

*I participate
you participate
he participates
we participate
you participate ...
they profit.*

Brukermedvirkning

i helse- og omsorgssektoren

HEIDI HAUKELIEN, GEIR MØLLER OG HALVARD VIKÉ

TF-rapport nr. 284

2011



TF-rapport

Tittel:	Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektor
TF-rapprt nr:	284
Forfatter(e):	Heidi Haukelien, Geir Møller, Halvard Vike
År:	2011
Gradering:	Åpen
Antall sider:	128
ISBN:	978-82-7401-430-5
ISSN:	1501-9918
Pris:	240,-
	Kan også lastes ned som pdf fra telemarksforsking.no

Prosjekt:	Brukermedvirkning i kommunal helse- og omsorgssektor
Prosjektnr.:	20090950
Prosjektleder:	Geir Møller
Oppdragsgiver(e):	KS

Resyme:

Denne rapporten omhandler brukermedvirkning i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Rapporten inneholder en teoretisk gjennomgang av begrepet brukermedvirkning, en litteraturgjennomgang om brukermedvirkning, statistiske analyser av betydningen av å ha systemer for brukermedvirkning i kommunene samt en kvalitativ analyse av brukermedvirkning på system- og individnivå.

Forord

Denne rapporten omhandler brukervedvirkning i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Rapporten inneholder en teoretisk gjennomgang av begrepet brukervedvirkning, en litteraturgjennomgang om brukervedvirkning, statistiske analyser av betydningen av å ha systemer for brukervedvirkning i kommunene samt en kvalitativ analyse av brukervedvirkning på system- og individnivå. Rapporten er skrevet på oppdrag for Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) med Kari Hesselberg som kontaktperson. I tillegg til Kari har flere medarbeidere i KS bidratt med gode innspill og konstruktiv kritikk til rapporten.

I forbindelse med dette prosjektet er det også utarbeidet et eget diskusjonshefte med historier om brukervedvirkning fra kommunal helse- og omsorgssektor. Formålet med heftet har vært å skape diskusjon og refleksjon rundt hvordan brukervedvirkning kan realiseres i praksis.

Bø, 29.3.2010

Geir Møller

Prosjektleder

Innhold

1. Innledning	15
2. Begreper og problemstillinger	17
2.1 Begrepsbruk	17
2.2 Kategorisering av brukermedvirkning.....	21
2.3 Ulike virkemidler for å fremme brukermedvirkning.....	23
2.3.1 Brukerorienterte institusjonelle virkemidler	25
2.3.2 Brukerorienterte individuelle virkemidler	26
2.3.3 Forvaltningsbaserte virkemidler	27
2.4 Argumentene for brukermedvirkning	27
2.5 Kritikken mot brukermedvirkning.....	29
2.6 Etikk og etiske problemstillinger	29
2.7 Problemstillinger	31
3. Litteraturgjennomgang	33
3.1 Brukermedvirkning på systemnivå.....	33
3.1.1 Utbredelse av systemer for brukermedvirkning.....	33
3.1.2 Andre studier av brukermedvirkning på systemnivå	34
3.1.3 Driftsstyrer i skolesektoren.....	36
3.1.4 Brukerundersøkelser.....	37
3.2 Individbasert brukermedvirkning	39
3.2.1 Brukermedvirkning på tjenestenivå	39
3.2.2 Ansvarsgrupper	42
3.2.3 Individuell plan	43
3.2.4 Myndiggjøring og ansvarliggjøring.....	44
3.2.5 Bruker spør bruker	45

3.3	Fritt brukervalg	48
3.3.1	Omfanget av fritt brukervalg.....	48
3.3.2	Erfaringer med fritt brukervalg	50
3.3.3	Erfaringer fra andre Nordiske land	51
3.4	Brukerstyrt personlig assistanse BPA	55
3.5	Virkninger/effekter	59
3.6	Oppsummering.....	62
4.	Kvantitative undersøkelser.....	65
4.1	Omfanget av institusjonelle virkemidler	65
4.1.1	Serviceerklæringer og brukergarantier	65
4.1.2	Driftsstyrer, utvalg og råd	66
4.1.3	Fritt brukervalg	67
4.2	Skaper brukermedvirkning press på tjenestetilbudet?	67
4.2.1	Brukermedvirkning og kostnadsnivå	69
4.2.2	Brukermedvirkning og kostnadsutvikling	70
4.2.3	Brukermedvirkning og produktivitet	71
4.3	Brukermedvirkning og brukertilfredshet.....	72
4.3.1	Datagrunnlaget	73
4.3.2	Har systemer for brukermedvirkning betydning for innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten?	74
4.3.3	Har systemer for brukermedvirkning betydning for innbyggernes opplevelse av brukertilfredshet.....	74
4.4	Brukermedvirkning og brukertilfredshet (del 2).....	75
4.4.1	Datagrunnlaget	75
4.4.2	Brukere av hjemmetjenesten	76
4.4.3	Pårørende til institusjonsboere	77
4.5	Oppsummering og diskusjon	78

5. Kvalitative undersøkelser	81
5.1 Innledning	81
5.2 Brukermedvirkning innen eldreomsorgen	81
5.2.1 Hva er brukermedvirkning?	81
5.2.2 Hva vil brukerne?	83
5.2.3 Hvordan ivaretas brukermedvirkning?	86
5.3 Nettverksarbeid i psykisk helsevern	92
5.4 Brukermedvirkning på systemnivå	95
5.4.1 ”Funkisrådet”	96
5.4.2 Brukerråd på enhetsnivå (hjemmetjenesten)	101
5.4.3 Råd på avdelingsnivå	104
5.4.4 Råd på sykehjem	106
5.5 Oppsummering	110
6. Diskusjon	113
7. Litteraturliste	119
8. Vedlegg	127

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg brukermedvirkning innen kommunal helse- og omsorgssektor. De overordnede problemstillingene kan deles inn i fire. For det første stiller vi spørsmål om hva brukermedvirkning er og hva som begrunner at brukerne skal ha økt innflytelse på utformingen av offentlig tjenesteproduksjon. For det andre stiller vi spørsmål om hvordan brukermedvirkning arter seg i praksis innen helse- og omsorgssektoren. For det tredje har vi hatt ambisjoner om å undersøke hvorvidt brukermedvirkning har betydning på utformingen av tjenestene og i tillegg hva slags. Til slutt tar vi også opp spørsmålet om hvordan brukermedvirkning kan realiseres i praksis. Det siste spørsmålet har bakgrunn i forventningene til at brukerne i fremtiden vil stille større krav til det å ha innflytelse på eget hjelpetilbud.

Rapporten baserer seg både på litteratur om brukermedvirkning og innsamling av egne data fra et utvalg case-kommuner. I forbindelse med rapporten er det også utarbeidet et debatthefte med historier om brukermedvirkning i kommunal helse- og omsorgssektor. Hftet inneholder ulike historier om hvordan brukermedvirkning utøves i praksis, hva slags utfordringer brukermedvirkning kan representere og hvordan det er mulig å gjøre brukermedvirkning reell.

Litteraturen om brukermedvirkning viser at begrepet i praksis rommer svært mange ulike former for medvirkning, alt fra brukerdeltakelse i kommunale råd til det at brukerne gir uttrykk for ønsker og behov i det daglige stellet på et sykehjem. I et forsøk på å systematisere dette mangfoldet, har vi klassifisert de ulike formene for brukermedvirkning i tre grupper: institusjonelle ordninger, individuelle brukerretnede ordninger og forvaltningsorienterte ordninger. Institusjonelle ordninger innebærer at brukerne medvirker gjennom organer som brukerråd, brukerutvalg, høringsrunder, brukermøter etc. Individuelle brukerretnede ordninger dreier seg om at brukerne gis muligheter for å gjøre selvstendige valg. Dette innbefatter bl.a. ordninger som fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse. Forvaltningsorienterte ordninger handler om at forvaltningen utformer tjenestene i henhold til brukernes beste.

Utbredelsen av ulike ordninger for brukermedvirkning varierer mye mellom norske kommuner. Mens noen kommuner har rapportert om at de har innført relativt

mange ulike ordninger, er det mindre utbredt i andre kommuner. Samtidig er det slik at noen ordninger er mer vanlig enn andre. I 2008 hadde for eksempel vel halvparten av norske kommuner innført serviceerklæringer i pleie- og omsorgssektoren, mens bare en håndfull kommuner hadde ordninger med fritt brukervalg. Samtidig er det slik at brukermedvirkning primært foregår i form av individuell tilpasning i de daglige relasjonene mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, en form for brukermedvirkning som ikke fanges opp i brede kartleggingsundersøkelser.

Undersøkelser om brukerråd peker på noen gjennomgående utfordringer i forhold til deltakelse og representativitet samt på utfordringer i forhold til rådernes innflytelse. Det er bl.a. vanskelig å rekruttere representanter, og disse kan ha en tendens til å representere seg selv mer enn å være representant for en bredere gruppe brukere. Spørsmålet om hvilken innflytelse rådene skal ha er også ofte uavklart.

