på det i starten. Det tar litt tid, det tok tid, det er min erfaring, før man fant arbeidsformer og måter å jobbe på. Det vil være sånn hver gang man har et nyoppnevnt utvalg, og det er viktig at man tar seg tid. [...] Etter en litt famlende start, så føler jeg at det fungerer bedre og bedre, både fordi det kommer et påtrykk ovenfra i forhold til å ha brukervedvirkning, men og fordi brukerutvalget blir mer kjent med systemet.”

”Det å opprette et brukerutvalg krever en tid med rolleavklaring. Jeg tror ikke at brukerutvalget her har funnet sin endelige form, men jeg mener at mye er blitt forbedret.”

Sitatene over er fra forskjellige helseforetak og illustrerer at søken etter arbeidsform, funksjonsmåte og rolle er noe det har vært jobbet med i mange helseforetak. De peker videre på at søking og utprøving av arbeidsformer og rolleutforming ikke er avsluttet, heller ikke i helseforetak der brukerutvalgene synes å fungere.

4.3 Organisatorisk innplassering - forbindelseslinjer fra brukerutvalg til helseforetak

Brukerutvalgene er organer tilknyttet de enkelte helseforetakene. Utvalgene må dermed ha organisatoriske forbindelseslinjer til helseforetakets virksomhet og kobling til helseforetakets organisasjonsstruktur, organer og beslutningslinjer. De må ha det jeg her beskriver som *organisatorisk innplassering*.

Saker til og uttalelser fra brukerutvalgene

En viktig forbindelseslinje ligger i hvordan saker formidles til og fra brukerutvalgene. Fra andre medvirkningssammenhenger vet vi at det er viktig å etablere systemer for hvordan saker skal kanaliseres til og fra et medvirkningsorgan, som et brukerutvalg (Guldvik, 2000; Nordahl og Carlsen, 1999).

Både helseforetakene, brukerutvalgenes medlemmer og organisasjonene som medlemmene kommer fra, kan komme med innspill til saker brukerutvalg bør drøfte. Det forteller både brukerinformanter og foretaksinformanter.

Så langt ser det ut til at det er helseforetakene og brukerutvalgenes egne medlemmer som utgjør den viktigste tilgangen til saker for brukerutvalgene. Flere brukerinformanter forteller om saker utvalgene har fått via pasienter eller brukerorganisasjoner, men mange ønsker at organisasjonene skal være mer aktive, og arbeider for å nå bedre ut til pasientene slik at disse kan ta opp saker med brukerutvalgene. I stor grad ser det ut til at i helseforetakene er det fra administrasjonen at sakene kommer. Sakslisten til styrene er en kilde til saker også for brukerutvalg. Så langt ser det ut til å være sjelden saker kommer nedenfra i helseforetakets organisasjon – fra fagmiljøene på avdelinger og klinikker. Noen få forteller om eksempler på slike. Spørreskjemaundersøkelsen viste det samme mønsteret: de viktigste kildene til saker i brukerutvalgene er administrasjonen i helseforetaket og medlemmene i brukerutvalget, og i noen grad også sakslisten til styremøtene (Lie, 2007).

Brukerutvalgets oppfatninger kommer ofte fram gjennom protokoller eller referater fra utvalgsmøtene. Disse blir gjerne distribuert til styrene og til lederne i helseforetaket. I noen tilfeller utarbeides egne uttalelser eller brev fra brukerutvalget. Disse kan være rettet til overordnet myndighet, som vi så eksempel på i Helseforetak En, eller de kan være rettet til helseforetakets styre. Inntrykket fra intervjuene er at forbindelseslinjene til administrasjonen og styrene er sterkere enn forbindelseslinjene til den kliniske virksomheten. F.eks har møtereferater og uttalelser fra brukerutvalg oftere gått til styrene enn til klinikker og avdelinger. Foretaksinformanten i sitatet under er ikke alene i en slik beskrivelse at styret har fått møtereferatene fra brukerutvalget, men ...

”Møtereferatene er nok ikke blitt distribuert så godt internt. Ledelsen har nok ikke fått dem i samme grad. Der har vi en jobb å gjøre.”

Direkte kontakt

En annen forbindelse ligger i den direkte kontakten mellom brukerutvalg og helseforetak – ledelsen, klinikkene og styret. Eksempelforetakene viste at det er forskjeller i hvor tette forbindelseslinjer det er mellom brukerutvalg og helseforetakenes ledelse.

Flere helseforetak synes å ha samme *kobling mellom brukerutvalg og den administrative ledelsen* som brukerutvalgene i Helseforetak En og Tre, at det i brukerutvalget møter fast noen fra helseforetakenes administrative ledelse. I noen tilfeller er det administrerende

direktør selv, i andre tilfeller en fagdirektør eller helsefaglig direktør eller assisterende direktør, eller det kan være en rådgiver eller koordinator i direktørens stab.

Flere helseforetak der administrerende direktør møter i brukerutvalget, understreker betydningen av dette:

”Jeg ser på brukerutvalget som et viktig organ, som det er viktig å gi legitimitet. Mitt nærvær bidrar til å gi brukerutvalget legitimitet som en del av styringsstrukturen på sykehuset.”

”Jeg mener det er viktig at administrerende direktør er med, for at det skal bli rett tyngde, at brukerne skal møte reelle ledere i foretaket.”

Om administrerende direktør eller andre fra foretaksledelsen møter i brukerutvalget tolkes som et uttrykk for den betydning utvalget tillegges. Det blir det også for brukerinformanter:

”Direktøren sitter inn i alle brukerutvalg møter, det hender han må bryte etter halve tida, men han er der.”

”Direktøren har bare møtt en gang. Han sa det var veldig flott med brukerutvalget, og ville gjerne møte, men vi har ikke sett han siden. [...] Siste uke, ikke denne, men uka før, var første gang at brukerutvalget ble innkalt til sykehusets ledergruppe. Veldig mange av dem hadde ikke hørt om oss.”

”Vi har av og til følt oss som hår i suppen. I første møte møtte mange direktører, så er det blitt mindre og mindre.”

Forbindelseslinjene til *helseforetakenes klinikker og avdelinger* synes svakere enn til administrasjonen. I noen brukerutvalg møter det faste representanter for foretakets kliniske ledelse. I andre, som i Helseforetak En, blir ledere for klinikker og avdelinger også invitert til brukerutvalget for å presentere spesielle arbeidsområder eller spørsmål brukerutvalget har vært opptatt av. Spørreskjemaundersøkelsen viste likevel at klinikk- og avdelingssjefer var den gruppen helseforetaksrepresentanter som sjeldnest møtte ofte i brukerutvalgsmøter; de møtte ofte i færre enn 40% av helseforetakene (Lie, 2007). Det vanligste var at andre administrative ledere enn administrerende direktør møtte i brukerutvalget; slike ledere møtte ofte i mer enn 60% av foretakene, mens administrerende direktør møtte ofte i nesten halvparten av utvalgene. Spørreskjemaundersøkelsen viste også at halvparten av de administrative lederne var helt eller delvis enige i at det er vanskelig å få avdelingene/klinikkene til å ta initiativ til å legge fram saker for brukerutvalget. Ytterligere 31% var verken enig eller uenige i påstanden.

Noen brukerutvalg har forsøkt å etablere en fast forbindelseslinje til helseforetakenes klinikker og avdelinger, f.eks ved å gi brukerutvalgets medlemmer roller som faste kontaktpersoner for helseforetakets ulike klinikker og tilsvarende be klinikkene om å oppnevne faste kontaktpersoner for brukerutvalget. I intervjuene er det ingen informanter som kan fortelle om at de har fått slike samarbeidspraksiser til å fungere godt.

I mange helseforetak ser det ut til at klinikker og avdelinger først og fremst har vært trukket inn i brukerutvalget for å informere om sykehusenes virksomhet, eller at utvalget har hatt omvisning på klinikker og avdelinger for å bli orientert. Brukerrepresentantenes opplevelse er at disse orienteringene ikke handler om å drøfte spørsmål med utvalget og lytte til brukernes synspunkter, men om å gi brukerrepresentantene opplæring i sykehusets virksomhet:

”Vi har vært gjennom samtlige klinikker og fått deres utlegninger. Det er litt solskinnshistorier.”

”Vi har fått inn forskjellige avdelingsledere som forteller om sin avdeling. Det har vært veldig mye basert på at vi skal få en innsikt i hva som foregår.”

Spørreskjemaundersøkelsen til de administrative lederne i helseforetakene viser at lederne er usikre på brukerutvalgenes betydning overfor fagfolkene i sykehusene (Alm Andreassen og Lie, 2007). 31% av lederne sier seg helt eller delvis enig i at det kan være en utfordring å få leger til å være interessert i synspunkter fra brukerne. Ytterligere 31% er verken enig eller uenig i påstanden.

En viss kobling til *styret i helseforetaket* synes vanlig. Noen utvalg har liten kobling mot styret i helseforetaket utover at referatene fra utvalgsmøtene går til helseforetakets styre. Det ser ut til å være mer vanlig at brukerutvalg får tilsendt sakspapirene til helseforetakets styre, slik at utvalget kan drøfte sakene og vurdere om utvalget bør gi anbefalinger eller kommentarer til disse. Noen brukerutvalg tilpasser møtene til styrets møteplan, enten ved å legge møtene i forkant slik utvalgets synspunkter kan legges fram på styremøtene, eller ved å legge møtene samme dag som styremøtene slik at representanter fra brukerutvalget kan være tilstede på styremøtet.

Flere helseforetak har valgt å gi brukerutvalg observatørposisjon i styret, slik vi så at brukerutvalget i Helseforetak Tre hadde. Helseforetakenes styremøter er åpne for alle, men flere helseforetak har lagt spesielt til rette for at brukerutvalgene ha observatører i styrene. Da sitter observatørene rundt styrets bord, og kan legge fram brukerutvalgets syn, men har ikke stemmerett som ordinære styremedlemmer. Spørreskjemaundersøkelsen viste at brukerutvalgene hadde talerett i styrene i 35 prosent av helseforetakene, og både tale- og forslagsrett i 8 prosent av helseforetakene (Lie, 2007). Brukerinformantene forteller om hvordan møteretten i styret praktiseres:

”Brukerutvalget har ofte møter i forbindelse med styremøtene. Vi er tilhørere der, og bruker å få en liten seanse i styremøtet hvor vi kan komme fram med hva vi jobber med og hva vi mener, saker av interesse å ta opp med styret.”

”Vi har møterett i styret til foretaket. Ikke stemmerett, men uttalelsesrett. Og får innkalling, referat og sakliste på lik linje med de som sitter i styret.”

I utvalget i denne undersøkelsen er det kun ett brukerutvalg som har møter like ofte som og i samme uke som styret har møter. Noen brukerutvalg har hatt fellesmøter med styret.

I flere helseforetak der det ikke har vært noen kobling mellom brukerutvalg og styre, er det planer om å etablere tettere kontakt, slik at kontakten ikke bare består i at protokoller fra brukerutvalget legges ved til styret, men at brukerutvalgets leder informerer styret direkte.

Betydningen av kontakt til foretaksledelsen

Flere brukerinformanter uttrykker at kobling til styret er viktig for at brukerutvalg skal kunne gjøre en god jobb. Tanken her er at styrekobling gir brukerutvalget inngang til de viktige spørsmålene helseforetakene fatter beslutninger om, og at styrekobling dermed vil gi brukerutvalget mulighet til å komme tidligere inn og være premissgiver i beslutningsprosessene. Slik kan brukerutvalgene kobles til utredninger, plan- og prosjektarbeid som helseforetaket igangsetter. Uttalelser som disse, illustrerer denne tenkningen:

”Hvis vi får til representasjon i styret, så vil vi kunne komme tidligere inn i prosessen, viktig. Da vil vi gjøre en bedre jobb.”

”I og med styreplassen har vi fått mer oppmerksomhet på de utvalgene sykehuset selv har satt opp, på forbedringspotensialer, det de er opptatt av, men som brukerne ikke hører noe om. I og med at vi nå har tilgang til den viten, så ser vi mye større potensiale for brukerutvalget. Vårt mål er at vi får med en brukerrepresentant i hvert av prosjektene. Det er der vi kan gjøre jobben.”

”Jeg tror det er en forutsetning at brukerutvalget har styrerepresentasjon. Hvis brukerutvalget ikke er representert i styret, vil det bli hengende i lufta.”

Også på foretakssiden er det informanter som uttrykker at styredeltakelse er viktig for brukerutvalget:

”Jeg ser at brukerutvalget har blitt profesjonalisert ved at de har fått to observatører i styret. Det er en av de viktigste tingene for å få utvalget til å fungere optimalt. Det gjør at brukerutvalget er en naturlig del av beslutningsprosessen, utvalget får automatisk alle saker, ser hva sykehuset er opptatt av. Slik får utvalgets sykehusets drift mer under huden, kan ta opp saker på selvstendig grunnlag, eller frambringe sitt syn. [...] Brukerrepresentantene er jo ikke fullverdige medlemmer av styret, men hvis saker berører brukerutvalget, er det en veldig åpen dialog med styreleder, at en avtaler på forhånd at brukerutvalget sier noe om saken. Styret har blant annet utfordret brukerutvalget til å mene noe om prioriteringen. Brukerrepresentantene har enorm innflytelse. Å komme inn i styrerommet, er noe av det viktigste de har oppnådd.”

Både brukerinformanter og foretaksinformanter ga altså uttrykk for at fravær av foretaksledelsen signaliserer at brukerutvalget ikke er verdt å lytte til, og at tett kontakt med foretaksledelsen er et uttrykk for at utvalget tas på alvor. Videre er alle brukerutvalgene i undersøkelsen opptatt av å ha kontakt med helseforetakets styre og kunne uttale seg om saker styrene skulle behandle. Tett kobling både til administrasjon og styre for helseforetaket synes å være viktig for at brukerutvalget skal kunne påvirke helseforetakenes beslutninger, slik tenker både brukerinformanter og foretaksinformanter.

4.4 Å ta brukerutvalget i bruk

I alle de tre helseforetak som var eksempelforetak i kapittel 3, fantes en forståelse av at brukerutvalget skulle ha en rolle som rådgivende organ for helseforetaket. I Helseforetak Tre var dette den dominerende rollen. I Helseforetak En var rådgivning en av flere roller, brukerutvalget var også støttespiller for helseforetaket overfor overordnet myndighet, og foretaksledelsen var opptatt av at brukerutvalg skulle styrke sin rolle som formidler av brukererfaringer. Også i Helseforetak To, hadde brukerrepresentantene en forståelse av brukerutvalget skulle bli spurt til råds, selv om den dominerende arbeidsmåten til dette brukerutvalget var en annen. Inntrykket fra intervjuene er at rollen som rådgivende organ er den mest vanlige modellen for brukerutvalgenes rolleutforming. Likevel, ikke i alle helseforetak sitter brukerutvalget med en like entydig opplevelse som brukerutvalgene i Helseforetak En og Helseforetak Tre om at helseforetaket faktisk er interessert å forespørre brukerutvalget om råd og lytte til utvalgets synspunkter.