I vår egen undersøkelse fremgår det at brukerrådene har varierende innflytelse, noe som bl.a. avhenger av hvor integrert rådet er i kommunens øvrige beslutningssystem. Samtidig finner vi at rådene i varierende grad er opptatt av utformingen og kvaliteten på tjenestene. Anbefalingene både på bakgrunn av litteraturgjennomgangen og vår egen undersøkelse, er at medlemmene i denne typen råd eller utvalg bør være representative, at medlemmene selv setter dagsorden, at rådet og medlemmenes rolle avklares i forhold til det tradisjonelle kommunale styringssystemet, og at det er nødvendig med opplæring av rådsmedlemmene om brukerrådernes funksjon og virkemåte.

Tidligere utredninger om hvordan kommunene anvender brukerundersøkelser peker bl.a. på at slike undersøkelser i liten grad blir benyttet som grunnlag for å endre tjenestene. Med bakgrunn i eksempler fra vår egen undersøkelse, kan vi også stille spørsmål ved hvor godt slike undersøkelser faktisk gjengir brukernes interesser, ønsker og behov.

Det er sparsomt med undersøkelser som viser hvordan brukermedvirkning faktisk foregår på individnivå. Et unntak er ordningen med fritt brukervalg. Erfaringene med fritt brukervalg viser at det er relativt få brukere som benytter seg av muligheten til å velge en annen tjenestetilbyder (rundt 10 %). Norske undersøkelser har imidlertid vist at innføringen av fritt brukervalg har en positiv virkning på brukernes tilfredshet. Undersøkelser fra Sverige og Danmark kan derimot ikke vise til tilsvarende entydige positive resultater. Derimot ser det ut til at brukere av ordningen

med brukerstyrt personlig assistanse gjennomgående i alle de skandinaviske landene, er godt fornøyd med denne ordningen.

En gjennomgang av forskning om brukermedvirkning fra internasjonale tidsskrifter, viser at denne i all hovedsak omhandler studier som ser på effekter av å gi brukere bedre eller mer informasjon om tjenestene. Resultatene viser ingen entydige effekter. Det betyr at mens noen undersøkelser finner at informasjon til brukerne har positive effekter på brukernes medvirkning eller evne til å ta i bruk tjenestene, er effektene små eller fraværende i andre. En av undersøkelsene peker imidlertid på at brukermedvirkning ikke nødvendigvis fremmes gjennom enkeltstående informasjonstiltak slik de øvrige studiene tar utgangspunkt i, men skapes gjennom en lengre læringsprosess både hos tjenestemottaker og tjenesteyter. Undersøkelsen peker dermed på at effektstudiene ikke fanger opp alle relevante sider ved brukermedvirkning.

I våre egne undersøkelser av kommunenes bruk av systemer for brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren, har vi også sett på effektene av slike systemer på kostnadene og kvaliteten innenfor helse- og omsorgssektoren. Kvalitet er her målt i form av brukertilfredshet. Resultatene av undersøkelsen viser at bruk av slike virkemidler har lite eller ingen effekt på kostnadene og kvaliteten ved tjenestene. I det minste kan vi si at resultatene ikke er entydige. Samtidig fanger ikke disse ordningene opp all form for brukermedvirkning som foregår i sektoren. Med andre ord kan resultatene også her være en konsekvens av at målene vi har på brukermedvirkning – nærmere bestemt ulike institusjonelle ordninger – ikke nødvendigvis fanger opp de mest relevante formene for brukermedvirkning.

De nevnte undersøkelsene – både fra den internasjonale litteraturen og våre egne undersøkelser – peker på at det kan være vanskelig å identifisere eller måle brukermedvirkning i hele sin bredde. I en kvalitativ undersøkelse fra 9 case-kommuner har vi derfor også undersøkt nærmere hvordan brukermedvirkning arter seg både på individnivå i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Et hovedinntrykk er at brukermedvirkning på individnivå i stor grad dreier seg om å brukerrete tjenestene i tråd med det som tjenesteutøverne antar er brukernes ønsker og behov fordi, en stor del av brukerne har begrenset eller mangler evne til å gi verbalt uttrykk for sine ønsker og behov.

I det daglige dreier brukermedvirkning seg langt på vei om å forsøke å forstå brukerne, sette seg inn i brukernes behov og så langt det lar seg gjøre, innrette tjenestene deretter. I noen tilfeller – når brukerne ikke har et verbalt språk – dreier brukermedvirkning seg om å tolke og forstå brukerne på andre måter. I andre tilfeller – når brukernes ønsker eller behov støter mot andre hensyn – dreier brukermedvirkning seg om å trekke grenser mellom brukernes behov på den ene siden, og hva som er praktisk eller etisk forsvarlig på den andre. Disse grensene for brukerens frihet eller autonomi bestemmes av forhold som tid og ressurser, men også av ulike dilemmaer som oppstår i hverdagen. Dette kan for eksempel være hensynet til brukerens ønsker på den ene siden, og brukerens egen helse på den andre. Eller det kan dreie seg om å balansere hensynet til den enkelte brukers interesse mot enten pleieens eller andre pasienters interesser og behov.

For det første kan vi derfor si at det er når brukerne ikke har et språk eller når det settes grenser for brukerens vilje og frihet, at spørsmålet om medvirkning blir aktuelt og vanskelig. For det andre innebærer det at brukermedvirkning blir situasjonsbestemt. Med dette menes at i noen tilfeller kan brukerens frie vilje og ønsker komme til uttrykk og i andre tilfeller begrenses den. Denne grensesettingen fungerer i praksis slik at tjenesteyterne benytter seg av ulike former for overtalelser og andre metoder for å få brukerne til å handle i tråd med deres ønsker. Inntrykket er likevel at man strekker seg langt før disse grensene trekkes. Samtidig kan man ved hjelp av ulike metoder også skape rom for å gi brukerne økt frihet og autonomi. Erfaring viser også at det å ha åpenhet omkring spørsmål om grensesetting og metodebruk – og ikke minst ha arenaer for diskusjoner om dette – er viktig med hensyn til å ivareta denne formen for brukerretting på en etisk forsvarlig måte.

Det finnes også eksempler på mer systematisk metodearbeid for å fremme brukermedvirkning. Et eksempel på dette er nettverkssamarbeid i psykisk helsevern, hvor intensjonen er å inkludere brukeren og hans/hennes nettverk som en ressurs i arbeidet mot bedre psykisk helse.

I avslutningskapitlet forsøker vi å svare på noen sentrale spørsmål om brukermedvirkning. Ett av disse spørsmålene er om vi kan snakke om reell brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren eller om det bærer preg av å være virkemidler uten reell betydning. Det er vanskelig å gi noe entydig svar på dette spørsmålet, ikke minst fordi brukermedvirkning er svært mangfoldig og rommer mange ulike perspektiver og virkemidler. Som rapporten viser, er det en viss utbredelse av *systemer* for

brukermedvirkning, men disse garanterer ikke nødvendigvis reell brukermedvirkning. Brukermedvirkning på *individnivå* bærer på sin side mer preg av brukerretting enn brukermedvirkning, dvs. at det er tjenesteyterne som forsøker å tilpasse tjenestene ved å tolke og forstå brukerne. Samtidig skal vi ikke undervurdere betydningen av denne formen for brukermedvirkning, dels fordi det kanskje ikke finnes noen gode alternativer og dels fordi det stiller store krav til tjenesteyterens evne til innlevelse, erfaring og kompetanse.

Et annet spørsmål er om brukermedvirkning bidrar til at tjenestene blir mer *kostnadseffektive* i den forstand at det bidrar til en mer optimal prioritering eller til at tjenestene utføres på en bedre måte. Verken litteraturgjennomgangen eller våre egne empiriske undersøkelser gir grunnlag for å konkludere i den retningen. I undersøkelsene som testet sammenhengen mellom kommunenes bruk av systemer for brukermedvirkning og kostnadsnivå-/utvikling, fant vi ikke noe som tydet på dette.

Et tredje spørsmål er om brukermedvirkning kan bidra til å skape *økt oppslutning* om tjenestene eller om brukermedvirkning heller fører til *økte eller urealistiske forventninger*. Også her blir svaret noe tvetydig. På den ene siden har vi sett at ulike former for brukermedvirkning kan ha en positiv betydning for brukertilfredsheten. Dette gjelder bl.a. BPA og fritt brukervalg. På den andre siden er det lite i våre kvantitative undersøkelser som tyder på at kommunenes bruk av systemer for brukermedvirkning har noen entydig positiv betydning for brukertilfredsheten. Samtidig er det også slik at disse undersøkelsene ikke nødvendigvis fanger opp alle former for brukermedvirkning ute i kommunene, spesielt det vi har omtalt som individuell brukerretting av tjenestene.

Et fjerde spørsmål er hvordan brukermedvirkning kan praktiseres i forhold til pasientgrupper som ikke har *evner eller forutsetninger til å ta beslutninger* på egne vegne. Innenfor eldreomsorgen finner vi at store grupper faller inn under denne kategorien, spesielt blant de demente. Både litteraturgjennomgangen og våre egne kvalitative undersøkelser har vist at slike situasjoner håndteres ved hjelp av det vi har kalt brukerretting. På den ene siden innebærer dette en form for brukermedvirkning som består i å tolke og forstå brukerne. På den andre siden innebærer det også, i spesielle situasjoner, å bruke overtalelser og andre metoder, men da som et alternativ til tvang eller til at pasienten skader seg.