Brukerutvalg som ikke blir brukt

I Helseforetak En var brukerutvalget rådgiver om tilgjengelighet for funksjonshemmede. Tilgjengelighet for funksjonshemmede er et spørsmål flere brukerutvalg har engasjert seg i. Brukerutvalg har blitt trukket inn i, eller bedt om å bli involvert i utformingen av nybygg eller utbygging av helseinstitusjoner. Mange foretaksinformanter beskriver brukerutvalgenes innspill om tilgjengelighet som nyttige og til hjelp for foretaket, slik vi så i Helseforetak En i beskrivelsen tidligere. Eksempelet nedenfor derimot er fra et foretak der brukerutvalgets forsøk på å bidra til økt tilgjengelighet for funksjonshemmede ikke har ført fram:

Helseforetaket var i ferd med å forbedre sitt parkeringsanlegg. Brukerutvalget hadde vært i direkte kontakt med parkeringsansvarlig i helseforetaket. Brukerutvalget hadde sendt forespørsel til alle sine medlemsorganisasjoner om hensyn som er viktige å ta i forbindelse med parkeringsanlegg. Organisasjonene hadde meldt inn behov, bl.a. om bommer, om betalingssystem, om parkeringsplasser så brede at en rullestolsrampe skal kunne komme ut. Brukerutvalget hadde formidlet synspunktene videre til helseforetaket og regnet med at de ble tatt hensyn til. Et år senere fikk brukerutvalget kjennskap til at det var utarbeidet en plan for parkeringen, og da utvalget undersøkte nærmere, viste det seg at "ingen av kravene, ingen ting ble tatt hensyn til" bortsett fra at det kom noen flere parkeringsplasser i nærheten av poliklinikken. Brukerinformantene fortalte at helseforetaket forklarte resultatet med at parkeringen var satt ut til et privat parkeringsselskap. Og brukerinformantene stilte spørsmålet: Hva er da vitsen? Sykehuset måtte da kunne stille krav om tilgjengelighet i kontrakten med det private selskapet.

Brukerutvalg som må arbeide for å bli involvert

Flere brukerutvalg sitter med lignende opplevelser som brukerutvalget i eksempelet over, og som brukerutvalget i Helseforetak To, at foretaksledelsen i liten grad tar utvalget i bruk og at det er brukerutvalget som må sørge for at de blir involvert i sakene. Flere brukerinformanter

beskriver at det har vært en utfordring å få en god kommunikasjon og dialog med ledelsen og å bli tatt i bruk:

”I mandatet står det veldig mye om at brukerutvalget er et rådgivende utvalg for ledelse og styret, og da forventer vi at de søker råd hos oss. Det opplever vi nok ikke. Det er det jeg syns er vanskelig. Hvordan skal vi klare å gjøre oss litt uunnværlige, såpass interessante at de søker råd hos oss? At de opplever at brukerutvalget må vi spørre her? Kanskje det tar tid, vi føler det går seint, men kanskje det kommer. Nå er det jo veldig uvanlig å ha brukerutvalg på sykehus, det har vel bare vært i 2 ½ år, så det er nok vanskelig å vite hvordan de skal bruke oss. Men det er blitt bedre. Jeg tror nok at de mye mer nå tenker at her må brukerutvalget inn. Det skjer nok mer nå enn i starten. Og vi måtte jo også gi tilbakemeldinger på hvordan vi kunne jobbe. Jeg ser nok det mer nå.”

At brukerutvalget har måtte jobbe for å bli tatt med og trukket inn, og å bli sett som en verdifull bidragsyter, ikke et hørings- eller i verste fall ”sandpåstrøings-organ”, er det flere brukerinformanter som formidler:

”Vi vil være med helt fra starten, og ikke få et ferdig forslag presentert. Jeg føler at det er vi i ferd med å få på plass, men vi har jobbet mye for å få gehør for det.”

Også blant helseforetaksinformantene er det flere som uttrykker at det er viktig at brukerutvalget blir trukket inn i plan- og beslutningsprosesser, og gjerne tidlig i prosessforløpene. Sitatene nedenfor er fra foretaksledelsen i tre forskjellige foretak:

”Generelt er det også viktig at sykehusene inviterer utvalgene inn på de riktige fasene av saksforløpene, og ikke lar dem komme for sent inn.”

”Målet er at de skal trekkes inn i alle prosesser som går på forandring og forbedring. Utfordring at de får tid, at de ikke rekker å bli tatt med.”

”I mange tilfeller opplever jeg det slik at det er vel så nyttig å ha med brukerrepresentanter direkte i råd og utvalg og i en tidlig fase der, som i brukerutvalget. Det er der de viktigste innspill kommer, og ikke når sakene er kommet så langt som når rapportene er ferdig og blitt sak i brukerutvalget. Brukerutvalget har da også en viktig rolle å plukke ut personer til råd og utvalg.”

I intervjuene er det også brukerinformanter som forteller at etter påtrykk fra brukerutvalget så er brukerrepresentanter blitt trukket med i prosjekt- og arbeidsgrupper i helseforetaket, men at de opplever at det i liten grad legges til rette for at de som brukerrepresentanter utenfra, og ikke ansatte i helseforetaket, kanskje yrkesaktive i annen jobb, kan få arbeidsbetingelser som gjør det mulig for dem å fungere. De peker på at innkallinger og sakspapirer kommer på kort varsel, på at de ikke får mulighet til å tilpasse utvalgsarbeidet til egen jobb, og at tiden er så knapp at de ikke får konferert med dem de skal representere slik at de kan sikre at de får fram brukerinteressene:

”Det virker som man tror at brukere ikke er i arbeidslivet. Mange møter har vært på en dags varsel. Sakspapirer kommer ut samme dag. Hvis du ikke har mail, blir du litt hjelpeløs.”

For brukerinformantene handler det å bli tatt på alvor om å bli tatt i bruk, dvs å bli forelagt saker og spurt om råd, og så om å bli lyttet til, dvs at det blir synlig at helseforetak vektlegger de synspunkter og anbefalinger brukerutvalget kommer med.

Tålmodige brukerutvalg

Blant brukerinformanter som opplever at brukerutvalg ikke blir tatt helt på alvor, uttrykker likevel flere en forståelse for helseforetakets situasjon – at brukerutvalg kan oppleves som ekstraarbeid i en travel hverdag og at brukerutvalg er en type utvalg som helseforetaket kan være usikker på hvordan kan brukes:

”De første årene skrev jeg det på kontoen: vi er nye. Sykehuset vet ikke rollene våre. Men nå på fjerde året, må de begynne å gjøre bruk av oss, høre på oss.”

Denne brukerinformanten uttrykker en viss utålmodighet ’nå på fjerde året’, og viser til at tiden er kostbar for alle. Hvis et brukerutvalg skal ha en hensikt, må det føre til resultater, ellers blir brukerutvalget bare et ”møtested for å prate”.

Flere brukerinformanter som opplever at brukerutvalg ikke blir tatt i bruk, uttrykker likevel respekt for de ansattes interesse i å gjøre en god jobb. De er lite krasse i sin kritikk, og de forsøker å se det positive – at de syns det går bedre. Sitatet under er illustrerende:

”Jeg tror at vi etter hvert får litt mer respekt, og kan brukes litt mer. [...] det jo litt arbeid med det [brukerutvalget].” Brukerinformanten viser til sin egen yrkeserfaring og sier: ”Jeg vet jo at hvis jeg ble fortalt at jeg skulle ha et utvalg i tillegg til samarbeidet med fagforeningene, ville jeg si: Enda et utvalg til! Vi må bli klarere på hva vi kan tilby. [...] i den utstrekning vi skal komme til orde, må vi være veldig strukturerte, konkrete og ta opp ting som har betydning, som kan gjøres noe med.”

Brukerinformantene er, som sitatet viser, også opptatt av å rette søkelyset mot brukerutvalget selv, og peker på at utvalget har et ansvar for at brukerutvalget og samarbeidet med helseforetaket fungerer. Etterlysninger etter mer innsats fra helseforetakets side, følges gjerne av en tilføyelse om at brukerutvalg selv kunne tatt initiativ: ”Jeg skulle vel ønske at ... Det kan være vår skyld, at vi ikke har bedt om”. I den grad disse brukerrepresentantene er representative for flere, så tyder dette på at brukerutvalgene har vært tålmodige og gitt helseforetakene tid i iverksettingen av brukervedvirkningsreformen.

I spørreskjemaundersøkelsen (Lie, 2007) ble brukerutvalgene bedt om å vurdere et utsagn om at ”*Det hender altfor ofte at viktige saker ikke blir presentert for utvalget*”. Kun i 5 av 23 helseforetak sier brukerutvalgene seg helt eller nesten helt *uenig* i påstanden, dvs det er mange brukerutvalg som mener at det nok kan skje at viktige saker ikke blir lagt fram for brukerutvalget. Når det gjelder et utsagn om at ”*Brukerutvalget får ofte sakene fra foretakene svært sent i prosessen*”, svarer brukerutvalgene i hele 19 av 23 helseforetak at de er helt eller

nesten helt enige, dvs at mange ønsker at brukerutvalget skulle komme tidligere inn i saksprosessene. 6 av 23 brukerutvalg er helt eller nesten helt enig i at *"det arbeidet de gjør, ikke blir tatt alvorlig"*. Selv om få brukerutvalg mener at de ikke blir tatt på alvor, er det likevel mange som opplever at de ikke trekkes inn tidlig nok og i mange nok av helseforetakenes beslutningsprosesser.

Av de 13 helseforetakene som er representert i denne intervjuundersøkelsen, formidles det fra omtrent halvparten at brukerutvalgene blir møtt med respekt og får betydning. Fra den andre halvparten uttrykkes tvil, og fra brukersiden misnøye og fra foretakssiden reservasjoner. Også fra den siste halvparten uttrykkes en opplevelse av forholdene er i ferd med å bli bedre. Iverksettingsprosessen har gått tregere i noen helseforetak enn andre.

5

SYNSPUNKTER OG STANDPUNKTER – BRUKERUTVALGENES SAKSENGASJEMENT

Brukermedvirkningsreformens betydning for norsk helsetjenesten påvirkes av hvordan reformen iverksettes, men også av hva slags spørsmål og temaer ved helsetjenestens virksomhet som brukerutvalgene setter fokus på.

Her skal jeg gå nærmere inn i tre temaer, for det første brukerutvalgenes engasjement knyttet til tilgjengelighet for funksjonshemmede, dernest deres synspunkter på helsetjenestens pasientbehandling, og til slutt vil jeg gjennom et eksempel peke på hvilken rolle brukerutvalg kan ha i forhold til spørsmål om strukturendringer i helsetjenesten. Gjennomgangen i dette kapitlet er ikke dekkende for alle saker brukerutvalg har engasjert seg i. I tillegg til disse temaene som er felles for en rekke brukerutvalg og foretak, har brukerutvalgene tatt opp spørsmål som mer har sitt utspring i lokale forhold, så som tilbudet til dialysepasienter, organisering av akuttmottaket, parkeringstilbudet, ventetider, syketransport, ambulansetjenesten, nevrologitilbudet, og behandling ved kroniske smertetilstander.

5.1 Tilgjengelighet for funksjonshemmede i helsetjenesten

I kapittel 4 viste jeg to eksempler på brukerutvalg som har engasjert seg for økt tilgjengelighet for funksjonshemmede – et om nytt sykehusbygg og et om nytt parkeringsanlegg. Begge eksemplene er beskrivelser av at brukerutvalgene og brukerrepresentantene besitter en praktisk kunnskap som når den tas i bruk, vil gjøre det lettere for pasientene å fungere i helsetjenestens fysiske omgivelser, dvs. oppfylle de premisser helsetjenesten gjennom sin materielle utforming implisitt forventer at pasientene skal oppfylle. Dette er premisser som blant annet tilsier at pasientene, bortsett fra når de transporteres i bære eller seng, skal kunne komme seg til undersøkelse og behandling, orientere seg på sykehusområdet, forflytte seg mellom ulike funksjoner på sykehuset, det være seg mellom ulike undersøkelsesrom eller mellom senga og matserveringen, kunne kommunisere med helsepersonellet og høre og oppfatte hva som blir sagt.

Eksemplene forteller to ulike historier om hvordan brukerutvalgenes kunnskap om tilgjengelighet er blitt tatt i bruk. I det første eksempelet, sykehusbygget, er den blitt lyttet til og anvendt. I det andre eksempelet, parkeringsanlegget, er den blitt overlevert og blitt borte. Det er ikke noe i den siste fortellingen som sier at dette er en bevisst nedprioritering fra helseforetakets side, det er snarere slik at i prosessen fram mot det faktiske resultatet – et parkeringsanlegg drevet av et privat firma – har kunnskapen ikke hatt noen bærere. Eksempelet peker på et behov for å holde en oppmerksomhet oppe om brukernes perspektiver, i dette tilfelle perspektivene til funksjonshemmede pasienter, slik at ikke

pasientperspektivet skal bli glemt, for å bruke en formulering fra begrunnelsene for et brukerutvalg.

Umiddelbart kan det synes uforståelig at sykehus, som mer enn noen andre offentlige bygg, skal kunne ta i mot mennesker med helsesvekkelser og funksjonshemninger, ikke er tilgjengelig. Jeg kan bare spekulere i hva dette forteller: Kan de være et uttrykk for en samfunnsmessig integrering av funksjonshemmede, at funksjonshemmede nå er ordinære sykehuspasienter, ikke bare institusjonsbeboere i særlige institusjoner for funksjonshemmede? Kan det være et uttrykk for at flere lever et aktivt liv med funksjonsnedsettelse, og dermed også er vanlige brukere av helsetjenestene? Eller kan det også være et uttrykk for at sykehusene tenker om sine pasienter som mennesker som er hjelpeløse, at det er akuttmedisinen som er bakhodebildet (også her), et bilde av sykehusets virksomhet som betyr at pasientene kommer på bårer, skal trilles, ikke bevege seg ved egen hjelp? Eller er det et uttrykk for at det har foregått et skifte i sykehusets forventninger til sine pasienter, at sykehusene behandler sine pasienter som mer selvhjulpne, forventer av dem at de selv skal hente seg mat, bevege seg rundt, ikke ligge i sengene og bli betjent av pleiere?

Uansett hvilke endringer som ligger bak, kan oppmerksomheten om tilgjengelighetstematikk tyde på at endringene har skjedd uten sykehusene praktisk har tatt, eller kunnet ta, konsekvensene av dem. Når gamle sykehusbygg og –anlegg fundert på tidligere tiders tenkning, skal fornyes eller skiftes ut, kan imidlertid spørsmål om tilgjengelighet for funksjonshemmede pasienter meningsfylt aktualiseres. Det er her brukerutvalgene har ønsket å være på banen.

5.2 Behandlingstilbudene

I en rekke helseforetak har brukerutvalgene engasjert seg i helseforetakenes behandlingstilbud. Det er særlig tilbudene til mennesker med langvarige helseproblemer som har stått på dagsordenen, som:

- habiliterings- og rehabiliteringstilbudene
- geriatriens behandlingstilbud
- det psykiatriske tjenestetilbudet
- utbygging av lærings- og mestringsentre og opplæring for pasienter og pårørende

Brukerutvalgenes påvirkning

I forhold til flere av sakene brukerutvalg har satt på dagsordenen formidler både foretaksinformanter og brukerinformanter at brukerutvalgenes engasjement har bidratt til oppmerksomhet og dels til et utfall, som disse sakene ellers ikke ville fått. Sitatene nedenfor, først fra en foretaksinformant og så fra to forskjellige brukerinformanter, er eksempler:

”Brukerutvalget har vært opptatt av å fronte at rehabilitering skal være satsingsområde, har fokusert på grupper og tematikk som trenger høyere prioritet.”

”Habilitering er et av helsevesenets stebarn, et område som ikke har særlig prestisje. Brukerutvalgets oppgaver har vært å regelmessig bidra til at habilitering står på dagsorden. Det hadde ikke vært så tydelig hvis ikke brukerutvalget hadde vært så konsistent.”

”Brukerutvalg har engasjert seg i spørsmålet om hvordan habiliteringstjenesten skulle organiseres. Vi ønsket barn og voksne samorganisert. Det er en uvanlig modell, men den ble vedtatt. Overgangen mellom barn og voksen har vært problematisk, ikke bare her, men i hele landet. Vi, sammen med habiliteringstjenesten har påvirket til et overlapp mellom barnehabilitering og voksenhabilitering i to år, mellom 16 og 18. Brukere verdsetter å beholde kontakten med fagpersoner som kjenner dem fra før. Samorganisering er også viktig fordi miljøene trenger hverandres faglighet. Enkelte fagtyper er det vanskelig å få søkere på, og det er vakanser og sykdom. Det gjelder å utnytte den kompetansen som finnes.”

Ikke alltid har brukerutvalg fått gjennomslag for sine prioriteringer. Brukerutvalgene etterspør styrket tilbud til kronikerne. Styrking og oppbygging av nye tilbud i helseforetakene har måttet skje parallelt med økonomisk innstramming og krav om budsjettbalanse. Brukerutvalgene har ikke nødvendigvis fått gjennomslag i budsjettspørsmål. Når brukerutvalg har vært opptatt av å bedre rehabiliteringstilbudet, har det ikke vært lett å få til, forteller flere foretaksrepresentanter, som likevel mener brukerutvalgets synspunkter har hatt betydning:

”Brukerutvalget har hatt innspill om rehabiliteringen, som er dårlig. Der forsøker en å få til noe. En del saker er tunge og store prosesser, som ikke kan snus fort. Vi har fått mye fine innspill som blir tatt på alvor.”

”Brukerutvalget ga en uttalelse i forhold til budsjettet, de ba om at sykehuset prioriterte rehabilitering. Om de har fått gjennomslag? Det er i alle fall blitt tatt opp i styret. Men helseforetaket har kniven på strupen, vi har underskudd så det synger, det er ingen som får penger annet enn psykisk helse.”

Via planprosesser

I flere helseforetak har brukerutvalgenes påvirkning gått via planprosesser. Eksempelsaken nedenfor er fra et helseforetak som fikk kritikk fra sentrale helsemyndigheter for sitt arbeid med utviklingen av det psykiske helsevernet:

Foretaket bestemte at det skulle settes ned en arbeidsgruppe som skulle se nytt på alle sider ved tilbudet. Brukerutvalget sa: Dette må vi få være med på. Arbeidsgruppa ble sammensatt av både interne og eksterne ressurser. I arbeidsgruppa ble både brukerutvalget og brukerorganisasjonen Mental Helse representert. Til sammen fikk arbeidsgruppa fire brukerrepresentanter. Brukerinformantene forteller at brukerrepresentantene har vært veldig tydelige i sine synspunkter.

Arbeidsgruppa har avgitt sin innstilling. Noen deler av innstillingen var det full enighet om; andre deler var brukerrepresentantene fra Mental Helse uenige i. Temaene det var

uenighet om, var bl.a. hvordan akuttbehandlingen skulle organiseres, hvordan distriktopsykiatriske sentere skulle utbygges, og hvor mye det skulle satses på ambulante team som kunne rykke ut til distriktene framfor å flytte pasientene inn til sykehus, om ambulante team ville utgjøre et så godt tilbud at sykehusets akuttpost på sikt kunne nedbygges.

Brukerinformantene forteller at brukerrepresentasjonen har farget innstillingen en god del. Mental Helse opplevde at de hadde fått gjennomslag for 80% av sine synspunkter, og valgte å avgi en egen uttalelse om forhold foreningen var uenig i. Uttalelsen ble tatt med i utredningen som ble sendt fra foretaket til sentrale helsemyndigheter. Brukerinformantene forteller at helseforetakets plan for psykisk helsevern nå er blitt mye bedre og at sentrale helsemyndigheter ikke lenger har innvendinger til den.

Fortsatt står områder igjen for nærmere avklaring. Det gjelder blant annet strukturen i pasientbehandlingen og kjedingen mellom ulike tjenestetilbud, og det gjelder tilbudet til barn og ungdom. Helseforetaket har derfor nedsatt to grupper som skal arbeide videre med å utvikle psykiatritilbudet. I begge disse er det brukerrepresentasjon.

I flere saker og fra flere foretak formidler altså både brukerinformanter og helseforetaksinformanter at brukerutvalg har hatt påvirkning på utforming av helsetjenesten. Likevel inneholder intervjuene med brukerinformantene også fortellinger om problematiske sider ved helsetjenestens virksomhet, som de opplever at det er vanskelig å få endret.

5.3 Strukturendring og funksjonsfordeling

I den perioden brukerutvalgene har fungert, har spesialisthelsetjenesten vært gjennom store omstillinger, krav om budsjettbalanse, fokus på innsparinger, på omorganisering og funksjonsfordeling og reduksjon i utgifter til bygningsmasse. Omorganiseringer og funksjonsfordelinger, spesielt de som medfører sentralisering av tilbud og dermed nedbygging av etablerte tjenester i enkelte geografiske områder, engasjerer både lokalbefolkning, lokalpolitikere og berørte fagfolk. Det viser bl.a. medieoppslagene rundt helseforetakene.

Dette er problemstillinger også brukerutvalg på lokalt nivå er blitt stilt overfor, slik eksempelet i Helseforetak Tre viste. Omstruktureringer har ikke bare skjedd innenfor regionen. Også i lokale helseforetak som er sammensatt av flere tidligere selvstendige sykehus, har omorganisering og funksjonsfordeling stått på dagsordenen. Flere av de intervjuede forteller at brukerutvalgene har tatt standpunkter som ikke har vært populære i lokalmiljøene der det er planer om nedbygging, og at brukerutvalgene har møtt kritikk for dette. Det gjelder både i Øst, Vest og Sør. Kun i Nord fortelles det om brukerutvalg som har forsvart etablert funksjonsfordeling. Men, som sagt, dataene her er kun fra 13 helseforetak, og det kan ikke generaliseres fra disse 13 til de øvrige foretakene. Heller ikke i alle disse 13 har det vært foretatt omstrukturering og funksjonsfordeling. Likevel er det interessant å se nærmere på hva slags rolle brukerutvalg som et nytt organ i helsetjenesten, spiller i slike

spørsmål. For å belyse dette skal jeg presentere et eksempel på en omorganiseringssak. Eksempelet er anonymisert.

Et eksempel på en omstruktureringssak

Foretaket i eksempelet utgjør en fusjon av flere tidligere selvstendige institusjoner fordelt rundt i foretakets geografiske nedslagsfelt. Helseforetaket har i gang et planarbeid om framtidig sykehusstruktur og investeringsbehov, og ser for seg at helseforetaket står overfor store omstillinger. Prosessen innebærer både at det skal sees på hvilke funksjoner og ansvarsområder som skal ligge i de enkelte tjenestestedene, bl.a om det skal være døgnåpen drift alle steder, men også at det vil være aktuelt å nedlegge driften i noen av tjenestestedene. Oppfatningen er at det blir ”for dyr drift med å ha så mange lokalisasjoner”. For helseforetaket er dette den viktigste saken om foretakets framtid. Helseforetaket har lagt opp til bred involvering i planprosessen ut fra en tanke om at dette dreier seg om store omstillinger som ikke lar seg gjennomføre om ikke mange er med: helseforetaket ser at ”vi har lite handlingsrom” og mener at ”vi må ha med oss politikerne”, både på lokalt og sentralt nivå.

Brukerutvalget er et av flere organer som helseforetaket har trukket inn i planprosessen. I den forbindelse får brukerutvalget all dokumentasjon om planprosessen lagt fram til høring. Dette er en del av beslutningsprosessen. I forkant av alle styrevedtak om planprosessen blir brukerutvalget konsultert. Helseforetaket beskriver utvalget som en av flere ”alliansepartnere underveis”. Brukerinformantene beskriver at brukerutvalget har fått ”veldig god informasjon fra helseforetaket”, og at utvalget har ”vært med på hele prosessen”.

Tilbudet for mennesker med psykiske problemer har vært et av temaene brukerutvalget har vært opptatt av. Brukerutvalgets standpunkt har vært at brukerne er tjent med en samlokalisering av psykiatri og somatiske helsetjenesten, og med at oppgaver som habilitering og rehabilitering legges til et faglig tungt miljø. Helseforetaket har flere psykiatriske institusjoner med investeringsbehov og brukerutvalget har ment at for mye ressurser ville gå med til forvaltning, drift og vedlikehold av det bygningsmessige, som i stedet burde kunne omdisponeres til pasientbehandling. Samtidig har brukerutvalget understreket at ikke noe tilbud måtte legges ned, før noe nytt og bedre var bygd opp, dvs før distriktpsikiatriske sentere var blitt bedre utbygd.

Brukerutvalget har lagt opp til bred dialog gjennom samlinger med samtlige brukerorganisasjoner i området, utvalget har, som en av brukerinformantene uttrykker det, ”prøvd å gi rom for at folk at kan komme inn å gi korrektiv på kursen vår”. Brukerutvalget har også hentet bistand og argumenter fra organisasjonen Mental Helse i sine diskusjoner, ”for å kvalitetssikre at det rådet vedtar, holder mål i forhold til dem vi skal representere”. Brukerinformantene er tydelig på at om Mental Helse hadde sagt nei til et slikt standpunkt så kunne ikke brukerutvalget gått for det. Brukerutvalget har imidlertid fått støtte og beskriver Mental Helse som en organisasjon som er i stand til å se framover når det gjelder utviklingen av tjenester for mennesker med psykiske problemer. Begrunnelsen er at somatikk og psykiatri skal ses på en helhetlig behandling, somatisk sykdom påvirker psyken, og det er viktig at

somatikk og psykiatri skal likestilles. Mental Helse ønsker å få vekk mest mulig av de gamle asylene og at folk i stedet skal få behandling der de bor, på distriktpspsykiatriske sentre.

Brukerutvalgets synspunkter har vært en støtte til sentralisering og til nedleggelse av etablerte institusjoner. Brukerutvalget er da også blitt kraftig kritisert. Foretaksinformanten forteller at pasienter på de berørte institusjonene hadde "blitt i harnisk" og stilt spørsmål om hvordan Mental Helse som er representert i brukerutvalget, har kunnet være med på et slikt vedtak som jo ville innebære at pasientene ville få et dårligere tilbud.

Ikke bare pasientene har kritisert brukerutvalget. Det har også kommet mye kritikk i lokal-avisa til området med nedleggingstruede institusjoner. Som en av brukerinformantene sier: "Alle som kan noe om lokalisering, vet at da stiger temperaturen." En annen understreker at de som har kritisert, har vært de som har villet beholde det gamle, og "egentlig har det helst vært de ansatte som har stått hardt på det". Inntrykket er at ansatte skyver pasientene foran seg.

Selv om brukerutvalget har vært nøye med å informere helseforetaket om hva utvalget har tenkt å gå ut med, har helseforetaket nok ment at brukerutvalget kanskje har gått litt for høyt ut, og har rådet brukerutvalget til å være litt forsiktig med å "fronte en brennhet sak".

Kritikken har betydd mye "trøkk" på brukerutvalget og har tatt mye tid, særlig for leder som har frontet for utvalget i møter med lokalpolitiske interesser og lokalsamfunnet rundt "som mister skatteinntekter og arbeidsplasser", men også for andre utvalgsmedlemmer som har bodd i de nedleggingsberørte distriktene. Brukerinformantene beskriver dette som det mest utfordrende brukerutvalget har stått oppe i, og mellom linjene i deres beskrivelser ligger at de er stolte over at de har stått oppreist i prosessen og argumentert for sine standpunkter.

Kritikken har ført til at brukerutvalget har snakket mye sammen om utvalget har handlet rett. Er alle enige om at utvalget skal uttale seg til media? Er Mental Helse godt nok involvert før brukerutvalget tar standpunkt? En av brukerinformantene beskriver slik hvordan brukerutvalget har nærmet seg problemstillingen:

"Vi har vært veldig tydelig på... hele tiden hatt som øvelse, at vi skal glemme at vi bor et sted. Vi skal utelukkende ha et pasientfokus i forhold til denne prosessen. Og det har vi faktisk klart. Foraet på ti stykker har vært omforent enige hele veien."

Mental Helse lokalt har også blitt kritisert i saken, vært beskyldt for å "ikke være reelle brukere" og ikke ivareta brukernes interesser. En av brukerinformantene sier det hadde vært ønskelig om foreningen hadde fått like mye informasjon som brukerutvalget, da hadde det vært lettere for foreningen å takle kritikken.

Brukerinformantene mener at brukerutvalget "definitivt har vært med på å prege debatten" og opplever at foretaksledelsen viser til hva brukerutvalget mener. Brukerutvalget har vært kritisert for å være dominert av foretaksledelsen, men mener selv at slik har det ikke vært. Tvert imot, understreker de, har ledelsen vært lydhør for brukerutvalgets oppfatninger og vært veldig interesserte i hva brukerutvalget har ment.

Fellestrekk med andre foretak

Eksempelet over viser et brukerutvalg som begrunner sine standpunkter saklig, som har lyttet til informasjon fra helseforetaket, men også drøftet saken med brukerorganisasjonene og hentet råd fra den brukerorganisasjonen som representerer pasientgruppene brukerutvalget var opptatt av. Brukerutvalget kan kanskje kritiseres for å ta saklig feil, eller for å legge ensidig vekt på brukerhensyn og se bort fra distriktshensyn, eller hensyn til arbeidsplasser og skatteinntekter, men utvalget kan vanskelig kritiseres for å ha tatt lett på saken. Brukerutvalget har heller ikke gjort det lett for seg ved å ta de standpunktene de har tatt. Utvalgene har tatt standpunkt som innebærer støtte til upopulære foretaksforslag, og er blitt til dels kraftig kritisert for dette. Som en av brukerinformantene sa: ”Det er ingen som er blitt utfordret så ofte på sin legitimitet som brukerutvalget.”

Eksempelet illustrerer noe som synes felles for flere foretak, nemlig at brukerutvalg, etter å ha lyttet til sakkunnskapen, i forhold til flere typer tjenester har vurdert at brukerne er mest tjent med funksjonsfordelinger som innebærer samlokalisering, sentralisering og større fagmiljøer, slik også for avsnitt i kapitlet viste.

Brukerinformantene opplever ikke at brukerutvalgene har ”vært i lomma på” foretaksledelsen, men at de har tatt sine standpunkt ut fra hva som tjener brukerne uavhengig av geografiske hensyn. Som en brukerinformant fra et annet helseforetak sier:

”Vi kan ikke bare sitte i brukerutvalget og si at når det er ønsket fra nærområdet, så må det opprettholdes. Vi må tenke hele fylket, og likhet i hele fylket. [...] vi er jo blitt forsøkt pressa til å ha forskjellige meninger, men var samstemte på at vi ikke skulle la oss presse, verken fra administrasjonen eller fra aksjonsgrupper. [...] Vi har lytta til fagkompetansen og tatt våre vurderinger ut fra det. Jeg føler vel at det er rette vei.”

I flere slike saker har altså brukerutvalg framstått som støttespillere for foretaksledelser som ønsker omstrukturering, og blitt kritisert for det, mens de selv mener de har gjort saklige vurderinger. Flere beskriver at dette er de vanskeligste utfordringene brukerutvalgene har stått overfor.