Et femte spørsmål er om overføring av makt og myndighet til brukerne, kan bidra til *ansvarsfraskrivelse* og til å legitimere en mer passiv rolle hos de med ansvar for tjenestene? Verken litteraturgjennomgangen eller våre egne undersøkelser tyder på at dette er tilfellet. Det nærmeste vi kommer dette aspektet er knyttet til dilemmaet som ofte oppstår mellom ulike former for brukermidvirkning, nemlig det å være lydhør for brukernes ønsker og hjelp til selvhjelp. Flere peker på at det i en hektisk hverdag kan oppstå situasjoner der man står overfor valget mellom å hjelpe brukerne og å legge til rette for at brukerne skal mestre, dvs. hjelpe seg selv. I slike tilfeller er det ikke uvanlig at man av tidsnød faller ned på det første alternativet, selv om man ideelt sett ønsker å velge det siste.

I avslutningskapitlet diskuteres hva brukermidvirkning innebærer innenfor en norsk eller nordiske velferdsmodellen. Her pekes det på at brukerperspektivet har vært forankret i ambisjonene om at brukerne ”skal ha et ord med i laget”. Dette for å tilføre et element av gjensidighet og korreksjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og modifisere eller overvinne tap av mottakerens verdighet. Samtidig er det viktig å ha i minne at det viktigste grunnlaget for brukermakten ligger i den norske velferdsmodellens universalisme, dvs. den makt hver enkelt borger har gjennom sin juridiske rett til ulike typer velferdsgoder. I rapporten pekes det derfor på at brukermidvirkning må forstås i lys av den norske og nordiske modellen. Ambisjonene om økt brukermidvirkning vil her kunne få sine særegne uttrykk, bl.a. i form av krav om økt tilgjengelighet eller mer fleksible tjenester. Det har igjen utspring i at det skapes større forventinger til tjenestene enn det tjenestene kan innfri. I rapporten pekes det på at dette forventingsgapet skyldes misforholdet mellom det som staten lover gjennom sine garantier og den kommunale yteevnen. Brukermidvirkning i den norske modellen kan derfor ikke utelukkende forstås som individuelle relasjoner mellom den enkelte tjenesteyter og tjenestemottaker, men må vel så mye forstås i lys av de finansielle og organisatoriske rammene som ligger til grunn for å oppfylle de lover og garantier norske kommuner er styrt av. Til slutt pekes det samtidig på at mulighetene for å realisere reell medvirkning er relativt stor innenfor den rettighetsbaserte og universalistiske norske modellen.

1. Innledning

Denne rapporten omhandler brukermedvirkning innen kommunal helse- og omsorgssektor. Et hovedspørsmål vi ønsker å belyse i rapporten er hva brukermedvirkning innebærer innenfor denne sektoren. Et annet viktig spørsmål vi tar opp er hvordan brukermedvirkning kan realiseres. Det siste spørsmålet har bakgrunn i forventninger til at befolkningen i fremtiden vil komme til å stille større krav til innflytelse på eget hjelpetilbud enn tilfellet er med dagens brukere av helse- og omsorgstjenester. Undersøkelser har også vist at individuell innflytelse på tjenestene er viktig for den enkeltes opplevelse av tjenestekvalitet. Samtidig viser Huseby og Paulsen (2009) at muligheter for innflytelse på eget pleie- og omsorgstilbud er et område hvor brukerne er mindre fornøyde enn på andre områder.

Rapporten baserer seg dels på litteratur om brukermedvirkning, dels på innhenting av kvalitative erfaringer i et utvalg kommuner og dels på kvantitative analyser av hvilken betydning brukermedvirkning har på brukertilfredsheten og prioriteringer i kommunene. I kapittel 2 skisseres noen overordnede problemstillinger omkring brukermedvirkning. I kapittel 3 gir vi et innblikk i litteraturen i forhold til hva denne forteller om brukermedvirkning. I kapittel 4 presenteres en kvantitativ analyse der vi tester ut noen påstander om hvilken betydning brukermedvirkning har i forhold til brukertilfredshet og prioriteringer. I kapittel 5 presenteres resultatene fra et utvalg case-undersøkelser. I siste kapittel oppsummerer vi rapporten og diskuterer sentrale problemstillinger omkring brukermedvirkning.

Denne rapporten danner også grunnlag for utvikling av et debattopplegg om brukermedvirkning i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Med utgangspunkt i intervjuer med ulike deler av tjenesten, presenteres her historier om hvordan brukermedvirkning arter seg, hva slags utfordringer brukermedvirkning kan representere og hvordan det er mulig å gjøre brukermedvirkning reell. Debattopplegget er utgitt i en egen publikasjon utgitt av KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon).

2. Begreper og problemstillinger

I dette kapitlet har vi innledningsvis redegjort for ulike typer begreper som omhandler forholdet mellom tjenesteapparat og bruker. Videre har vi presentert noen former for kategorisering av brukermedvirkning. Dernest har vi med bakgrunn i argumentene for og kritikken mot brukermedvirkning, utdypet relevante problemstillinger vi vil berøre senere i rapporten. I den sammenheng tar vi også opp spørsmålet om implementering av brukermedvirkning samt spørsmål om etikk.

2.1 Begrepsbruk

Det finnes en rekke ulike begreper som omhandler forholdet mellom bruker og tjenesteapparat, og som har til formål å beskrive en maktforskyvning fra tjenesteapparatet til bruker. I denne sammenhengen har vi sett nærmere på definisjonen og bruken av begrepet brukermedvirkning. Samtidig ser vi dette begrepet i relasjon til andre begreper som brukerstyring, brukerretting og myndiggjøring (empowerment).

Brukermedvirkning

På Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside står det følgende om brukermedvirkning:

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Her betraktes med andre ord brukermedvirkning som det å få økt innflytelse. Samtidig ligger det forventinger om at denne innflytelsen skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene, og at dette skal skje uten at behandler fratras sitt faglige ansvar. Dette må således forstås som at det er en grense for hvor langt brukernes innflytelse skal

gå, gitt at maktfordelingen er et nullsumspill. Alternativt kan det forstås som at makten er dynamisk og at brukernes makt kan øke uten at det går ut over den fagansvarliges ansvar. Brukerens makt kan således økes uten at det nødvendigvis går ut over den fagansvarliges makt. I noen tilfeller berører ikke maktsfærene hverandre, i noen tilfeller kolliderer de og atter i noen tilfeller styrker de hverandre.

En liknende definisjon finner vi i rapporten ”Brukermedvirning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse” (Sosial- og helsedirektoratet). Her står det at:

Brukermedvirning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp ... kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver.”

Denne definisjonen omfatter både en innholdskomponent og en metodekomponent. Innholdskomponenten blir her bruk av brukerens erfaringskunnskap, mens metodekomponenten blir bruk av dialog/samspill. Dette må forstås dit hen at erfaringskunnskapen skal balansere opp for ekspertkunnskapen, og at dette skal gjøres i en dialog mellom bruker og ekspert.

Definisjonene over sier at brukermidvirking er en rett, men ikke at det er en plikt brukeren har. I forhold til spørsmålet om rett og plikt, kan vi her trekke inn aktørmodellen som ble utviklet i tidligere Aetat og nå NAV. Aktørmodellen er også en medvirkningsmetode, men der medvirkning ikke først og fremst fremstår som en rett du har, men heller som en plikt. Dette innebærer at den enkelte bruker av tjenestene skal være en aktiv aktør i forhold til sitt eget utførelsesløp, i stedet for å bli en passiv mottaker av hjelp. Videre er grensdragningen mellom bruker og tjenesteapparatet tenkt slik at det er brukeren som skal være den aktive parten, for eksempel ved å foreslå aktuelle tiltak, mens hjelpeapparatets rolle er å veilede brukeren. Metoden bærer således preg av å være et pedagogisk redskap der målet er at brukeren skal forstå sin rolle som aktør, og at den bistanden som gis i hovedsak skal være hjelp til selvhjelp (Olsen m.fl. 2003).

Brukerstyring

Det er vanskelig å finne en entydig definisjon på brukerstyring, men ofte opptrer og sidestilles det med andre begreper som brukermidvirking og myndiggjøring (empowerment). I NOU 2001: 03 finner vi at det også defineres som institusjonelle ordninger hvor brukere gis representasjon:

”Brukerstyring kan forstås som en generell modell for organisering av offentlig sektor, der formelle brukerorgan gis makt og ansvar på institusjonsnivå.”

Definisjonen peker på at brukerstyring dreier seg om reell styringsmulighet, enten i form av institusjonelle ordninger eller på tjenestenivå. Begrepet vil derfor kunne overlape med brukermedvirkning. Men mens brukerstyring innbefatter elementer av reell innflytelse eller styringsmuligheter, er ikke dette nødvendigvis tilfelle når vi snakker om brukermedvirkning.

Brukerretting

Begrepet brukerretting omtales i en rapport fra tidligere Statskonsult (2002). Her defineres begrepet som ...

”Å brukerrete en virksomhet vil si å rette oppmerksomheten mot virksomhetens brukere og disses behov. Brukerretting innebærer at virksomhetens varer og/eller tjenester avspeiler brukernes samlede behov og at utformingen av dem forsøkes tilpasset den enkelte brukers individuelle ønske.”