5.4 Organisering av behandlingsprosessene

Flere brukerutvalg har vært opptatt av måten behandlingsprosessen er organisert på. Sakene har blant annet dreid seg om:

- helsetjenestens bruk av individuell plan overfor pasienter med sammensatte behov
- helseforetakenes innføring av bestemmelsene om pasientansvarlig lege,
- informasjonen til pasientene,
- pasientenes mulighet til å få med epikrisen ved utskriving,
- pasientrettigheter,
- rutiner ved inn- og utskriving,

- samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Flere brukerinformanter forteller om sider ved pasientbehandlingen som de opplever som problematisk for pasientene, og som er bakgrunnen for at brukerutvalget har engasjert seg i sakene som er listet opp over. Flere av de problematiske sidene brukerinformantene forteller om, kommer også til uttrykk i pasientombudenes rapportering (Årsrapport 2005³). Temaene er nærmere presentert nedenfor.

Informasjon

Et problem er *at pasientene ikke får tilstrekkelig informasjon*. Det gjelder informasjon før innleggelsen, slik brukerutvalget i Helseforetak To arbeidet med. Det gjelder informasjon *underveis* i sykehusoppholdet, slik denne brukerinformanten beskriver:

”Ofte skorter det på at pasientene ikke får informasjon nok, og at de ikke har de samme sykepleierne og legene til å ta seg av dem, men at de får nye annenhver dag, som de ikke har noe forhold til.”

Endelig gjelder det tilstrekkelig informasjon ved utskrivning slik at pasientene vet hvordan de skal forholde seg *etter* sykehusoppholdet. Pasienter med alvorlige og/eller langvarige helseproblemer er ikke ”friske” når de skrives ut fra sykehus. De trenger informasjon både om hvordan de skal gjenkjenne tegn på forverring og hvordan de i slike tilfeller skal ta kontakt med helsetjenesten igjen. De trenger informasjon om hvordan de skal leve med sine helseproblemer og arbeide med sin videre bedring.

Brukerutvalgenes oppmerksomhet rundt informasjon, kommunikasjon, pasientansvarlig lege, tilgang på epikrisen, mulighet til å forholde seg til et lite antall behandlere, og tilgang på lærings- og mestringstilbud, kan fortolkes som ulike innfallsvinkler til det samme behovet – pasientens behov for være orientert om sin situasjon, sin behandling og sine framtidsutsikter, og deres behov for å ha kunnskap om hvordan de skal mestre sine helseproblemer.

Det dreier seg også om pasientene muligheter til å kommunisere med helsevesenet kompetent og med trygghet, som brukerutvalget i Helseforetak To var opptatt av, til å kommunisere med noen som kjenner deres situasjon og kan gi svar på deres spørsmål og å møte et helsevesen som tar hensyn til at alvorlige helseproblemer også er en følelsesmessig belastning. Slik uttrykte en brukerrepresentant seg, ut fra den situasjonen vedkommende selv hadde mest kjennskap til:

”I kreftbehandling foregår det meste på dagtid. Men helsetjenesten må ikke glemme at det er ikke bare et lite kirurgisk inngrep, det er også en kreft-diagnose. Og det å bli sendt hjem – man kan velge det eller sykehotellet – mange får et slag i ansiktet når de kommer hjem, og da er problemet at du ikke får tak i noen. Jeg syns jo egentlig at de burde ha minst et døgn hvor de var på sykehuset, så de kanskje kom seg over det aller første.”

³ http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/Pasientombudets_rsr_10230a.doc

Organisering

Videre peker flere brukerinformanter på *organisasjonsproblemer* i helsetjenesten, både internt i sykehusene og mellom sykehusene og øvrig hjelpeapparat.

Det beskrives at sykehusene er organisert som ”kongedømmer”, at det mangler koordinering mellom avdelingene i sykehus som har diagnoser som organiseringsprinsipp, og at pasienter som har sammensatte problemer og flere diagnoser ikke blir behandlet helhetlig:

”Sykehus er strengt diagnosebasert, korridorer for hver diagnose, mellom er det tette skott. Statistisk sett er 2,5 diagnoser pr eldre, halvparten av de eldre har fire diagnoser. Det er ikke rasjonelt å behandle dem diagnosevis.”

Det beskrives behov for helhetlig hjelp på tvers av grenser mellom tjenester, etater og nivåer. Et eksempel på dette er formidlet av en brukerinformant med bakgrunn i psykisk helsevern, og handler om hvordan brukerrepresentanter fra Mental Helse har ønsket å få innført en nettverksmodell for behandling i distriktpsikiatriske sentere: Brukerinformanten beskriver det som en modell med ”brukeren i fokus” som består i at det rundt den enkelte bruker opprettes nettverksgrupper med ressurspersoner rundt brukeren. Ressurspersonene kan være behandlere eller personer fra brukerens sosial nettverk. Brukeren selv bestemmer hvem som skal være med nettverksgruppa. Tryggheten for brukeren ligger i at det skal være mulig å komme raskt i kontakt med nettverksgruppa når brukeren trenger det, om nødvendig ”i løpet av 24 timer”. Gruppas sammensetning behøver ikke være permanent, men skal kunne endres etter brukerens behov og beslutning. Slik, argumenterer brukerinformanten, kan mer hjelp i hjemmet og ambulante team kanskje hindre innleggelse.

Brukerutvalgenes oppmerksomhet på pasientenes mulighet til å få individuell plan, og til å få med seg epikrisen ved utskriving, er konkrete svar på deres opplevelse av manglende samordning mellom første- og andrelinjetjenesten og mellom ulike deler av hjelpeapparatet.

Holdninger

Flere brukerinformanter er også opptatt av holdningene pasientene møter fra en del i helsetjenesten. Det pekes på at den medisinske ekspertisen viser stor interesse for noen typer diagnoser og helseproblemer, og lite oppmerksomhet om mange de kroniske helseplagene som mennesker lever med i hverdagen:

”Hvis jeg skulle si generelt. Et av de problemene jeg ser, at å få legene interessert i de 85% av helsetjenesten som er alminnelige ting, hverdaglig god helsetjeneste, og ikke være gira mot de store utfordringene, ikke kollisjon på E18, men vanlige alminnelige helsetjenester.”

Videre pekes på nedlatende *holdninger til pasientene*, og det er spesielt deler av den medisinske ekspertisen som representerer slike holdninger, som ”tror de vet alt best”. Det er på dette området flere av brukerrepresentantene virkelig håper at brukerutvalgene skal bidra, bidra til å ”endre sykehusenes forhold til pasientene, at det ikke er en de snakker til, men snakker med”, og bidra til ”en god dialog mellom bruker og sykehus”, slik at man som pasient

ikke opplever seg som ”et stykke kjøtt som er inne til en diagnose”. Håpet er at brukerutvalget skal bidra til gamle barrierer skal brytes, og at man får en mer likestilt dialog mellom behandler og pasient.

Endringstregghet

Samtidig som brukerinformantene forteller om endringsbehov, uttrykker flere en usikkerhet om mulighetene for å få til endring. Flere peker det på at det ser ut til å være en *endringstregghet* i den etablerte helsetjenesten, og at det er vanskelig det er å få helsetjenesten til å gjøre noe annerledes selv om behandlere kan være positivt endringsinnstilte. Det fortelles om at helsetjenestens fagfolk tilsynelatende er lydhøre for brukerrepresentantenes synspunkter og forslag, men at det likevel virker som det er vanskelig å få endringer gjennomført. Det skjer ikke noe, er budskapet fra brukerrepresentantene i sitatene nedenfor:

”De [behandlerne] syns det er så bra, men så blir det bare snakket om. Det skjer ingenting. De får presentert det år etter år, men det skjer ingenting.”

”Det går videre på det samme gamle hele tiden. Nytenkning har ikke så lett for å slå igjennom. Ingen sier det er dumt det du sier, men det skjer ikke noe.”

Andre brukerrepresentanter uttrykker tvil om helsetjenestens evne til å gjøre noe med de problemene brukerutvalgene påpeker, for de ansatte ”er så innbakt i det systemet de har, at de ser ikke helheten”. Noen opplever det også som at den medisinske ekspertisen er i posisjon til å ignorere endringskrav fra nasjonale myndigheter og egen ledelse. Brukerinformanter forteller at helseforetaksledelsen formidler til brukerutvalgene at det er vanskelig å endre sykehus. De oppfatter at helseforetak er ikke som ”vanlige bedrifter” der det er slik at ”når en direktør sier at sånn skal det være, så blir det sånn”. De lurer på hvordan det går an å drive helseforetak når de ansatte kan gjøre hva de vil i forhold til oppgaver som er lovpålagt, og det sykehusadministrasjonen tilsynelatende bare kan ”henstille” til de ansatte om å følge påleggene. Og de formidler en usikkerhet på hvilke virkemidler som skal til for å skape endring. Slik beskriver tre brukerinformanter forholdene:

”Pasientansvarlig lege, det er ikke innført. Det har de [medisinske lederne] alle mulige argumenter mot å gjøre. Jeg påpeker at de har fått det til andre steder, hva er forskjellen? Men de er ikke enig i retningslinjer. Jeg sier: Det hjelper vel ikke når lovgiverne har bestemt. Min oppfatning at det er enkeltleger, medisinske ledere, som boikotter eller saboterer, det er sterke uttrykk, men ...”

”Det er lovpålagt at du skal ha individuell plan, og det er ikke etablert på en god måte. Hvis du leser pasientombudets rapport, så blir det påpekt at pasientene ikke får individuell plan, ikke får oppnevnt ansvarlig lege når du kommer inn på sykehuset, at pasientene møter et utall av leger. Legene sier: Det er umulig. Men det er lovpålagt.”

”Individuell plan har vi jobbet mye med. Vi ser klart når vi forespør avdelingene hvor langt de er kommet – og da har vi allerede anbefalt direktøren om å oppmode avdelingene

til å bruke det redskapet – da er det fortsatt avdelinger som mener at de ikke trenger det. Det går på mange ting, blant annet at de ikke ser hensikten. Vi oppfordrer alle avdelingene, men det er ikke så mange som tar tak. Kanskje burde direktøren be om kvartalsvise tilbakemeldinger om hva som har skjedd.”

Hva brukerinformantenes beskrivelser forteller

Brukerinformantenes problembeskrivelser forteller to sentrale budskap:

For det første handler de om problemer som det er vanskelig å se løsninger på, og om at løsningsmodeller som er innført gjennom helsepolitikken, ikke tas i bruk av helsetjenesten i praksis. Beskrivelsene viser problemer brukerrepresentantene ser, men problembeskrivelsen følges ikke av fortellinger om vellykkede eksempler på endring. Beskrivelsene viser også at brukerrepresentantene er i tvil om mulighetene til å endre det innarbeidede, og om ledelsens autoritet til å skape endring.

For det andre forteller brukerrepresentantenes problembeskrivelser om at behandling er mye mer enn en instrumentell medisinsk intervensjon (kirurgi og medikamenter). Behandlingen er en prosess: Den er en samhandlingsprosess mellom behandler og pasient, og kanskje også pårørende. Den er et behandlingsforløp som involverer flere instanser som må organiseres. Den er en prosess som også dreier seg om pasientenes liv utenfor sykehuset, og som pasientene er opptatt av å mestre. Det er her pasientansvarlig lege og individuell plan er viktig for brukerne.

I forlengelsen av brukerrepresentantenes fortellinger ligger ikke bare at helsetjenesten må endre perspektiv på pasientene, men også på hva deres behandlings- og hjelpetilbud består i. Helsetjenesten må se at behandlingen er en prosess som må organiseres. Dette er nettopp kroniker-perspektivet på helsetjenesten, perspektivet til dem som har langvarige og sammensatte problemer.

De 13 helseforetakene informantene i denne intervjuundersøkelsen omfatter både foretak der både brukerinformanter og helseforetaksinformanter formidlet at brukerutvalg ble møtt med respekt, tatt på alvor og trukket inn i helseforetakets beslutningsprosesser, og helseforetak der både brukerinformanter og helseforetaksinformanter formidlet at det hadde vært utfordringer i prosessen. Fra de helseforetakene der undersøkelsen har både brukerinformanter og helseforetaksinformanter, der tegnet informantene på mange måter det samme bildet, men sett fra ulike ståsteder. Det var ikke slik at informantene hadde samme synspunkter på alle spørsmål eller at det ikke fantes ulikheter i ønsker og tilnærminger, men deres beskrivelser av situasjonen i helseforetaket og for brukerutvalget ga samme hovedinntrykk. Der brukerinformantene pekte på vanskeligheter, gjorde helseforetaksinformantene det også. Og der brukerinformantene opplevde situasjonen positiv, gjorde helseforetaksinformantene det også. Ut fra dette antar jeg at også for de helseforetak der undersøkelsen bare har informanter fra enten foretakssiden eller brukersiden, så gir deres beskrivelser i hovedtrekk et brukbart inntrykk av iverksettingen av brukermedvirkningsreformen også i disse foretakene.

Spørsmålet blir da om det finnes *noen mønstre av holdninger, handlinger og samhandlingsformer som kjennetegner de gode, henholdsvis de trøblete, iverksettingsprosessene*. Jeg vil peke på *to* slike mønstre, men må understreke begrensningene ved denne undersøkelsen som igjen gjør at mønstrene som beskrives må forstås som begrunnede hypoteser mer enn som demonstrerte funn. En viktig grunn til denne begrensningen er at dataene består av beskrivelser på ett tidspunkt; de er ikke forløpsdata, og gir derfor ikke mulighet for å si noe om retningene i de sammenhengene som mønstrene viser. Det er ikke mulig å slutte noe om hva som påvirker hva, eller om det ene kan forklare det andre. Undersøkelsen gir rett og slett ikke nok informasjon om hva som kom først og sist. En annen viktig grunn er at undersøkelsen ikke har observasjonsdata fra samhandlingen, kun informantenes beskrivelser av sine opplevelser av det som har foregått. Det er derfor ikke mulig å si om forskjellene som informantene forteller om, er forskjeller i handlinger eller forskjeller i måten handlingene blir fortolket på. Det kan f.eks være at samme handling vil bli fortolket som uproblematisk av noen, men som uakseptabel av andre. En tredje viktig grunn er at undersøkelsen ikke har gitt rom for å følge saker, og det er derfor ikke mulig å beskrive hvilke faktorer som har påvirket underveis i saksgangen.

6.1 Involvering – forståelse – tilfredshet

Det ene mønstret materialet viser er tre faktorer som synes å være til stede samtidig: a) at brukerutvalget blir involvert, får informasjon og blir tatt i bruk av helseforetaket, b) at brukerutvalg viser en forståelse for helseforetakets rammebetingelser: at helseforetaket stilles overfor noen økonomiske rammer og en forventning om å være lojal mot politiske målsettinger de settes til å oppfylle, og c) at både brukerinformanter og helseforetaks-

informanter i hovedsak er fornøyd. Det ene mønsteret viser altså en positiv relasjon mellom disse tre faktorene. Helseforetaket beskrevet nedenfor, kan illustrere dette.