Vi ser her at brukerretting dreier seg om at brukernes behov skal styre innretningen av tjenestetilbudet, men definisjonen sier ikke noe om hvem som skal definere behovene. I det minste gis det ikke eksplisitt uttrykk for at brukeren skal ha innflytelse over hva behovene er.

I en veileder utarbeidet av Fornyingsdepartementet og Difi (2009) finner vi også at de benytter begrepet brukerretting:

”Brukerretting har altså å gjøre med tilpassing av tjenester og/eller produkter, men også med styring/påvirkning av innbyggernes/ brukernes forventninger til og opplevelse av disse.”

Her vises det som over til at brukerretting dreier seg om å tilpasse tjenestene. Samtidig sies det også at det dreier seg om å styre eller påvirke forventningene og opplevelsen av disse. Dette kan tolkes i retning at brukerretting ikke bare handler om å tilpasse tilbudet til brukerne, men også å realitetsorientere brukerne i forhold til hva de kan forvente (for eksempel i form av en serviceerklæring).

Gjennomgående ser vi at brukerretting defineres som å innrette tjenestetilbudet i tråd med brukernes interesser, men uten at det sies noe om hvordan. Det involverer ikke nødvendigvis brukere heller. Kort sagt kan vi betrakte dette som at man ut-

former tilbudet på brukernes vegne, i motsetning til for eksempel forvaltningen eller dets medarbeideres beste.

Empowerment (myndiggjøring)

Rapaport (1981) beskriver empowerment som det ”å oppnå kontroll over eget liv i en sammenheng hvor en deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter en lever under.” I følge Kieffer (1984) har begrepet en todelt betydning i den forstand at det både sier noe om målet og veien mot målet. Målet er å tilegne seg kompetanse til å delta og påvirke. Veien er det å utvikle ferdigheter som skal til for å nå målene. En grunnleggende holdning synes å være at ethvert individ er i stand til å ivareta rollen som myndiggjort person bare forutsetningene er tilstede.

Begrepet empowerment er oversatt til norsk med begreper som myndiggjøring og egenkraftmobilisering. I følge Thesen og Malterud (2001) handler egenkraftmobilisering om:

”å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at pasienter skal bli friske og beholde helsen, og ofte for å motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking, som fra tid til annen videreføres i medisinsk praksis.”

Askheim (2007) skiller mellom følgende tre posisjoner innenfor empowermentlitteraturen: som etablering av motmakt, som en markedsorientert tilnærming og en terapeutisk posisjon. Empowerment som motmakt dreier seg om å styrke enkeltindivid og grupper for å endre den avmaktsituasjonen de befinner seg i. Et første steg i denne prosessen er bevisstgjøring av individet om de forhold som skaper undertrykking. Dette innebærer også at det implisitt hersker en uvitenhet blant de undertrykte, og for å komme ut av denne uvitenheten kreves opplæring, dialog og refleksjon. Det neste steget i prosessen er å bekjempe undertrykkingen enten individuelt eller kollektivt.

Den markedsorienterte formen for empowerment betrakter mennesket som et fritt og uavhengig individ, eller suveren konsument. Denne formen for empowerment tar dette for gitt, og retter heller fokuset mot de offentlige institusjoner som skal tilrettelegges slik at individet kan utfylle sin suverene konsumentrolle. Dette dreier seg ikke utelukkende om liberalisering i form av konkurranse, men også om at forvaltningen tilpasser tilbudet til den enkelte. Begrepet skreddersøm kan i så måte være

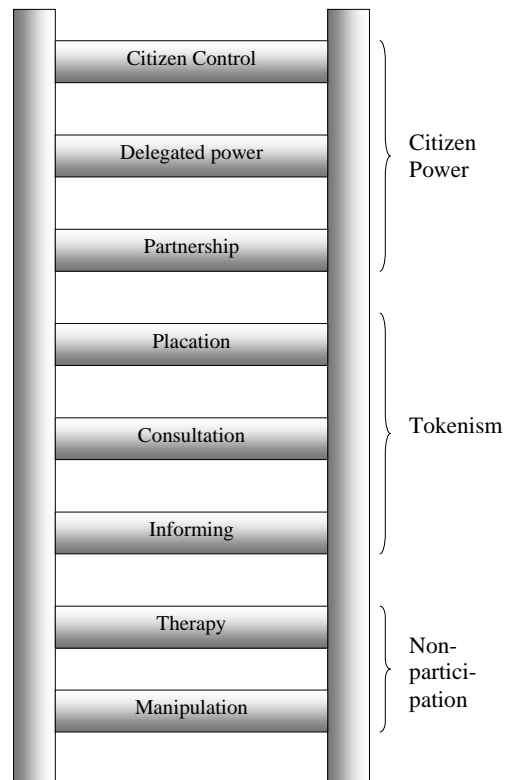
et illustrerende eksempel som ikke nødvendigvis innebærer konkurranse mellom tilbydere, men vel så mye at det offentlige tilpasser seg individuelle behov.

Den terapeutiske posisjonen må forstås som individuell styrking, dvs. at den er opptatt av å bygge opp den enkeltes kraft, men er ikke like opptatt av å endre maktforholdet. Empowerment kan her sidestilles med individuell selvrealisering eller styrking. Innenfor helse- og rehabilitering benyttes også begrepet mestring, hjelp til selvhjelp, pasientopplæring og lignende.

2.2 Kategorisering av brukermedvirkning

Definisjonene over antyder at vi kan kategorisere ulike typer medvirkning. En vanlig kategorisering er å skille mellom ulike nivåer. I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2001) skilles det mellom brukermedvirkning på tre nivå: individnivå, systemnivå og politisk nivå. På *individnivå* defineres brukermedvirkning som det å få innflytelse i forhold til et bestemt tjenestetilbud, dvs. medvirkning i forhold til valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Videre står det at brukermedvirkning ”også handler om at brukeren tar konkret ansvar for sine deler av arbeidet mot et bedre liv”. På *systemnivå* innebærer brukermedvirkning at brukeren ”inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål”. Dette må således forstås i retning av at deltakelsen skjer i form av representasjon og i forhold til beslutninger fattet innenfor tjenesteapparatet. Brukermedvirkning på *politisk nivå* defineres som involvering av brukergrupper og brukerorganisasjoner i politiske prosesser. Her nevnes også både representativ deltakelse og brukerkhøringer.

I litteraturen finner vi også forsøk på å gradere medvirkning. I en klassisk artikkel av Arnstein (1969) skiller det mellom 8 grader for deltakelse, omtalt som "A ladder of Citizen Participation". De to nedreste trinnene på denne stigen innebærer å delta uten samtidig å delegerer makt. Dette dreier seg dermed om tilsynelatende deltakelse gjennom manipulasjon og terapi. Det neste nivået på stigen dreier seg om symbolsk medvirkning. Her finner vi informasjon, konsultasjon og blidgjøring/ forsoning. Øverst i stigen finner vi tre reelle deltakelsesformer. Den første her er partnerskap, dernest delegert myndighet og til slutt borgerkontroll. Hovedpoenget her er at deltakelse kan ta mange former, og at det i ulik grad er snakk om reell innflytelse.



Krogstrup (1999) snakker også om ulike grader av medvirkning, men da med utgangspunkt i brukerens eiendomsrett over eget problem langs ulike faser i beslutningsprosessen. Dette innebærer om brukeren har rett til å kontrollere og definere følgende:

1. Bestemme om et problem eksisterer
2. Definere hva problemet er
3. Avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
4. Velge mellom ulike former for hjelp
5. Igangsette, opprettholde eller avslutte hjelp.

Jo mer brukerne bestemmer innenfor disse områdene, jo mer innflytelse har brukeren. Her ser man med andre ord på ulik grad av medvirkning, ikke samlet sett, men innenfor ulike deler av prosessen.