Eksempel

Holdningen fra foretaksledelsen er at brukerutvalg skal foretaket ha, det gjelder derfor å få det til å fungere best mulig. Det er utfordringer knyttet til dette, blant annet å gi brukerrepresentanter innsikt i hvor kompliserte institusjoner helseforetak er, både i finansiering og drift. Denne utfordringer ser brukerutvalget også. Helseforetaket uttrykker en positiv innstilling til brukerutvalget, og brukerutvalget er fornøyd med måten foretaksledelsen har forholdt seg til brukerutvalget, hvordan ledelsen har gitt informasjon og fulgt opp innspill fra brukerutvalget. Brukerinformanten forteller:

”Når vi har bedt om informasjon, så får vi den. Folk fra avdelingene er blitt engasjert for å gjøre greie for saker. Når vi har kommet med innspill om ting, så har direktøren veldig umiddelbart reagert, kanskje tatt en telefon i lunsjpausen. Hvis det har vært innspill om en avdeling, har direktøren ganske enkelt kontaktet avdelingen straks og fått gjort noe med det, eller har sagt at dette tar lenger tid, så det må vi komme tilbake til, og har kommet tilbake i neste møte.”

Administrerende direktør møter selv i brukerutvalget, og brukerutvalget har møterett i styret, har bedt om et eget møte med styret og opplevd styret som lyttende og imøtekommende. Både foretaksinformanten og brukerinformanten forteller i intervjuene om en rekke saker brukerutvalget har blitt involvert i. Brukerutvalget gjenfinner sine innspill i helseforetak mål og visjoner, og har fått gjennomslag for sine synspunkter i organiseringsspørsmål. Brukerutvalget opplever at utvalget blir tatt på alvor, og ser at helseforetakets rammebetingelser gjør at utvalget ikke alltid kan få gjennomslag for sine synspunkter:

”Vi føler at vi blir tatt på alvor. Men i mange saker vi har meninger som verken vi eller styret kan gjøre så mye med. Hele Helse-Norge er veldig økonomisk styrt og stramt økonomisk styrt, så om vi biter negler, så tror jeg styret biter vel så mye negler. [...] Det er frustrerende at det er så økonomisk styrt og så toppstyrt at direktøren mange ganger står like maktesløse som oss, og som gjør at de må ta grep som de ser som ugunstige og ikke ønsker.”

Helseforetaksledelsen opplever brukerutvalget som en støttespiller. Brukerutvalget har, i likhet med brukerutvalget i Helseforetak En, tatt opp helseforetakets økonomiske situasjon overfor overordnede helsemyndigheter. Og brukerutvalget har, som brukerutvalget i Helseforetak Tre, stort sett hatt samme synspunkter som helseforetaksledelsen i saker om funksjonsfordeling både innad i helseforetaket og på regionnivå. Helseforetaksledelsen oppfatter at i disse sakene har brukerutvalget hatt klare meninger. Brukerutvalgets synspunkter har vært at volum gir kvalitet og at sentralisering og lange reiseavstander derfor kan aksepteres ved planlagt behandling, men at geografi og værforhold tilsier gode tilbud lokalt når det gjelder akuttbehandling.

Selv om brukerutvalget viser forståelse for de avveiningene foretaksledelsen står overfor, er utvalget også oppmerksomhet på at de ikke må bli så forståelsesfulle at de mister av synet det perspektivet de er satt til å ivareta:

”Fordi vi har et hyggelig styre, og en hyggelig administrerende direktør, så blir vi veldig sympatisk innstilt. Vi har sagt til oss sjøl at vi må bli forsiktige slik at vi ikke hopper over bordet, men så langt, har det vært gunstig at vi har vært i stand til å se sakene fra to sider, ja mer enn to forresten, både fra styrets, administrasjonens og vårt eget ståsted.”

Drøfting

Helseforetaket i eksempelet over har, som beskrevet, flere fellestrekk med Helseforetak En og Helseforetak Tre: Brukerutvalgene opplever at de er blitt tatt på alvor av foretaksledelsen, har fått informasjon og blitt involvert. Brukerutvalget i eksempelet over uttrykker tydelig forståelse for at helseforetaket stilles overfor gitte økonomiske rammer og forventes å oppfylle de politiske målsettingene rammebetingelsene uttrykker. En slik forståelse uttrykkes ikke like tydelig fra informantene i Helseforetak En og Helseforetak Tre, men det er ikke noe i intervjuene som tyder på at brukerutvalgene ikke har en slik forståelse. I alle tre foretakene uttrykker både helseforetaksinformanter og brukerinformanter en generell opplevelse av tilfredshet med situasjonen mht brukerutvalget, selv om det også påpekes vanskeligheter og forbedringsønsker. Spørreskjemaundersøkelsen viser et lignende mønster: Jo mer positivt brukerutvalg og helseforetak vurderer informasjonsflyten og kontakten mellom brukerutvalg og helseforetak, jo større betydning tillegger de også utvalget (Lie, 2007). Sammenhengen her kan gå begge veier, jo mer positiv lederne er til brukerutvalg, jo nærmere kontakt ønsker de å ha, og jo mer kontakt lederne har med brukerutvalget, jo bedre ser de hvilken betydning brukerutvalg kan ha. Det samme mønsteret er også vist i en undersøkelse av eldreråd og råd for funksjonshemmede i kommunene, og peker på at det kan dreie seg om positive spiraler der faktorene forsterker hverandre (Alm Andreassen, 2001).

Det er ikke mulig ut fra dataene i denne intervjuundersøkelsen å si noe entydig om årsakssammenhengen. Det kan være slik at helseforetaksledelsen i utgangspunktet har hatt en positiv innstilling til det å ha et brukerutvalg, og derfor har lagt vekt på å involvere utvalget i helseforetakets virksomhet, og at dette har ført til at brukerutvalget opplever at utvalget tas på alvor. Fra alle tre foretakene fortelles det at helseforetaket helt fra opprettelsen av brukerutvalget har lagt vekt på å involvere utvalget. Det kan være at denne involveringen har gitt brukerutvalg en forståelse for helseforetakets situasjon, som igjen gjør helseforetaksledelsen positivt innstilt til brukerutvalget. Det kan imidlertid også hende at brukerutvalget har hatt en slik forståelse allerede i utgangspunktet, at utvalgsmedlemmene har hatt med seg fra de organisasjonssammenhengene de kommer fra, en tenkning om at helsepolitikken avgjøres av nasjonale politiske myndigheter, at et brukerutvalg er en samarbeidsarena, og at konflikter er det brukerorganisasjonene, ikke utvalgene, som skal ta⁴.

⁴ Denne forståelsen har representanter for brukerorganisasjonene uttrykt i diskusjonsmøter AFI og IRIS har hatt med brukerorganisasjonene om evalueringen av brukermedvirkningsreformen.

I alle tre helseforetakene har brukerutvalgene hatt samme synspunkter som foretaksledelsen i vanskelige saker om økonomi og strukturendringer. Igjen er det ut fra materialet, som mangler forløpsdata, ikke mulig å si om det er fordi foretaksledelsen har informert og involvert brukerutvalget at utvalget er kommet til samme konklusjoner som foretaksledelsen, altså om det som har skjedd er et uttrykk for det sosiologen Stein Bråthen beskriver som ”modellmakt” (Bråten, 1973). Modellmakt betyr at dersom relasjonen er asymmetriske vil ikke medvirkning nødvendigvis føre til maktutjevning, i stedet kan det føre til at modellsvake aktører overtar de innflytelsesrikes forståelsesmodeller. I brukerutvalg i helseforetak kunne modellmakt innebære at brukerutvalgene, som i utgangspunktet har mindre kjennskap til organisasjons-, drifts- og finansieringssystemene i foretakene, overtar helseforetaksledelsens forståelse av disse forholdene. Brukerinformantene i de tre foretakene forteller at brukerutvalgene har vært fornøyde med at de har fått god informasjon fra foretaksledelsen, men samtidig beskriver de også, slik brukerinformanten i eksempelet over gjorde, at brukerutvalget har vært oppmerksomme på farene for at de overtar ledelsens perspektiver (”hopper over bordet”), noe Stein Bråthen peker på som en faktor som kan motvirke tendenser til modellmakt (Bråten, 1982). Brukerinformantene beskriver også at utvalgene har innhentet saksopplysninger og vurderinger fra brukerorganisasjoner, slik brukerutvalget i strukturendringseksempelet over illustrerer. Det er altså mulig at brukerutvalgene har kommet til samme konklusjoner som foretaksledelsen på selvstendig grunnlag, og det er mulig at foretaksledelsen har hentet begrunnelser for sine forslag fra brukerutvalgenes argumentasjon.

6.2 Avstand – vaktbikkje - misnøye

Det andre mønsteret materialet viser er den motsatte sammenhengen mellom de samme tre faktorene som utgjør mønsteret beskrevet over: a) at brukerutvalget opplever at de ikke blir involvert og tatt i bruk, og stiller spørsmål ved helseforetakets hensikt med å ha et brukerutvalg, b) at helseforetaket understreker at brukerutvalg må forstå sin rådgivende rolle og helseforetakets rammebetingelser, og c) at verken brukerinformanter eller helseforetaksinformanter uttrykker tilfredshet med situasjonen. Dette betyr ikke at helseforetaksledelsen uttrykker at de ikke støtter tanken om brukermedvirkning via brukerutvalg. Tvert imot viser både intervjuundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen at helseforetaksledelsene gjennomgående uttrykker seg positivt om at brukerutvalg kan være til nytte for helseforetakene (Lie, 2007), slik det også er beskrevet tidligere i denne rapporten.

Informantene som illustrerer dette mønsteret er hentet fra to helseforetak som av anonymitets-hensyn er slått sammen⁵:

⁵ Her framhever jeg forhold som kan illustrere et problematisk mønster, men informantene uttrykker også at forholdene er i ferd med å bli bedre. Som beskrevet tidligere i rapporten, er dette en opplevelse som deles også av informantene fra andre helseforetak der iverksettingen har gått tregt. Situasjonen som beskrives her, er derfor ikke nødvendigvis dekkende for forholdene i disse helseforetakene i dag.

Eksempel

I begge helseforetakene møter en fra foretaksledelsen fast i brukerutvalget, men det er ikke administrerende direktør, og i tillegg har utvalget en sekretær fra foretaket. I begge foretakene har det vært skifter i hvem fra foretaksledelsen som har møtt i brukerutvalget. Helseforetaksledelsen uttrykker en positiv innstilling til det å ha et brukerutvalg, men formidler samtidig at det ikke er noe stort engasjement rundt brukerutvalget generelt i helseforetaket. Og brukerutvalgene har opplevd at de ikke blir involvert i den grad de ønsker, og at utvalgene har måttet mase på helseforetaket for å bli trukket inn.

Brukerinformantene er i tvil om brukerutvalget blir tatt på alvor:

”Jeg skulle ønske at sykehuset tok oss mer på alvor, kunne se brukerutvalget som en fantastisk mulighet til å få synspunkter og støtte, at de ville bruke mer, ta opp temaer med oss.”

”Vi blir liksom ikke tatt på alvor. De tingene vi har ment noe om, har ikke hatt betydning.”

I begge helseforetakene har foretaksinformantene klare oppfatninger om hva brukerutvalget bør gjøre, bl.a å avgi høringsuttalelser om budsjettspørsmål, strategiske og overordnede saker, og levere på det helseforetaket ønsker. Ønskene er litt forskjellige – i det ene foretaket etterspørres mer initiativ fra brukerutvalget, i det andre uttrykkes det at brukerutvalget nok må justere ned sitt ambisjonsnivå for helseforetaket har ikke kapasitet til å følge det opp. Forventningene er tydelige i intervjuene. Om forventningene uttrykkes like tydelige overfor brukerutvalgene viser ikke dataene. Verken helseforetaksinformanter eller brukerinformanter forteller om at dette har skjedd. Brukerinformantene mener brukerutvalget har reist mange saker og etterspurt å bli trukket inn, men at helseforetaket ikke har fulgt opp.

Helseforetakene uttrykker en forventning om at brukerutvalget skal forstå helseforetakets situasjon og mener at brukerutvalget vil få ”høyere troverdighet innad” i foretaket, når utvalget ”skjønner at sykehuset har begrensede rammer” og forstår at det er gjennomtenkte valg helseforetaket gjør når de foretar ”tiltak som ikke er populære, men nødvendige. Brukerutvalget må akseptere at helseforetaket har rammer foretaket er forpliktet til å følge selv om man ideelt sett kunne ønske å gjøre mer. Brukerutvalget må også forstå at utvalget er et rådgivende organ, at de endelige avgjørelsene i helseforetaket ikke fattes bare på bakgrunn av hva brukerutvalget mener, og brukerutvalget må akseptere at ledelsen tar beslutninger utvalget ikke ønsker. Brukerutvalgets ambisjon må være at utvalget skal få uttale seg slik foretaksledelsen skal kjenne brukerutvalgets synspunkter, og at beslutningene kan bli mest mulig balanserte. Utvalget må være ”takknemlige for at de får mulig til å bli hørt” og akseptere at deres innflytelse er avhengig av deres argumenter. Helseforetaksinformantene opplever at det har vært vanskelig å få brukerutvalget til å forstå dette. Ingen av

brukerinformantene forteller om at utvalgene har uttalt seg kritisk til helseforetakenes prioriteringer⁶, deres kritikk handler om at brukerutvalget ikke er blitt trukket med.

Helseforetaksinformantene understreker også at brukerrepresentantene i brukerutvalget har en annen rolle enn som interesseorganisasjon. Som brukerutvalg er man ”inne” i helseforetaket og skal bidra til at helseforetaket blir drevet best mulig, men dette er en ny rolle for organisasjonsrepresentanter som er ”vant til å drive lobbyisme, ikke vant til å være ansvarlig del av ledelsen i en stor bedrift”. Som brukerorganisasjoner kan man kjempe for sin gruppes sak, men som brukerutvalg må de delta i prioriteringsdebatter. Brukerutvalget ”må se helheten”, ikke ivareta sine organisasjonsinteresser, eller sine egne pasient- eller pårørende-interesser. Brukerrepresentantene må være villig til å akseptere løsninger som kanskje ikke er det ultimate for ens egen gruppe, og forstå at det ellers ville gått på bekostning av andre. Ingen av brukerinformantene forteller om slike holdninger i brukerutvalgene. I den grad brukerinformantene uttaler seg om dette temaet, så sier de at utvalgsmedlemmene har en forståelse av at de skal ivareta alle brukergrupper, og at de er opptatt av å støtte helseforetaket og bidra til bedring av foretakets situasjon og tjenestetilbud.

Også i disse helseforetakene har brukerutvalget handlet utad, på helseforetakets anbefaling, mot overordnede helsemyndigheter og media, og støttet foretakets interesser. Når det gjelder brukerutvalgenes anledning til å handle utadrettet i saker der utvalget *ikke* er enige med helseforetaket, så er foretaksinformantene noe mer reserverte: De peker på at brukerutvalget har en frihet til dette, utvalget skal jo være ”vaktbikkje”, helseforetaket vil ikke diktere utvalget, men helseforetaksinformantene sier samtidig at hvis brukerutvalget mener det er noe galt med helseforetakets perspektiver, så bør ta saken direkte med foretaket, og peker på at om et brukerutvalg får gjennomslag for en prioritering, så vil det samtidig medføre nedprioritering av noe annet, for som regel blir det ikke noe mer i potten samlet.

Verken brukerinformanter eller helseforetaksinformanter er altså fornøyd med situasjonen. Brukerinformantene opplever at brukerutvalget ikke er blitt involvert. Utvalgene har fått informasjon, men opplever ikke at deres kunnskap er etterspurt. Helseforetakene har klare forventninger til brukerutvalgene, både om hvilke saker utvalgene skal engasjere seg i, og om hvordan utvalget skal handle utad. Det kan være at helseforetakene ikke har interesse for de sakene brukerutvalgene har interesse i å ta opp.

Drøfting

I intervjumaterialet i denne undersøkelsen finnes brukerinformanter fra andre helseforetak som forteller at brukerutvalget har den linjen at utvalget skal ivareta brukernes behov, også i nedbemannings- og omstillingsprosesser, og som opplever å få forståelse for rollen, selv om utvalget ikke får gjennomslag for sine synspunkter. Brukerinformanten nedenfor illustrerer dette:

⁶ Det kan de selvfølgelig ha gjort, selv om de ikke forteller om det.

”Ledelsen må jo tenke innsparing hele tiden, det kan jo ikke vi. [...]Vi har måttet si at vi kan ikke tenke penger, vi må tenke brukerne. De må jo gi seg på det, for det er jo lovfestet at vi skal representere brukerne [...] De forstår jo oss, hva vi mener og hvorfor vi påpeker det. Men der føler vi at det er litt vanskelig å bli hørt. Og selv om vi forstår dilemmaet deres, så kan ikke vi fire på sånne ting egentlig.”

I materialet finnes også foretaksrepresentanter som forteller om brukerutvalg som ofte uttaler seg til media, og uttrykker at det ikke er problematisk selv om brukerutvalget skulle uttale seg kritisk, noe utvalget ikke har gjort i for stor grad slik foretaksinformanten ser det:

”Det er en del ting vi trenger kritikk på, og det skal vi ha kritikk på. Men jeg føler det er balanse, og ikke ubehagelig, vi *skal* ha en del kritikk.”

Det kan derfor reises spørsmål om de to helseforetakene med det negative mønsteret i større grad enn andre helseforetak forventer at brukerutvalg skal innordne seg helseforetakets krav til hvordan brukerutvalget skal fungere, og i for liten grad viser en interesse for det brukerutvalgene selv ønsker å bidra med.

Fra begge helseforetakene uttrykkes det veldig eksplisitt at brukerutvalgene må forstå og akseptere helseforetakets situasjon og rammebetingelser. Ut fra datamaterialet er det ikke mulig å si om disse helseforetakene mer enn andre opererer med stramme rammer for hvordan brukerutvalg kan handle, eller om brukerutvalgene i disse foretakene har vist mindre forståelse for helseforetakets rammebetingelser og i større grad vært kritiske til helseforetakets prioriteringer. At hjelpeapparatet kan ha lav toleranse for kritikk, er synliggjort i andre undersøkelser av brukermedvirkning (Alm Andreassen, 2004).

Ut fra datamaterialet er det ikke mulig å si hvor stor betydning personfaktoren har hatt. Brukerutvalg innebærer ansikt til ansikt møter og mellommenneskelig samhandling. Måten å nærme seg hverandre på, får betydning. Samhandling i brukermedvirkning må preges av gjensidig respekt og vilje til å lytte, erfaringer fra andre medvirkningsprosesser viser at dette mener både brukerrepresentanter og representanter for myndigheter og offentlige tjenester (Alm Andreassen, 1998). Som en av brukerinformantene i denne intervjuundersøkelsen uttrykte det, man må ha ”møtekultur”, om man skjeller ut motparten, kan man ikke vente å nå fram, en må ”ha rolleforståelse og felles virkelighetsoppfatning”. Ut fra datamaterialet er det ikke mulig å si om mangel på ”møtekultur” har kjennetegnet brukerutvalgene eller helseforetakene som er beskrevet over. Også andre personforhold kan skape negative erfaringer. Uetterrettelighet med hensyn til reise- og møtegodtgjørelser, alkoholmisbruk, representanter som bare fremmer sin egen sak og ikke representerer på vegne av flere, kan dukke opp også blant brukerrepresentanter i helseforetak. Slike forhold kan skape dårlig samarbeidsklima, selv om det ikke direkte dreier seg om brukerutvalgets arbeid.

Fra begge parter i disse foretakene, både fra brukersiden og foretakssiden, finnes det forventninger til den andre parten, om aktivitetsnivå, saksengasjement, forståelse, handlemåter og innstilling, men det synes ikke som om partene har noen felles forståelse av disse. Om tydeligere forventningsavklaring kunne avhjulpet situasjonen i disse foretakene, er

vanskelig å si noe om. Forventningsavklaring har vist seg å være av betydning i andre medvirkningsprosesser (Alm Andreassen, 2005; Alm Andreassen og Binder, 1994).

6.3 Medisinsk ekspertkultur?

I intervjuene i denne undersøkelsen nevner flere en faktor til som kan ha betydning for i hvor stor grad brukerutvalgene blir trukket med og lyttet til, og det er i hvor stor helseforetakene preges av en medisinsk ekspertkultur. Ut fra datamaterialet i denne undersøkelsen er det ikke mulig å si noe entydig om betydningen av en slik faktor, først og fremst fordi intervjuer ikke er noen god metode til å kartlegge et fenomen som en faglig ekspertkultur. Fordi flere av informantene reflekterer over dette fenomenet, velger jeg likevel å reise spørsmålet om en medisinsk ekspertkultur kan følges av et fravær av interesse for brukeres synspunkter på helsetjenesten.

Flere brukerinformanter oppfattet at de hadde møtt en medisinsk ekspertkultur som der medisinske ekspertisen oppfatter som å besitte svarene på de utfordringer helsetjenesten og pasientene står overfor ("vet alt best"). Derfor oppfattes det heller ikke som at brukerrepresentanter eller brukerutvalg har noe å bidra med som bør få betydning for den helsefaglige virksomheten. Brukerinformantene i Helseforetak En stilte også spørsmål ved om det var fordi administrerende direktør *ikke* var lege, at relasjonene til brukerutvalget var så gode. Brukerutvalget i Helseforetak To, der administrerende direktør var lege, opplevde ikke å bli spurt til råds. Kanskje var det en medisinsk ekspertkultur i foretaket som bidro til at brukerutvalg hadde fått en rolleutforming som innebar at utvalget skulle engasjere seg i saker som lå utenfor foretakets faglige virksomhet?

Også andre brukerinformanter har stilt spørsmål ved om en medisinsk ekspertisekultur er en forklaring på at foretaket ikke viser noen interesse for å trekke med brukerutvalget:

"Er det fordi de ikke tror vi kan bidra med noe, fordi vi ikke har sju år på medisinstudiet? Jeg vet ikke hvorfor de ikke ønsker å bruke våre råd. Kanskje er det fordi vår kompetanse ikke er evidensbasert, ikke er befestet i vitenskap og derfor er mindre verd."

Også blant helseforetaksinformantene er det noen som peker på at helseforetakene i spesialisthelsetjeneste mer enn primærhelsetjenesten kan oppleve brukermedvirkning som fremmed. En helseforetaksleder som har erfaring både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten gjør følgende sammenligning om holdningen til brukermedvirkning:

"Det var mer i et likemannsforhold [i kommunehelsetjenesten] enn i spesialisthelsetjenesten. Det var nesten et sjokk å komme ut i kommunen. Jeg lærte hvor spennende det er. Den kompetansen man sitter på som pårørende og som pasienter, den skal ikke undervurderes. [...] Jeg opplever at det er mye vanskeligere å få aksept [for brukermedvirkning] i et høyspesialisert miljø enn i kommunehelsetjenesten. Det kommer av, tror jeg, at i førstelinjen er man mer avhengig av hverandre for å få noe til. Her kommer pasientene inn og får et tilbud, og flyttes ut igjen. [...] Det kan jo hende at det

var enklere for dem [brukerne] også, at de følte at det var mindre barrierer, mens man her synes det skal være så akademisk og riktig.”

Informanten peker på at en medisinsk ekspertkultur skaper avstand, både fordi den spesialiserte helsetjenesten ikke har samme interesse for brukernes kompetanse, fordi den ikke opplever seg avhengig av brukernes bidrag, og fordi brukerne fortolker at i en medisinsk ekspertkultur stilles det ”akademiske” krav som de strever med å nå opp til. Spørreskjemaundersøkelsen viste, som beskrevet over, at bare litt over en tredjedel av helseforetakslederne var uenig i at det kan være en utfordring å få leger til å være interessert i synspunkter fra brukerne. Det er da også helseforetakenes kliniske virksomhet brukerutvalgene er svakest i inngrep med. En medisinsk ekspertkultur kan være en forklaring.

6.4 Iverksettingen oppsummert

Oppsummert viser intervjuundersøkelsen om iverksettingsprosessen at brukerinformantene og helseforetaksinformanter har en felles forståelse av at gjennom brukerutvalg får helseforetakene tilgang til en kompetanse helsetjenesten ellers ikke har samme tilgang til – den særlige kompetansen som pasienter og brukere sitter på.

Informantene synes også å ha en felles forståelse av at brukerutvalg er en ny type utvalg som har trengt tid for å finne sin form og sin plass i helseforetakenes organisasjon.

Organisatorisk innplassering – til helseforetaksledelsen

Så langt har brukerutvalgene organisatorisk kobling først og fremst gått til helseforetakenes administrasjon; ofte er koblingen til den administrative ledelsen, noen ganger ved at administrerende direktør selv deltar i brukerutvalgsmøtene. Både fra brukerinformanter og helseforetaksinformanter tolkes ledelsens tilstedeværelse som et uttrykk for at brukerutvalget blir tatt på alvor.

Brukerutvalgene har også viss kobling til styret i helseforetaket, i noen tilfeller med observatørstatus, i andre tilfeller først og fremst ved at referater og uttalelser fra brukerutvalget formidles til styret, og/eller ved at brukerutvalget selv prioriterer å være tilhørere på de åpne styremøtene. Der brukerutvalgene har fått observatørstatus oppfattes dette som viktig for utvalgets innflytelsesmulighet.

Brukerutvalg synes i mindre grad å ha koblinger til helseforetakenes kliniske virksomhet, og flere foretaksledere opplever at det kan være problematisk å få medisinsk ekspertise interessert i synspunkter fra brukerne.

Saksengasjement – kronikernes hjelpetilbud

Brukerutvalgene har gått inn i en rekke ulike saker. En del saker er lokale og aktuelle akkurat i det bestemte foretaket utvalget er tilknyttet. Andre temaer er felles på tvers av ulike foretak.

Flere brukerutvalg har vært opptatt av tilgjengeligheten for mennesker med redusert funksjonsevne i sykehusbyggene og områdene. I en rekke helseforetak har brukerutvalg blitt

involvert i spørsmål om strukturendring, omorganisering og funksjonsfordeling. Her synes prioriteringene i flere brukerutvalg å bety støtte til strukturendringer i retning av mer samordning og sentralisering kombinert med mer desentralisering og lokale tilbud.

Mange saker dreier seg om sider ved helsetjenesten som er særlig aktuelle for mennesker med langvarige og sammensatte problemer. Det dreier seg bl.a. om tilgang til informasjon, og om samordnet hjelp på tvers av avdelinger, tjenester og nivåer.

Brukerinformantene peker på problematiske sider ved spesialisthelsetjenestens pasientbehandling, bl.a. for lite interesse for kroniske helseproblemer som folk strever med i hverdagen, for lite respekt for pasientene, nedlatende holdninger, og for lite vilje eller evne til endring, bl.a. når det gjelder å følge opp tiltak som kan bedre situasjonen for mennesker med sammensatte og langvarige problemer, som å bedre informasjon og mer samordning av hjelpen. På denne bakgrunn er det problematisk at brukerutvalgene mange steder har en svak kobling til den kliniske virksomheten.

Rolleutforming - rådgivende organ

At brukerutvalget skal være et rådgivende organ for helseforetaket synes å være en rolleforståelse som deles av brukerutvalgene. En del forteller at brukerutvalgene blir spurt til råds, andre strevd for å bli tatt i bruk. Mange er opptatt av at brukerutvalgene skal bli trukket inn tidlig, og flere ønsker at brukerutvalgene skal bli trukket inn i saker og planprosesser i tidligere fasen enn de er blitt til nå. Av helseforetakene i denne intervjuundersøkelsen ser det ut til at i om lag halvparten har brukerutvalgene blitt møtt med interesse og blitt trukket med i beslutningsprosesser i helseforetakene.

Involvering – forståelse – tilfredshet

Undersøkelsen har pekt på to mønstre som synes å ligge bak hvorvidt iverksettingen av brukermedvirkningsreformen er blitt vellykket eller ikke. Det ene mønsteret viser en positiv kobling mellom tre faktorer: a) at brukerutvalget blir involvert, får informasjon og blir tatt i bruk av helseforetaket, b) at brukerutvalg viser en forståelse for helseforetakets rammebetingelser som at helseforetaket stilles overfor noen økonomiske rammer og en forventning om å være lojal mot politiske målsettinger de settes til å oppfylle, og c) at både brukerinformanter og helseforetaksinformanter i hovedsak er fornøyd. Det andre mønsteret viser en negativ kobling mellom de samme faktorene: a) at brukerutvalget opplever at de ikke blir involvert og tatt i bruk, og stiller spørsmål ved helseforetakets hensikt med å ha et brukerutvalg, b) at brukerutvalget understreker at deres oppgave er å ivareta brukerhensyn uavhengig av helseforetakets økonomiske rammebetingelser, og c) at verken brukerinformanter eller helseforetaksinformanter uttrykker tilfredshet med situasjonen.

For brukerutvalg synes det å ha stor betydning ikke bare å få informasjon, men også å bli involvert og oppleve at deres kompetanse er etterspurt. Der det har vært negative erfaringer, synes det å være slik at brukerutvalget ikke lever opp til helseforetakets forventninger om å møte forståelse for foretakets rammebetingelser og prioriteringstvang.

På hvilke måter kan brukerutvalg påvirke helseforetakenes virksomhet og møte med pasientene? Det er spørsmålet for denne delen av analysen. Her skal jeg gå nærmere inn på hvilke ulike veier brukerutvalg kan virke igjennom, og hvordan deres påvirkning kan få konsekvenser for helseforetakenes virksomhet.

7.1 Brukerutvalg – en tilgang til brukererfaringer

Brukerutvalgene forstås som en tilgang for helseforetakene til brukerkunnskap og brukerperspektiver. De vanlige mandatformuleringene om brukerutvalgenes oppgaver og roller peker på at brukerutvalgene skal fungere som et samarbeidsforum mellom brukerne og helseforetaket, et rådgivende organ for helseforetak slik at brukernes kunnskap kan utnyttes, og et forum for systematisk tilbakemelding om brukernes erfaringer. Felles for alle mandatformuleringene er at de har et fokus på at brukerutvalgenes oppgave er å bringe noe *inn* til helsetjenesten. Både intervjuundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen viser at brukerutvalgenes egne medlemmer er viktige kilder til saker for brukerutvalgene.

Videre ligger det i rolleutformingene, slik vi så med brukerutvalgene i Helseforetak En, To og Tre, at gjennom brukerutvalgene skal helsetjenesten *tilføres* noe tjenestene kan dra nytte av, enten ved at brukererfaringer og brukerkompetanse kanaliseres via brukerutvalget eller ved at utvalgsmedlemmene selv besitter denne kompetansen i kraft av sin erfaring og sine forbindelseslinjer til brukergruppene/ -organisasjonene.