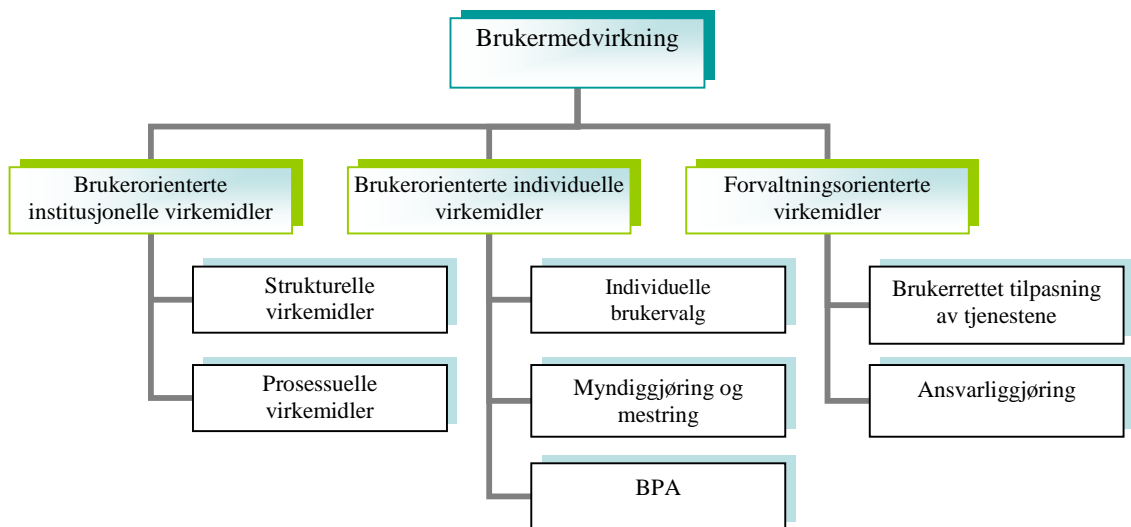
Hirschmans (1970) skille mellom begrepene exit, voice og loyalty kan også benyttes for å illustrere ulike grader eller former for makt og myndighet. Tradisjonelt har man hatt ett handlingsvalg innenfor det vi kan kalle den paternalistiske modellen,

nemlig loyalt . Her er det hjelpeapparatet som definerer tilbudet, og brukeren som må innordne seg. Riktignok har vi innenfor denne tradisjonen hatt klageadgang, men dette begrenser seg til det   rette opp saksbehandlingsfeil, dvs. n r det har skjedd feil i forhold til det definerte regelverk. Med innføring av ulike former for brukerm dvirkning, brukerstyring etc., lanseres et nytt handlingsalternativ, nemlig voice. Dette innebatter etablering av institusjoner og ordninger for at brukeren skal komme til uttrykk med sine synspunkter og meninger. Slike ordninger gir ingen garanti for innflytelse, men gir i det minste en mulighet. Ordningen med fritt brukervalg åpner for det siste handlingsalternativet, nemlig exit. Her kan brukerne – gitt misnøye – velge bort et tjenestetilbud til fordel for et annet, og makta ligger hos brukeren selv. En exit- strategi forutsetter imidlertid at det er reelle valgmuligheter.

Hver av disse handlingsvalgene kan knyttes til ulike borgerroller. Loyalt  knyttes til klientrollen, voice til brukeren og exit til konsumenten. Som antydnet over, gir også de forskjellige rollene ulike muligheter for innflytelse. Klienten har liten innflytelse og vil underordne seg den faglige ekspertisen. Brukeren vil kunne ha innflytelse, men dette avhenger av det institusjonelle rammeverket. Vi kan si at innflytelsen avhenger av hvor langt tjenesteleverandørene er villig til   strekke seg. Konsumenten vil kunne påvirke indirekte gjennom trussel om eller faktisk exit. En forutsetning her er imidlertid at det er reell konkurranse og at konsumenten har tilstrekkelig informasjon.

2.3 Ulike virkemidler for   fremme brukerm dvirkning

Dersom vi sammenfatter de ulike formene for brukerm dvirkning, kan vi skille mellom tre hovedtyper av virkemidler. Vi kan kalle dem: a) brukerorienterte institusjonelle virkemidler, b) brukerorienterte individuelle virkemidler og c) forvaltningsorienterte virkemidler.



Figur 2.1 Former for brukermedvirkning

De tre hovedgruppene av virkemidler har det til felles at brukernes stemme eller hensyn trekkes inn i utformingen av offentlige tjenester. Metodene eller prinsippene varierer imidlertid mellom de tre hovedtypene. De brukerorienterte institusjonelle virkemidlene dreier seg om å trekke inn brukernes egne stemmer i beslutningsprosesser på et institusjonelt nivå. De brukerorienterte individuelle virkemidlene dreier seg på samme måte om å trekke inn brukernes stemme, men da på individ- eller tjenestenivå. De forvaltningsorienterte virkemidlene skiller seg fra de to første i den forstand at forvaltningen/tjenesteapparatet utformer tjenestene til brukernes beste (i motsetning til forvaltningens beste). Mens det forvaltningsorienterte brukerperspektivet innebærer at den som utformer tjenestene skal sette seg inn i brukernes informasjons- og tjenestebehov, innebærer det brukerorienterte brukerperspektivet at tjenestene utformes ved at brukerne selv er med i beslutningsprosessen, enten på et overordnet institusjonelt nivå eller på et individuelt nivå. Nedenfor går vi kort gjennom ulike former for virkemidler som benyttes innenfor de tre kategoriene.

2.3.1 Brukerorienterte institusjonelle virkemidler

Innenfor det vi her har kalt brukerorienterte institusjonelle virkemidler, trekker Statskonsult (2002) et skille mellom strukturelle og prosessuelle virkemidler.

Strukturelle virkemidler

I henhold til Statskonsult innbefatter strukturelle virkemidler ulike måter å legge til rette for brukermidvirkning gjennom valg av, og beslutning om, organisatoriske og økonomiske rammebetingelser. Konkret består de strukturelle virkemidlene av brukerrepresentasjon i styre, råd og andre tilsvarende ledelses- eller rådgivningsorgan. Det går et skille her mellom styre på den ene siden og råd på den andre. Mens et styre normalt vil ha delegert myndighet fra politisk nivå, og dermed myndighet over en administrasjon og/eller økonomiske virkemidler, vil et råd vanligvis kun ha uttalerett eller en rådgivende funksjon i forhold til politisk eller administrativt nivå.

Prosessuelle virkemidler

Når det gjelder de prosessuelle brukermekanismene kan vi skille mellom to typer: a) såkalte brukermøteplasser og b) systematisk innsamling av informasjon om eller fra brukerne. Det har etter hvert dukket opp mange ulike varianter av brukermøteplasser, bl.a. referansegruppemøter, brukerpanel, dialogmøter, borgerhøringer, fokusmøter, visjonsseminar m.fl. Felles for dem er at de består av møteplasser mellom det offentlige, brukere og i noen sammenhenger andre interessenter. De har videre som regel en avgrenset varighet og et avgrenset tema. I følge Statskonsult innebærer referansegruppemøter og brukerpanel at man oppnevner faste representanter for brukerne til å komme med innspill til hele eller deler av virksomheten/tjenesten i en mer eller mindre avgrenset periode.

Den mest vanlige formen for systematisk innsamling av informasjon er brukerundersøkelser ved hjelp av elektronisk eller postale spørreskjema. Herunder vil vi også finne bredere evalueringer av offentlige tjenester. En annen form for systematisk innhenting av informasjon kan være systematisering av uformell dialog med brukere, gjennomgang av skriftlige og muntlige klager, IT-baserte tilbakemeldings-systemer og gjennomgang av medieomtale. Herunder vil vi også finne ulike former for ad hoc initiativ fra enkeltbrukere eller grupper av brukere, i form av underskriftskampanjer og andre typer henvendelser til politikere eller administrasjon.

2.3.2 Brukerorienterte individuelle virkemidler

De brukerorienterte individuelle virkemidlene har det til felles at de retter seg mot den enkelte tjenestemottakers individuelle medvirkning i forhold til eget tjenestebehov. Herunder finner vi ordninger med frie brukervalg, myndiggjøring (brukerorientert) og brukerstyrt personlig assistanse (BPS).

Frie brukervalg

Frie brukervalg innebærer at brukerne har innvirkning på tjenestetilbudet i form av myndighet til å fatte beslutninger om valg av tjenestetilbydere. I teorien vil dermed brukernes vandring mellom ulike tilbydere i ”markedet” bidra til å påvirke tjenestetilbudets kvalitet.

Brukerorientert myndiggjøring

En annen type brukerorienterte individuelle virkemidler omtales gjerne som myndiggjøring (empowerment). I den internasjonale litteraturen er begrepet empowerment omdiskutert, og i følge Hagner (1995) eksisterer det ulike og motsetningsfylte tolkninger av dette begrepet. Vi har derfor valgt å trekke et skille mellom myndiggjøring som et brukerorientert individuelt virkemiddel og et forvaltningsorientert virkemiddel (omtalt nedenfor). Myndiggjøring som et individuelt virkemiddel dreier seg da om en tenkning der tjenestemottakeren, gjennom en prosess, oppnår mer kontroll over eget liv.

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse er en ordning for personer med sterkt nedsatt funksjonsevne, der brukeren selv har rollen som arbeidsleder for sin/-e hjelpere. Dette betyr at ansvaret for organisering og tilpasning av tjenestene ligger hos den enkelte bruker selv. Innen de timerammer som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan brukeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som helper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, samt hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis (rundskriv I-20/2000, Helse- og omsorgsdepartementet).

Andre virkemidler

De tre nevnte typene individuelle ordninger er ikke utfyllende. For eksempel vil ansvarsgruppemøter også falle inn under denne kategorien. Et annet eksempel vil være generell medbestemmelse blant pasienter eller ordninger med medvirkning

blant pårørende. Dette dreier seg således mer om en arbeidsmetodikk enn om spesifikke ordninger.

2.3.3 Forvaltningsbaserte virkemidler

Brukerrettet tilpasning av tjenestene

Den ene formen for forvaltningsorienterte brukerperspektiv kan vi kalle brukerrettet tilpasning av tjenestene eller brukerretting. Dette innebærer at tjenestene utformes i tråd med hva forvaltningen mener er brukerens ønsker og behov. Det er med andre ord tjenesteprodusenten selv som har innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet, mens brukerperspektivet kommer inn ved at tjenesteprodusenten forsøker å sette på seg brukerens briller. Eksempler på dette er serviceerklæringer og brukergarantier.

Forvaltningsbasert myndiggjøring

Vi har også tatt med en kategori som vi vil kalle forvaltningsbasert myndiggjøring. Likhetstrekkene med brukerorientert myndiggjøring er at brukeren skal styrke sine ressurser. I denne sammenheng betraktes imidlertid myndiggjøring som en metode for å gjøre brukerne i stand til å være aktive brukere og selv bli i stand til å påvirke sin egen situasjon. Formålet er med andre ord at brukeren skal myndiggjøres til å hjelpe seg selv, ikke først og fremst for å påvirke hjelpebehovet. Det skiller seg dermed fra det brukerorienterte perspektivet fordi brukeren ikke selv kan beslutte om den ønsker å medvirke eller aktivisere seg. Mens brukerrettet myndiggjøring dreier seg om en rett eller mulighet brukerne får, dreier forvaltningsbasert myndighet seg mer om et krav eller vilkår. I så måte hører begrepet mer til det vi har kalt et forvaltningsorientert virkemiddel enn til det vi har kalt et brukerorientert virkemiddel.

2.4 Argumentene for brukermedvirkning

I en svensk utredning om brukerorientering og demokrati, sammenstiller Dahlberg og Vedung (2001) seks hovedargumenter for brukerorientering som et supplement til det representative demokratiet. De fire viktigste argumentene er:

- Legitimitetsargumentet

- Effektivitetsargumentet
- Maktutjevningsargumentet
- Servicetilpasningsargumentet

I legitimitetsargumentet legges det vekt på at brukerorientering er ønskelig fordi det kan bidra til at offentlig virksomhet får økt forankring, aksept og støtte i befolkningen. Det blir også hevdet at brukerorientering i en virksomhet kan ha betydning for legitimering av velferdssystemet mer generelt. Legitimitetsargumentet er et argument som i første rekke betrakter brukerorientering ut fra det offentliges ståsted, i den forstand at det er viktig at brukerne har realistiske forventninger og tillit til de offentlige tjenestene.

Effektiviseringsargumentet legger vekt på at brukerorientering øker en organisasjons måloppfyllelse og virkningsgrad. Dersom man tar hensyn til brukernes interesser og behov vil det være lettere å utvikle en velfungerende og kostnadseffektiv organisasjon. Tanken er at dersom hele virksomheten innrettes på å betjene kundene på en mer mål- og servicerettet måte, kan unødvendige rutiner, ressurser og styringssystemer elimineres og erstattes med mer effektive metoder.

Maktutjevningsargumentet tar utgangspunkt i at det er ubalanse i makten mellom tjenesteprodusentene og konsumentene. Argumentet går ut på at tjenesteleverandøren er overlegen når det gjelder maktmidler i form av ressurser, organisasjon og politisk innflytelse, og brukerne har derfor små muligheter for å påvirke egen livssituasjon. Maktutjevningsargumentet legger imidlertid vekt på at brukerne har et potensial for å forandre sin livssituasjon dersom de institusjonelle forutsetningene er til stede. Økt brukerorientering blir i den forbindelse sett på som et virkemiddel for maktutjevning.

Servicetilpasningsargumentet fokuserer på at brukerorientering er nødvendig for å tilpasse tjenestene til brukernes ønsker og behov. Målsetningen med offentlige servicetjenester er nettopp å betjene brukerne. For å klare dette på en best mulig måte, er det nødvendig å tilpasse tjenestene slik at de i størst mulig grad tilfredsstiller brukeres behov.

2.5 Kritikken mot brukermedvirkning

Alle former for brukerperspektiv har på et eller annet vis ambisjoner om å øke brukernes makt eller innflytelse over det offentlige tjenestetilbudet. Enkelte har imidlertid stilt spørsmålsteget ved dette idealet. Kritikken mot brukerperspektivet er dels knyttet til spørsmålet om representativitet og dels til spørsmålet om virkningene. Selv om kritikken er generell, rammer den i varierende grad de ulike argumentene nevnt over. Generelt kan vi skille mellom følgende type kritikk:

- Brukerperspektivet kommer i konflikt med de representative styringssystemene (stemmer teller, men ressurser avgjør)
- Hovedproblemet er ikke dårlig tjenestetilbud, men økte forventinger til tjenestene. Ansvarligheten i forhold til helhet og budsjettrammer som preger de politiske folkevalgte, er lite fremtredende innenfor brukerperspektivet. Mer brukermedvirkning vil således skape økte og urealistiske forventinger. Implikasjonene av dette igjen kan være at brukermedvirkning blir kostnadsdrivende.
- Brukermedvirkning bidrar ikke nødvendigvis til reell innflytelse, men til at brukerrepresentanter blir kooptert i det politiske systemet. Alle brukere har heller ikke forutsetninger for, eller evne til, å utøve reell påvirkning. Reell innflytelse kan på sin side bidra til ansvarsfraskrivelse fra tjenesteleverandørene.
- Brukernes interesser vil ikke alltid samsvare med det offentliges interesser. For eksempel vil tiltak, vilkår og krav for å motta tjenester, kunne komme i konflikt med brukernes interesser.

2.6 Etikk og etiske problemstillinger

Problemstillingene over tar ikke eksplisitt for seg etiske spørsmål. Samtidig, når vi begynner å ”grave” ned i de enkelte spørsmålene, vil vi ofte komme ned til mer grunnleggende etiske problemstillinger. I denne sammenhengen er etikk relevant på to måter. For det første er det relevant fordi det ligger bestemte etiske verdier til grunn for brukermedvirkning. For det andre er disse verdiene ofte kilde til at det oppstår ulike etiske dilemmaer når brukermedvirkning skal realiseres i tjenesten.

Brukermedvirkning som verktøy eller styringsform baserer seg altså på noen etiske prinsipper. Disse kan spores tilbake til mer generelle verdier om enkeltindividets autonomi og frihet, som også ligger til grunn for de to siste punktene under avsnittet ”Argumenter for brukermedvirkning”. I et slikt perspektiv kan vi også snakke om at etikk er kompetanse, dvs. at etiske verdier som ligger til grunn for brukermedvirkning, er eller bør være en del av medarbeidernes grunnkompetanse. KS sin satsing på etikk innen kommunenes helse- og omsorgstjenester er et eksempel på at etikk betraktes som nødvendig kompetanse, på lik linje med annen kompetanse innen helse- og omsorgssektoren (Eide og Aadland 2008).¹ Her blir således spørsmålet om, og i hvilken grad, brukermedvirkning og verdier knyttet til pasientenes autonomi inngår som en del av helse- og sosialtjenestens kompetansegrunnlag.

Etikk er som nevnt også relevant i den forstand at brukermedvirkning bringer noen etiske dilemmaer opp i dagen. Et klassisk etisk dilemma, som spesielt har kommet til syne i kjølvannet av at brukermedvirkning har bredt om seg, er spenningen mellom klientens behov/interesser og fagetiske standarder. Med andre ord støter verdiene om pasientautonomi, som ligger til grunn for brukermedvirkning, mot de mer tradisjonelle paternalistiske verdiene (formynderi). Selv om økt vektlegging av pasientautonomi har som intensjon å erstatte mer paternalistiske verdier, oppstår det likevel dilemmaer langs denne dimensjonen og hvor løsningen ikke alltid er like åpenbar (Bollig, Pedersen og Førde 2009). Det betyr at dikotomien mellom rendyrket pasientautonomi på den ene siden, og rendyrket paternalisme på den andre, må nyanseres. På samme måte som at det er berettiget å innskrenke autoriteters makt, er det også i enkelte tilfeller berettiget å innskrenke brukernes autonomi.

Innenfor helse- og omsorgssektoren finner vi en rekke etiske dilemmaer mellom paternalistiske og autonome verdier. Næss (2009) viser til et eksempel med helsepersonellens informasjonsplikt. Til tross for plikten til å informere pasienten, dreier det aktuelle eksemplet seg om en sak hvor man betraktet det som etisk forsvarlig å unnlate å gi informasjon. Andre tilsvarende etiske dilemma oppstår gjerne i forbin-

¹ Prosjektet heter ”Samarbeid om etisk kompetanseheving” og er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg samt KS.

delse med behandlingsavslutning, ernæringsbehandling, behandlingsmetodikk, blodoverføring (Jehovas vitner) etc. Dette leder til minst to spørsmål. Det ene er hva slags etiske dilemmaer som oppstår i kjølvannet av ulike former for brukermedvirkning. Det andre spørsmålet dreier seg om hvordan man løser disse dilemmaene i praksis.

2.7 Problemstillinger

I denne delen har vi presentert noen generelle problemstillinger som vi avleder fra argumentene for, og kritikken mot, brukermedvirkning. Problemstillingene er generelle fordi vi i denne sammenhengen ikke skiller mellom ulike former for brukermedvirkning. De generelle problemstillingene kan imidlertid være et godt utgangspunkt for å avlede mer konkrete og aktuelle problemstillinger/tema innenfor helse- og omsorgssektoren.