I helseforetakene har en derfor vært opptatt av å sørge for at informasjonen om brukerutvalget skal komme ut til pasientene slik at brukerutvalget kan få tilgang til pasienterfaringer og pasientene kan bruke brukerutvalget som formidlingskanal. På helseforetakenes nettsider står brukerutvalget ofte presentert under inngangen ”For pasienter”. For tre av de 13 helseforetakene i denne intervjuundersøkelsen ligger informasjonen om brukerutvalget under inngangen ”Om oss”, i de resterende 10 finner en brukerutvalget under Pasientinformasjon. Det er til pasientene helseforetakene har vært opptatt av å få ut informasjon om brukerutvalg. Ikke i samme grad har man vært opptatt av at informasjon om brukerutvalget skal ut til helsetjenestens fagfolk og ansatte, slik at disse kan ta brukerutvalget i bruk.

Brukerutvalgenes organisatoriske forbindelseslinjer til helseforetakene går i stor grad til foretaksledelsen, til administrasjonen og til styret. Slik er brukerutvalgenes organisatoriske innplassering lagt opp, og slik opplever brukerinformantene det. Sakene fra helseforetakene til brukerutvalgene kommer fra administrasjonen, eller de hentes fra styresakene. Koblingen til helseforetakenes kliniske virksomhet synes svakere.

Det synes altså å ha vært mer oppmerksomhet på det brukerne skal bringe inn til helseforetakene via brukerutvalgene, og mindre oppmerksomhet på hvordan saker og problemstillinger skal bringes fra helseforetakenes klinikker og avdelinger og inn til brukerutvalgene,

eller på hvordan brukererfaringene og brukerperspektivene skal få konsekvenser for den kliniske virksomheten.

Rolleutforming og virkningsveier

Brukerutvalgene skal bringe brukerkunnskap og brukerperspektiver inn til helsetjenesten. For å gjennomføre dette må brukerutvalgene ta eller tildeles en rolle i forhold til helseforetakenes arbeids- og beslutningsprosesser. De må finne en måte å fungere på, dvs. de må etablere det jeg har kalt en *rolleutforming*. Rolleutformingen peker på hvilke veier brukerutvalgene kan virke igjennom.

Som beskrevet over, er det tre hovedoppgaver som går igjen i mandatene for brukerutvalgene – at brukerutvalgets funksjon skal dreie seg om *samarbeid* mellom helseforetak og brukere, om *rådgivning* til helseforetaket, og om systematisk *tilbakemelding* om brukererfaringer. Beskrivelsen av brukerutvalgene i Helseforetak En, To og Tre viste at rollen som *rådgiver* var en rollemodell alle utvalgene så for seg. Rådgiverrollen var sentral i Helseforetak Tre, og også i bruk i Helseforetak En, mens brukerutvalget i Helseforetak To ønsket å bli spurt til råds i større grad. Dette hadde brukerutvalget i Helseforetak To til felles med mange andre brukerutvalg som deler en oppfatning om at hvorvidt brukerutvalget blir tatt på alvor, kommer til uttrykk i hvorvidt utvalget blir tatt i bruk og spurt til råds.

Brukerutvalgene i Helseforetak En, To og Tre viser videre at det finnes flere og til dels ulike forståelser blant brukerrepresentanter og helseforetak om hva et brukerutvalg skal være og hva det skal gjøre. Til brukerutvalget i Helseforetak En rettet foretaksledelsen en tydelig forventning om at brukerutvalget skulle jobbe systematisk med å innhente brukertilbakemeldinger, og utvikle sin rolle som *kanal* for brukererfaringer. Oppgaven med å kanalisere brukererfaringer ligner rådgivningsoppgaven ved at begge oppgavene består i at brukerutvalg bidrar med kunnskaper, erfaringer og perspektiver fra brukersiden. Oppgavene er forskjellige ved at rådgivningsoppgaven innebærer at brukerrepresentantene og brukerutvalg selv gjør seg opp en mening om hvordan brukererfaringene kan omsettes til handlinger fra helseforetakets side (i budsjett, planer, organisering osv), mens oppgaven med å kanalisere brukererfaringer kan gjennomføres ved at erfaringene tilbakeføres systematisk, men fortsatt i form av brukeropplevelser, ikke bearbeidet til endringsforslag. Rollen som kanal for brukererfaringer legger dermed mer oppgaver på helseforetakene selv i å omsette brukererfaringer til virksomhetsendringer. I denne rollen er utvalget nettopp en kanal for andres erfaringer. I rådgiverrollen besitter utvalget selv kompetanse, basert på erfaringene fra og kontakten med brukerorganisasjonene, til selv å gjøre vurderinger av hva helseforetak bør gjøre.

Både i Helseforetak En og Tre har brukerutvalget en tett kobling til helseforetakets ledelse. Det er ledelsen som er mottaker av de råd og tilbakemeldingene brukerutvalgene formidler. *Virkningsveien* for brukerutvalgenes påvirkning går *via foretaksledelsen* og ledelsens styringsredskaper (planer og budsjetter).

Ved brukerutvalgets rådgiverrolle kan foretaksledelsen iverksette brukerutvalgets råd og anbefalinger direkte gjennom sine beslutninger, eller foretaksledelsen kan gi brukerutvalg en

rådgiverrolle ved å beslutte at brukerutvalget bidrar med brukerrepresentant i plan- og prosjektgrupper. Eksempelet med brukerdeltakelsen i utformingen av en psykiatriplan illustrerer den siste modellen.

Ved brukerutvalgets formidling av brukererfaringer kan foretaksledelsen introdusere brukernes erfaringer for foretakets fagfolk og bruke disse til å motivere fagfolkene til endring. Virkningsveien går via foretaksledelsen til fagfolkene. Tanken synes å være at pasienttilbakemeldingene skal gi foretaksledelsen argumenter for endringsbehov. I Helseforetak En der foretaksledelsen etterlyser aktiv formidling av brukererfaringer, synes flere av brukerrepresentantene å være i tvil om hva slags autoritet en administrativ ledelse har overfor legestanden i sykehusene. Brukerrepresentantenes inntrykk er at fagfolkene gjør som de vil, slik at det å endre sykehusets virksomhet er så å si umulig hvis ikke legene selv ser behov for endringer. Hvis brukerrepresentantene har rett, trenger foretaksledelsen nettopp mer kraft bak sine endringsinitiativ, og brukerutvalget er potensiell kilde til dokumenterte endringsbehov, men tyngden er avhengig av at brukererfaringene er dokumenterte slik at de ikke kan avvises.

Brukerutvalget i Helseforetak To har valgt enda en alternativ rolleutforming. Brukerutvalget arbeider med tiltak som gjør det lettere å være pasient. Dels påpeker utvalget tiltak som det blir helseforetakets oppgave å iverksette, f.eks tilgang på individuell plan for pasienter med sammensatte behov, slik også brukerutvalg i andre helseforetak har vært opptatt av. Dels arbeider utvalget selv med å gjennomføre tiltak som kan bedre pasientenes situasjon. Et sentralt tiltak har vært informasjonsbrosjyre til alle pasienter. Brukerutvalget er altså arbeidende samarbeidspartner for helseforetaket som selv iverksetter tiltak som styrker pasientenes posisjon. Brukerutvalgets rolle er å vite noe om hvordan det er å være pasient, om hva pasientene trenger, og å arbeide for at pasientene får det de trenger.

Endringsteorien bak denne rolleutformingen til brukerutvalget i Helseforetak To ser ut til å være at ved å styrke pasientene og gjøre dem mer kompetente, så vil pasientene få en bedre pasientopplevelse. *Virkningsveien* går via *de individuelle pasientene*, selv om det er helseforetaket via brukerutvalget som legger til rette for pasientstyrkingen.

Brukerutvalget i Helseforetak En viser også en fjerde rolle for brukerutvalg - rollen som helseforetakets *støttespiller* overfor overordnede myndigheter. Dette er ikke en veldig synlig rolle i mandatformuleringene til brukerutvalgene, men i Helseforetak En er det altså en viktig rolle. *Virkningsveien* her går via *overordnede myndigheter* som skal endre styringskravene og bevilgningene til helseforetaket.

Vi ser altså tre ulike virkningsveier for helseforetakenes brukerutvalg:

- Via foretaksledelsen styring enten direkte i planer og budsjetter, eller indirekte via foretaksledens styring av helseforetakenes fagfolk
- Via pasientene og gjennom styrking av dem i deres brukerrolle
- Via overordnede myndigheter og deres styringskrav til helseforetakene

Virkningsveier, problemer i helsetjenesten og brukerutvalgenes innvirkning

De tre virkningsveiene peker på ulike forståelser av hva helsetjenestens problemer er. Virkningsveien via overordnede myndigheter peker at det ligger problemer i styringskravene og de økonomiske rammebetingelsene. Virkningsveien via pasientene peker på at det ligger problemer knyttet til pasientenes (svake) posisjon i overfor den faglige ekspertisen. Virkningsveien via helseforetaksledelsen peker på at det ligger problemer i måten helse-tjenestens virksomhet er organisert og fungerer. Brukerinformantenes beskrivelser av pasientbehandlingen viser at brukerne opplever en rekke problemer ved helsetjenestens organisering av behandlingen og møte med pasientene, særlig overfor mennesker med langvarige og sammensatte helseproblemer.

Eksempelet med brukerrepresentasjon i utformingen av en psykiatriplan, viser hvordan et brukerutvalg kan få influere på organiseringen av pasientbehandlingen gjennom deltakelse i planarbeid. Eksempelet er en beskrivelse av hvordan helsetjenesten ikke har gjort godt arbeid, av hvordan brukerutvalget kommer inn og bidrar til at det blir brukerrepresentasjon og brukerrepresentantene bidrar til at kvaliteten på arbeidet oppfyller sentrale helsemyndigheters standarder. Brukerrepresentantene har brakt inn kunnskaper og perspektiver som har vært en hjelp for helsetjenesten til å bli bedre, for å bruke en av formuleringene i innledningen om begrunnelsen for brukerutvalg.

Det typiske ved dette, som beskrives som et vellykket eksempel, er at innflytelsen går via et planarbeid og dreier seg om organisering, om ansvarsdeling og system for fordeling og flyt av behandlingsoppgaver mellom tjenesteenheter og nivåer. Planer og organisasjonsstruktur er nettopp ledelsens styringsredskaper.

Brukerinformantene forteller imidlertid også om en rekke problemer ved pasientbehandlingen der de ikke hvordan brukerutvalget kan influere på helsetjenestens praksis. Det kommer fram av deres beskrivelser. For å illustrere: I et intervju kan en brukerinformanten beskrive et forhold utvalget er opptatt av at blir gjort noe med, og avrunde beskrivelsen med utsagn som ligner disse:

”Vi må jo bare melde dette til ledelsen, at vi mener det bør tas tak i. Jeg har inntrykk av, og bevis for, at de tar det alvorlig og gjør ting, men det ser ut som det er en lang prosess å nå fram til den enkelte på gølv. [...] Sykehuset fokuserer på det, det blir tatt opp på avdelingene, men der er jo ikke vi [brukerutvalget].”

En annen forteller om ”skrevne usannheter” i den faglige forståelsen av problemsituasjonen til den brukergruppen vedkommende representerer, og at dette er noe brukergruppa gjerne vil få endret, men tilføyer:

”Om det har noe i brukerutvalget å gjøre, vet jeg ikke. Jeg vet ikke hva man kan gjøre via et brukerutvalg. Jeg vil jo helst ha det inn i utdanninga.”

Brukerutvalgets rådgivende rolle er rettet mot å påvirke beslutninger på overordnede styringsnivåer. Brukerutvalgenes vei har så langt i iverksettingsprosessen i stor grad gått via foretaksledelsen. Både brukerinformanter og foretaksinformanter legger vekt på at koblingen

til foretaksledelsen er viktig for at brukerutvalgene skal få innflytelse. Slik vil brukerutvalgenes påvirkning på helsetjenestens gå via de styringsmidler som helseforetakenes administrasjon og styre har til rådighet. Planer og organisering er ledelsens, og brukerutvalgenes, styringsredskaper. Samtidig tviler altså brukerinformantene på foretaksledelsens mulighet til å influere på en del av problemene ved helseforetakenes pasientbehandling.

8

RESULTATER

Som beskrevet innledningsvis må evalueringen etterspore om reformen har skapt noen resultater (output) som får konsekvenser (outcome) og langsiktige virkninger (impact) i form av bedre tilbud til pasientene. Det skal jeg drøfte i dette avsluttende kapitlet.

8.1 Kanaler for brukerne inn i helsetjenesten

Gjennom helseforetaksreformens krav om brukermedvirkning er det etablert brukerutvalg i helseforetakene. Det er altså etablert organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens brukere kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikken iverksettere.

Det var ikke helseforetaksreformen som introduserte brukermedvirkning i norsk helsetjeneste. De første initiativene skjedde 15 år før helseforetak ble pålagt brukerrepresentasjon. Sekretariatet for Modernisering og Effektivisering i helsesektoren utviklet en tenkning om brukermedvirkning på slutten av 1980-tallet, Nasjonal helseplan⁷ fra 1987-88 gjorde større brukerinnflytelse til et element i en strategi for en bedre helsepolitikk, og utover hele 1990-tallet slo offentlige utredninger og stortingsmeldinger fast betydningen av brukermedvirkning i helsetjenesten.

Langt på vei var dette likevel tenkemåter som kun fikk feste i helsetjenestens randsoner, i tjenester og tiltak rettet mot funksjonshemmede og kronisk syke, basert på forsøksvirksomhet og frivillighet (Alm Andreassen, 2004). Det ser ut til at det først er med helseforetaksloven at brukermedvirkning flytter fra helsetjenestens randsoner og inn til kjernen – sykehusene. Dette peker på betydningen av at brukermedvirkningen ble lov- og vedtektsfestet. Tidligere stimulering har ikke skapt i nærheten av den oppmerksomheten som skjedde gjennom helseforetaksloven.

For mange ser det ut til at brukermedvirkning først ble konkret og tilstede i bevisstheten gjennom pålegget i helseforetaksloven og vedtektene for helseforetakene. Både direkte og indirekte formidler mange av de intervjuede fra helseforetakene at dette med brukermedvirkning og brukerutvalg er nytt for helsetjenesten, det en ny arbeidsform som må innarbeides. En som skulle beskrive organiseringen av brukerutvalget viste til en praksis helseforetaket hadde opparbeidet allerede før reformen, i representantens språkbruk: en praksis de hadde ”fra før brukermedvirkning ble så moderne”. En undersøkelse fra Helse Vest RHF viser det samme (Holte og Lie, 2004): flere mente at holdningen til brukermedvirkning hadde endret seg kraftig de senere årene; en beskrev det som en 180 graders snuoperasjon, fra ensidig oppmerksomhet på indre forhold til oppmerksomhet på brukerne.

⁷ St.meld.nr.41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Intervjuene forteller at det nå finnes aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten.

Det er dermed rimelig å konkludere med at det første resultatet av helseforetaksreformen som kan få konsekvenser i form av konkrete endringer i helsetjenestens virksomhet, og kan ha langsiktige virkninger for utformingen av helsetjenesten, er nettopp dette at det er etablert kanaler for brukernes synspunkter og perspektiver, og at det internt i helsetjenesten og blant helsetjenestens egne medarbeidere finnes aktive talerør for tanken om å lytte til brukernes kunnskap og perspektiver.

Så er spørsmålet: Hva slags problemstillinger, saker og temaer er det som kanaliseres via disse kanalene for brukererfaringer? Hva slags betydning får dette for helsetjenestens utforming? Hva slags helsepolitisk betydning har brukerutvalgene?