- I hvilken grad realiseres ulike former for brukermedvirkning slik de i teorien er tenkt? Er det slik at de først og fremst bærer preg av å være formelle virkemidler uten reell betydning for verken beslutningssystemet eller tjenesteproduksjonen?
- Er brukermedvirkning med på å gjøre tjenestene mer kostnadseffektive i den forstand at det tilfører tjenesteapparatet kompetanse og læring (jf. effektivitetsargumentet)? Er det for eksempel slik at brukermedvirkning fører til at man prioriterer de rette oppgavene (jf. serviceargumentet), eventuelt bidrar til at man gjør de rette oppgavene (ikke bare gjøre oppgavene rett)?
- Er brukermedvirkning forenlig med fremtidige kapasitetsbegrensninger? Er det noen former for brukermedvirkning som er mer ressurskrevende enn andre, eller kan det tenkes at noen former kan avhjelpe kapasitetsbegrensningene? Er det for eksempel slik at brukermedvirkning bidrar til maktoverføring og dermed til å ansvarliggjøre pasienter, slik at de i større grad tar ansvar for eget liv og egen helse (jf. maktoverføringsargumentet)?
- Er det slik at brukermedvirkning generelt fører til økt oppslutning om tjenestene (jf. legitimitetsargumentet)? Eller er det slik som kritikerne hevder, at brukermedvirkning fører til økte eller urealistiske forventinger? Er det slik at brukermedvirkning fører til økte forventinger, og dermed til at tjenestene kommer i en klemme mellom det å forvalte knappe ressurser og det å leve opp til brukernes

økte forventninger? Eller kan det være slik at brukermedvirkning også kan bidra til å realitetsorientere brukerne og dempe forventningene?

- Er det noen pasientgrupper/pårørende som ikke har evner eller forutsetninger til å ta beslutninger på egne vegne? Hvem er eventuelt dette og hvordan løser man dette dilemmaet i praksis?
- Er det slik at overføring av makt og myndighet til bruker kan bidrar til ansvarsfraskrivelse, og til å legitimere en mer passiv rolle hos de med ansvar for tjenestene?
- Er brukermedvirkning en utfordring for det representative politiske systemet, dvs. at vi får et dobbelt styringssystem der stemmer teller, men ressurser avgjør? Eller er det slik at virkemidlene for brukermedvirkning tar utgangspunkt i uformingen av tjenestene, ikke prioriteringen av dem?

3. Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet har vi oppsummet litteratur om brukermedvirkning innen helse- og omsorgssektoren. Innledningsvis tar vi for oss ordninger på systemnivå. Deretter ser vi på litteratur som omhandler brukermedvirkning på individnivå. Videre tar vi for oss ordninger med fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Til slutt i kapitlet har vi gjennomgått studier som omhandler effekter av brukermedvirkning.

3.1 Brukermedvirkning på systemnivå

I denne delen har vi tatt for oss litteratur som omhandler ordninger for brukermedvirkning på systemnivå. I den første delen tar vi utgangspunkt i NIBRs kartlegging av hvor utbredt denne typen virkemidler er i norske kommuner. Deretter ser vi nærmere på andre studier av brukermedvirkning på systemnivå, herunder også driftstyrer i skolesektoren. I den siste delen har vi gjennomgått undersøkelser som omhandler anvendelsen av brukerundersøkelser som et redskap for å innhente brukernes synspunkter på tjenestene.

3.1.1 Utbredelse av systemer for brukermedvirkning

I organisasjonsundersøkelsen som NIBR har gjennomført i norske kommuner på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet, kartlegges organisasjons- og arbeidsformer i kommuner og fylkeskommuner, herunder også institusjonsbaserte ordninger for brukermedvirkning (Hovik og Stigen 2004, Hovik og Stigen 2008). Disse undersøkelsene ble gjennomført i 2008, 2004 og 2000. I denne sammenheng har vi gjengitt resultater som kan knyttes til pleie- og omsorgssektoren i kommunene, dvs. bruk av serviceerklæringer, brukergarantier, råd/utvalg og fritt brukervalg.

I undersøkelsen fra 2008 fremgår det at 48 % av kommunene som svarte på undersøkelsen, hadde innført serviceerklæring i pleie- og omsorgssektoren. Sammenlignet med andre sektorer, kan det se ut som at det er mest vanlig med slike erklæringer

innen pleie- og omsorgssektoren. Det er for eksempel bare 31 % av kommunene som hadde serviceerklæring innen skole/ oppvekstområdet. Ellers er det relativt få kommuner (5 %) som i 2008 hadde innført brukergarantier i pleie- og omsorgssektoren.

I følge undersøkelsen fra 2008 har 33 % av kommunene oppnevnt utvalg/råd/styre og/eller komité med representanter fra frivillige lag og foreninger innen helse- og omsorgssektoren. Det er her noe usikkert hvorvidt de som har fylt ut skjemaet, har tolket frivillige lag og foreninger til også å omfatte råd og utvalg med brukerrepresentanter. I undersøkelsen er det også spurt om kommunene har etablert driftsstyre ved bo- og behandlingsinstitusjoner for eldre/funksjonshemmede. Her svarer bare 10 % i 2004, og 7 % i 2008, at de har et slikt styre. Med andre ord omfatter denne ordningen forholdsvis få kommuner.

3.1.2 Andre studier av brukermedvirkning på systemnivå

Vi har funnet relativt få kvalitative studier som har tatt for seg brukermedvirkning på systemnivå. To studier har imidlertid tatt for seg dette i forbindelse med evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse. Den ene, som er gjennomført av NIBR, viser til at det var etablert brukerråd i få kommuner (Helgesen 2003). I rapporten fremgår det også at det har vært en utfordring å rekruttere deltakere til slike råd. Samtidig antydes det at kommunene heller ikke viser spesielt stor fantasi i forhold til å rekruttere deltakere. Videre vises det til at det finnes alternative råd som benyttes til ulike formål, også innen psykiatrien. Dette gjelder råd for funksjonshemmede og elderrådet. I følge rapporten er tankegangen i kommunene preget av en korporativ tradisjon, dvs. at representantene må ha tilknytning til det organiserte sivilsamfunnet. Det vises imidlertid til enkelte unntak der brukerhøringer ble lagt til kommunens dagsenter. Den nevnte rapporten er noen år gammel, og en nyere rapport fra NIBR viser at det har vært en jevn økning i andelen kommuner som har brukerråd og lignende knyttet til det psykiske helsearbeidet (Myrvold og Helgesen 2009). Mens én av fire kommuner hadde brukerråd i 2002, er det i 2008 vel halvparten av kommunene som oppgir ikke å ha et slikt organ.

Det er ellers vanskelig å finne studier som har undersøkt nærmere brukerrådernes virksomhet og funksjon. Et unntak er Vatne (1998), som omtaler brukerråd tilknyttet en sykehjemsavdeling. Her vises det bl.a. til at brukerrådene representerer

en arena preget av både konsensus og konflikt, samtidig som det også utgjør en læringsarena som preges av en prosess med prøving og feiling. Forfatteren sier også at hjelperne som deltar i slike råd, har liten tradisjon for å tenke medvirkning. Et annet interessant moment som tas opp, er representasjonsproblemet. På den ene siden er det viktig å ha kompetanse ut over det å være bruker for å ikke ende som gissel for fagfolk. På den andre siden kan dette bidra til skjev representasjon og at brukerne kun representerer seg selv og sitt syn.

Boken ”Brukermedvirkning i helsetjenesten” tar også opp problemstillinger rundt brukerutvalg, men da innenfor spesialisthelsetjenesten (Andreassen 2005). Forfatteren viser bl.a. til at det er utfordrende for brukerrepresentanter å skaffe seg kunnskap om hele brukergruppen, og at utfordringen naturlig nok er større desto mer omfattende gruppe som skal representeres. I følge Andreassen er sjansen for at representantene vil representere bredere grupper dersom de hentes fra brukerorganisasjoner og brukerfellesskap enn om de plukkes ut som enkeltpersoner. Det fremgår også i boken at det stilles store og noen ganger motstridende forventinger til de som skal representere brukerne, herunder at de både skal representere sin egen gruppes interesser og være i stand til å se helheten, de økonomiske rammene og behovet for å prioritere. Et annet poeng som tas opp, er at brukerrepresentantene ikke har andre maktmidler enn sine argumenter, og at deres medvirkning derfor foregår på helsetjenesten og hjelpeapparatets premisser. I boken vises det også til noen forhold som er viktige å ta hensyn til dersom brukerne skal ha innflytelse. Et forhold er at det er systemer for hvordan saker bringes inn i medvirkningsprosessene og hvordan synspunkter bringes tilbake til tjenesten. Et annet forhold er at brukermedvirkning bør komme inn tidlig i beslutningsprosesser.

Til slutt kan vi her ta med evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. I oppsummeringen av denne ellers brede evalueringen, konkluderes det med at vi vet relativt lite om innholdet av brukermedvirkningen og effekten av denne på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå (Forskningsrådet 2009). I følge rapporten er det på disse nivåene – hvor behandlingstilbudene utformes – at brukernes organisasjoner vil kunne spille en viktig rolle.