8.2 Innflytelse på pasientbehandlingen?

Både brukerinformanter og foretaksinformanter håper at brukerutvalg skal føre til at den tradisjonelle ekspertrelasjonen blir utfordret og at pasientperspektiv blir mer synlig til stede i helseforetakene. Men hvordan skal dette skje? Hvordan skal pasientperspektivet komme ut til helsepersonellet?

Gjennom denne undersøkelsen er det kommet fram eksempler på hvordan brukerutvalg kan påvirke organiseringen av pasientbehandlingen gjennom ledelsens styringsmidler, plan, organisasjonsstruktur og budsjetter, f.eks. få prioritert opp rehabilitering som virksomhetsområde. Samtidig forteller brukerinformantene om mange problematiske sider ved pasientbehandlingen der de er usikre på hvordan brukerutvalg kan påvirke. De viser til at deres virkningsvei går via oppfordringer til foretaksledelsen. Flere brukerinformanten uttrykker imidlertid også tvil om foretaksledelsens mulighet til å influere på den medisinsk styrte praksisen i helsetjenesten. Med Ole Bergs uttrykk, brukerrepresentantene oppfatter at medikratiet råder (Berg, 2006). Det er vanskelig å tro at brukerutvalg skal klare det lederautoriteten ikke klarer, når brukerutvalgenes virkningsvei og legitimitet først og fremst er knyttet til foretaksledelsen. Så langt går brukerutvalgene mulighet til å påvirke faglig praksis først og fremst gjennom å påvirke rammene for den faglige virksomheten.

På den andre siden kan det tenkes at eksistensen av brukerutvalg og tilstedeværelsen av brukerrepresentanter inne i helseforetakene på sikt kan påvirke. Brukerutvalg representerer en offentlighet i helseforetakene som kan stille spørsmål ved helsetjenestens virksomhet og bidra til at helsetjenestens fagfolk blir bevisst at deres praksis må være forsvarbar ikke bare overfor et faglig kollegium, men også overfor en bredere offentlighet av brukere. Beskrivelsen fra Helseforetak En om hvordan det skaper bølger i de kliniske miljøene når de blir innkalt til brukerutvalget, peker på at dette begynner å skje i noen helseforetak. Offentlighet, innsyn og åpen diskusjon, er nettopp en endringsdynamikk som er virksom ved brukermedvirkning (Alm Andreassen, 2004). Politikken for brukermedvirkning signaliserer at brukernes

erfaringer og synspunkter tillegges verdi som kunnskap som skal påvirke (i) hjelperelasjonen. På sikt kan dette endre helsetjenestens tenkning om hvordan problemforståelser og løsningsmodeller må utvikles.

Endelig finnes det andre modeller for brukervedvirkning som fungerer nærmere helsetjenestens kliniske virksomhet, enn den modellen brukerutvalgene er utformet etter. Det er altså mulig å se for seg at brukerutvalg kan suppleres av andre medvirkningsformer.

8.3 Helsepolitisk omfordeling?

Vi så over at brukerutvalgene har engasjert seg i en rekke spørsmål rundt helsetjenesten som er særlig aktuelle for mennesker med (lang)varige og sammensatte behov som skal leve med sine helseproblemer, ikke behandles frisk av dem. Sakene dreide seg om habilitering, rehabilitering, psykiatri, eldreomsorg, samordningen mellom tjenester og på tvers av nivåer, pasientopplæring, informasjon og kommunikasjon. Vi så videre at en rekke av de problemene brukerinformantene så ved pasientbehandlingen, dreide seg om organiseringen av behandlingen, samordningen og måten å møte pasientene på. Det er perspektiver på helsetjenesten sett fra ståstedet til mennesker med sammensatte problemer og en (lang)varig relasjon til mange deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. De brukerstemmene som har blitt hørt gjennom brukerutvalg, er kronikere, funksjonshemmede, eldre, kreftpasienter, mennesker med psykiske problemer og etter hvert også mennesker med rusproblemer.

Brucherutvalg er ikke det eneste incentiv helseforetak har hatt til å prioritere helsetjenestens brukergrupper med langvarige og sammensatte problemer. Foretaksreformen skulle, i følge proposisjonen styrke helsepolitiske mål om blant annet ”å prioritere pasienter i tråd med de retningslinjer som nasjonalt trekkes opp”, det vil si, i følge proposisjonen, kreftomsorgen og psykiatrien, det infeksjonsforebyggende arbeidet, tilbudet for eldre og pasienter med kroniske lidelser.

Det er derfor nødvendig, peker proposisjonen på, å styrke rehabiliteringstilbudene, godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, spesielt pleie- og omsorgstjenesten, rask utskriving etter sykehusbehandling, med god oppfølging av pasienten i nærmiljøet, kompetanseoverføring fra spesialist til allmennlege, forebyggende arbeid, og tidlige tiltak i forhold til astma, kroniske lidelser og psykiske lidelser blir viktigere for å demme opp for det økende behov. Proposisjonen beskriver altså et behov for helsepolitisk omfordeling, for endret ressursfordeling mellom oppgaver og funksjoner. Avhengig av ressurstilgangen kan omfordeling også bety nedbygging.

Omstrukturerings- og funksjonsfordeling har vært en helsepolitisk ambisjon fra innføringen av rammefinansiering for helsetjenesten i 1980 (foreslått i 1975) der hensikten var at stramme økonomiske rammer skulle presse fram effektivisering på strukturplanet i form av nedleggelse av sykehus og oppgaver og flytting av oppgaver mellom sykehusene (Berg, 2006). Samordning for økt ressursutnyttelse var også et sentralt mål bak helseforetaksreformen. Reformen er bygget på en forståelse av at geografiske, fylkesvise forskjeller i

behandlingstilbud verken var i samsvar med mål om likeverdige tjenester, eller med god ressursutnyttelse eller med kvalitet på den medisinske behandlingen. Tenkningen var, for å si det med evalueringsrapporten: ”Når alle skal gjøre alt, så blir ingen gode, og tjenestene blir uforholdsmessig dyre.” (Opedal og Stigen, 2005:36). Svaret blir mer effektiv *arbeids- og funksjonsfordeling* mellom sykehusene.

Når brukerutvalgene har fått den sammensetning de har, med brukerrepresentanter nettopp fra de prioriterte pasientgruppene, så kan brukerutvalg sees på ikke bare som et middel til å styrke brukernes innflytelse, men også som et middel til å styrke *bestemte brukergruppers* innflytelse og dermed bidra til helsepolitisk omfordeling og underbygge nasjonale prioriteringer om hvilke pasientgrupper som skal få styrket behandlingstilbud.

Der informantene forteller at slik omfordeling likevel ikke har skjedd, vises det til andre av foretaksreformens politiske målsettinger, da først og fremst målsettingen om kostnadskontroll, som har ført til at ingen felt får økte ressurser, men at all prioritering handler om hvem som skal skjermes for nedskjæringer. Når ny virksomhet skal bygges opp, uten ny ressurstilførsel, må helseforetak legge om på virksomheten i forhold til hvilke innsatsområder som prioriteres. Dette vil kunne innebære at etablert virksomhet må nedbygges

Mens distriktpolitiske hensyn tidligere har dominert, og omstrukturering tidligere har vært vanskelig, har helseforetak gjennom brukerutvalgene, i hvert fall en del steder, fått støttespillere i omstrukturingsprosessene. Brukerutvalgene i flere helseforetak har vurdert at brukerhensynene er tjent med omstrukturering. Eksistensen av brukerutvalg har betydd at det har vært et organ til stede i prosessen med definert oppgave å tale på vegne av brukerne. Brukerutvalgene er blitt utfordret på sin legitimitet som talerør for brukerne. Det har vært stilt spørsmål ved om det er brukerne eller foretaksledelsen de er talerør for. Likevel, det at brukerutvalg finnes og uttaler seg på brukernes vegne, har gjort det vanskeligere for andre å innta denne plassen i debatten. Det har vært vanskelig å argumentere for at et standpunkt til beste for brukerne, hvis brukerorganet selv hevder noen annet. For å sitere en av brukerinformantene i omstruktureringseksempelet ovenfor:

”For mange er det litt kjelkete at vi har vært så tydelige på dette fokuset. Det er mange som kunne tenke seg å bruke pasientene som støtte. Når da brukerutvalget tar den arenaen, så har det falt i dårlig jord.”

8.4 Konklusjon

I denne rapporten har jeg argumentert for at et viktig resultat av brukermedvirkningsreformen er at helsetjenestens storbrukere har fått et talerør inn i helseforetakene. Jeg har også pekt på at de pasientinteressene som er representert, de kroniske syke, funksjonshemmede og mennesker med sammensatte helseproblemer, kan bety en drivkraft i retning av omfordeling av spesialisthelsetjenestens ressurser.

Undersøkelsen har videre vist at både brukerinformanter og helseforetaksinformanter oppfattet at med brukerutvalg fikk helseforetakene tilført et alternativt perspektiv og en kunnskap helsetjenesten bare kan få tilgang til via brukerne. Det er da naturlig å stille spørsmålene om hvordan og i hvor stor grad brukerutvalgene har representert et alternativt perspektiv, og hva slags konsekvenser dette har hatt, eller kan få for helseforetakenes virksomhet og helsetjenesten.

Jeg har pekt på at brukerutvalgene nettopp har hatt det jeg har kalt et ”kroniker-perspektiv” på helsetjenestene som ikke minst innebærer at behandling (og rehabilitering) må betraktes som en prosess som må organiseres – en samhandlingsprosess mellom behandler og pasient, og ofte også pårørende, en behandlingsprosess som involverer flere instanser, og et livsløp der brukerne skal mestre livet med helseplagene. Så langt har imidlertid brukerutvalgenes kobling til helseforetakenes kliniske virksomhet vært svak, og der er vanskelig å se at de har hatt innflytelse på denne.

Jeg har også pekt på at brukerutvalgene fordi de har vektlagt kvalitet og samordnet tjenestetilbud, har gitt en viss støtte til omstrukturingsforsøk som har betydd samlokalisering av ulike tjenestetilbud, og til en viss grad dermed også sentralisering.

Jeg har vist at i flere av helseforetakene i denne undersøkelsen har helseforetaksledelsen opplevd brukerutvalgene som støttespillere, dels i økonomiske spørsmål og overfor overordnede helsemyndigheter og dels i omstrukturingsprosjekt og overfor lokal motstand. Jeg har stilt spørsmål om dette kan forstås som at brukerutvalgene er utsatt for modellmakt, og pekt på at det (også) har sin bakgrunn i at det er et visst sammenfall i interesser mellom de helsepolitiske prioriteringer som helseforetaksledelsene skal iverksette, og de brukerinteressene som er representert i utvalgene: I brukerutvalg er det representert brukerinteresser som ønsker reformer i helsetjenesten, både i struktur, ressursfordeling og i organisering og utformingen av behandlingen. De helsepolitiske prioriteringene går i retning av styrking av de tjenestetilbudene som brukerutvalgene ønsker å prioritere. Brukervurderingene leder til samme konklusjoner som ledelsesvurderingene.

En endringsorientert ledelse kan altså finne støtte i sine brukerutvalg. Det er mulig å se for seg allianser mellom administrativ ledelse og brukerutvalg overfor helsetjenesten medikrati for å reformere helsetjenesten internt, og allianser mellom helseforetakenes ledelse for å omstrukturere helsetjenesten ressursfordeling, både geografisk og når det gjelder typer tjenester.

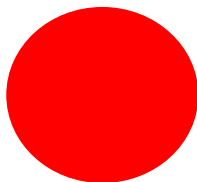
I den grad brukerutvalgene får innflytelse, kan det gå i retning av å styrke vekten på tjenester til mennesker med varige og sammensatte helseproblemer.



LITTERATURLISTE

- Alm Andreassen, T. (1998) "Hva kjennetegner de gode "medvirkerne"?", i A. B. Hovind (red.) *Brukermedvirkning i kommunene. Prosjektrapport. Et prosjekt under Regjeringens Handlingplan for funksjonshemmede 1994-97*, s. 110-113. Oslo: Rådet for funksjonshemmede, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norges Handikapforbund, Kommunenes Sentralforbund.
- Alm Andreassen, T. (2001) *Å ivareta underrepresenterte hensyn. Eldreråd og råd for funksjonshemmede i kommuner og fylker*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Alm Andreassen, T. (2004) *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. Dr.polit.avhandling ved Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Alm Andreassen, T. (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Alm Andreassen, T. og Binder, T. (1994): *Brukermedvirkning - redskap for kvalitet og deltakelse i kommunene. Erfaringer fra tre prosjekter om kommunale råd for funksjonshemmede*, Norges byggforskningsinstitutt, Rådet for funksjonshemmede, Oslo.
- Alm Andreassen, T. og Lie, T. (2007) 'Helseforetaksreformen - en brukermedvirkningsreform? Iverksetting og resultater av brukerutvalg i helseforetak' *Evaluering av sykehusreformen. Sluttrapport*. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Berg, O. (2006) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeförening.
- Bråten, S. (1973) 'Model Monopoly and Communication: System Theoretical Notes on Democratization', *Acta Sociologica* 16: 98-107.
- Bråten, S. (1982) 'Datateknologi, dialog og modellmakt', *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*(4): 135-141.
- Guldvik, I. (2000) *Blant de få utvalgte? Økt deltakelse i lokalpolitikk fra barn, unge, innvandrere og kvinner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Holte, K. A. og Lie, T. (2004) *Evaluering av regionalt brukerutvalg i Helse Vest RHF*. Stavanger: Rogalandforskning.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitative forskningsintervju*. Lund: Studentlitteratur.
- Lie, T. (2007) *Brukerrepresentasjon i helseforetakene*. Stavanger: IRIS International Research Institute of Stavanger.
- Nordahl, B. og Carlsen, Y. (1999) *Lokale utvalg og deltakerdemokrati. Evaluering av SAM-programmets forsøk med formalisert samarbeid mellom kommune og innbyggere*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning og Norges byggforskningsinstitutt.
- Opedal, S. og Stigen, I. M. (2005): *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005: Samarbeidsrapport*, NIBR, Rogalandforskning, Nordlandforskning, Oslo.
- Patton, M. Q. (1997) *Utilization-focused evaluation : the new century text*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Patton, M. Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks. London. New Dehli: Sage Publications.
- Rogers, P. J., Hacsı, T. A., Petrosino, A. og Huebner, T. A. (2000): *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities*. New Directions for Evaluation, Jossey-Bass, San Francisco.

Weiss, C. H. (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.



Arbeidsforskningsinstituttet

OM AFI:

AFI er et tverrfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt. Instituttet skal medvirke til verdiskapning, god tjenesteyting og godt arbeidsmiljø og styrke betingelsene for læring, medvirkning og omstilling i offentlig og privat sektor. Instituttet legger vekt på forsknings- og utviklingsarbeid i samarbeid med brukerne.

HVORDAN SKAFFE MER INFORMASJON?

Instituttet utgir:

AFIs skriftserie: Teoretiske og metodiske bidrag. Serien henvender seg til forskere og brukere.

AFIs rapportserie: Rapporter fra oppdragsprosjekter

AFIs notatserie: Underveisrapporter, mindre prosjektrapporter, artikler som har krav på offentlig tilgjengelighet.

AFIs serie for hovedfagsoppgaver:

Hovedfagsoppgaver knyttet til instituttets forskning.

Publikasjoner kan bestilles via AFIs hjemmeside på Internett eller direkte fra instituttet.

Postboks 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensbergg. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
Nettadresse: www.afi-wri.no