3.1.3 Driftsstyrer i skolesektoren

Vi har ikke funnet noen studier av driftsstyrer med brukerrepresentanter innen helsete- og omsorgssektoren. Ordningen har imidlertid blitt testet ut innen skolesektoren, og vi har derfor tatt med noen erfaringer fra evalueringen av disse forsøkene. Evalueringene er gjennomført i Oslo, Bergen og Stavanger. I alle tilfellene har ordningene med brukerstyrer hatt som formål å delegere myndighet til styret, med tanke på at brukere (foreldre og elever) og ansatte skulle få økt innflytelse over skolens virksomhet.

I følge Helgesen og Hansen (2001), som har evaluert forsøkene i Oslo, har styrene dels vært betraktet som unødvendige, spesielt av rektorer og lærere. Videre fremgår det at ulike aktører har tolket styrets rolle og myndighet på ulike måter. I følge evalueringen forklarer de involverte aktørene dette med for dårlig kommunikasjon mellom driftsstyrene og kommunens skoleetat, og at opplæringen av driftstyrenes medlemmer har vært mangelfull. For øvrig viser evalueringen til at styrets rolle og brukerrepresentantens innflytelse varierte mellom de ulike skolene.

Evalueringen fra Stavanger gir et mer positivt bilde (Berg og Helgesen 2001). Her vises det til at ordningen har fungert som et reelt styringsorgan med myndighet i en rekke viktige saker, og at den har bidratt til å involvere ulike parter i saker som har angått skolens utvikling. Rapporten peker også på at styret har virket skjerpende på skolens ledelse.

Evalueringen fra Bergen konkluderer også med at driftsstyret har vært en suksess på mange måter, men at modellen også har skapt noen utfordringer (Homme 2007). Ordningen har vært vellykket i den forstand at den har brakt inn et bredere spekter av kompetanse inn i ledelsen av skolen, at styret har fungert som et korreks til den administrative ledelsen, og at den har gitt bedre muligheter for medbestemmelse blant lærere, foreldre og elever. Utfordringen har på sin side vært opplæring av styrerepresentanter, avklaring av rektoren og styrets rolle samt representativiteten til styrerepresentantene. Det siste gjelder spørsmålet om hvordan styrerepresentantene skal velges inn og hvilke interesser de representerer.

3.1.4 Brukerundersøkelser

En undersøkelse gjennomført av Synovate/MMI på oppdrag for KS, har undersøkt hvordan kommunene anvender brukerundersøkelser.² Undersøkelsen baserer seg bl.a. på intervjuer i sju kommuner om hvordan de aktuelle kommunene har benyttet slike undersøkelser. Rapporten omhandler flere sektorer i kommunene, herunder også helse- og omsorgssektoren. En konklusjon er at kommunene i liten grad har formaliserte og nedskrevne tiltak, eller har iverksatt prosesser på bakgrunn av brukerundersøkelser. Videre fremgår det at bruken av undersøkelsene bl.a. avhenger av hva slags resultater de gir. Det betyr at gode resultater sjeldent ender opp med konkrete tiltak eller prosesser i etterkant, mens dårlige resultater oftere fører til at kommunen iverksetter tiltak. Det fremgår imidlertid ikke av rapporten hva slags tiltak kommunene iverksetter.

I rapporten fra Synovate/MMI pekes det også på at resultatene fra brukerundersøkelsene gjennomgående er gode, noe som kan forklare hvorfor det sjeldent iverksettes tiltak etter slike undersøkelser. Samtidig stilles det spørsmål ved om de gode resultatene kan skyldes andre forhold enn kvaliteten på tjenestene. Et slikt forhold er at brukerne ikke ønsker å kritisere noen man er avhengig av (dvs. kommunen). Et annet forhold som nevnes, er at svarene i større grad gir uttrykk for takknemlighet over å motta en tjeneste enn at de er et uttrykk for kvaliteten ved tjenesten i seg selv.

En rapport gjennomført av BI og SSB har også tatt for seg kommunenes bruk av spørreundersøkelser (Rolland 2003). I den ene delen av undersøkelsen, som baserer seg på et mindre utvalg intervjuer, fremgår det at kommunene benytter mye selvlagde brukerundersøkelser. I følge forfatteren kan dette sikre at undersøkelsen får en lokal forankring, men samtidig pekes det på at tradisjonelle vitenskapelige kvalitetskriterier har lett for å ”forsvinne i iveren etter konkrete og praktiske løsninger”. Det fremgår også av rapporten at politikerne i liten grad benytter undersøkelsene som styringsverktøy. Et generelt inntrykk fra det empiriske materialet, som presenteres mer eller mindre ubearbeidet i rapporten, er at undersøkelsene i hovedsak ender opp som orienteringssak for politikerne og som bekreftelse på at man utfører

² Brukerundersøkelsene som omtales er gjennomført blant kommuner som deltar i effektiviseringsnettverket i regi av KS.

gode tjenester (der resultatene er gode). I mindre grad ser det ut som at undersøkelsene er grunnlag for større endringer i kommunens tjenesteproduksjon.

I kontrast til de to førstnevnte undersøkelsene, som tar for seg kvantitative brukerundersøkelser, kan vi ta med en undersøkelse som baserer seg på kvalitative intervjuer med beboere på et sykehjem (Karoliussen 2007). Det interessante med undersøkelsen er at den baserer seg på kvalitativ metodikk, som tilsynelatende gir andre resultater enn det man får gjennom spørreundersøkelser. Bakgrunnen for undersøkelsen var at ledelsen ved det aktuelle sykehjemmet stilte spørsmålstegn ved de gode resultatene de tradisjonelle brukerundersøkelsene ga. Erfaringene fra den kvalitative undersøkelsen bekreftet i utgangspunktet at beboerne var fornøyd med tingenes tilstand. I løpet av intervjuene går imidlertid svarene fra å være utelukkende positive, til etter hvert å omhandle både triste, nedverdiggende og krevende situasjoner. I følge forfatteren kan forklaringen på at informantene i utgangspunktet utelukkende ga positive svar, være at de representerer en lydig og stille generasjon (krigsgenerasjonen), at de konstruerer en bedre virkelighet enn det de faktisk har, og at beboerne opplever å stå i takknemmelighetsgjeld til de ansatte. Undersøkelsen gir dermed grunn til å stille spørsmål ved om svarene i spørreundersøkelser er en god tilbakemelding fra brukerne på tjenestekvaliteten.

De tre undersøkelsene som er nevnt over, viser at brukerundersøkelser som verktøy for brukermedvirkning har sine begrensninger. For det første fremgår det at det er usikkert hva man egentlig måler, dvs. om svarene reflekterer kvaliteten på tjenestene eller om brukerne svarer ut fra andre strategiske hensyn. Et viktig spørsmål er derfor om slike undersøkelser faktisk får frem brukernes stemme på en riktig måte. Den siste rapporten kan i det minste tyde på at det kan være ulike sider ved tjenestene som ikke fanges opp i slike undersøkelser. For det andre kan vi stille spørsmål ved hvordan kommunene benytter slike undersøkelser som grunnlag for endringer eller forbedringer av tjenestene. Enten fordi resultatene gjennomgående er gode, eller fordi kommunene ikke setter undersøkelsene inn i en større ramme for bedring av tjenestene, er inntrykket at de stort sett benyttes som orienteringssaker for politikere og/eller som bekræftelser på at tjenestene er gode. Dersom vi tar den sistnevnte kvalitative undersøkelsen på alvor, er det imidlertid grunn til å stille spørsmål ved hvor virkningsfulle kvantitative brukerundersøkelser faktisk er for utviklingen av tjenestene. I den sammenheng kan det også nevnes at det i kjølvannet av den kvalitative undersøkelsen ble iverksatt konkrete tiltak ved det aktuelle sykehjem-

met, noe som for øvrig ser ut til å være mindre vanlig ved bruk av ordinære kvantitative brukerundersøkelser.

3.2 Individbasert brukermedvirkning

I denne delen har vi tatt for oss litteratur som omhandler brukermedvirkning på individnivå. Innledningsvis har vi gjennomgått litteratur som omhandler det vi kaller tjenesteadferd. Dette er litteratur som beskriver relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i den daglige utførelsen av tjenestene. Dernest tar vi for oss litteratur som omhandler erfaringer med ordningen ”Bruker-spør-bruker”, ansvarsgrupper og individuell plan. Til slutt i denne delen tar vi også for oss eksempler på hvordan tiltak for å myndiggjøre brukere (empowerment) har blitt gjennomført i praksis.

3.2.1 Brukermedvirkning på tjenestenivå

Den viktigste formen for brukermedvirkning er kanskje den som foregår i de daglige relasjonene mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. I denne delen har vi derfor tatt for oss litteratur som har undersøkt nærmere hvordan den individuelle brukermedvirkningen foregår i praksis.

Det er få studier som har undersøkt omfanget av brukermedvirkning på individnivået i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Et unntak er evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. I sluttrapporten fremgår det bl.a. at kommunene har et godt stykke igjen for å nå Opptrappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling (Norges Forskningsråd 2009). Samtidig fremgår det at studiene i evalueringen har registrert en økende brukermedvirkning på det individuelle planet. En av studiene fra evalueringen viser også at en relativt stor andel av foresatte til barn med psykiske vansker, opplever at de anses som en viktig samarbeidspartner av tjenestene de er i kontakt med, og at de har mulighet til å påvirke tjenestene i stor grad (Sitter 2008).

Vi finner ellers mye litteratur som sier noe normativt om betydningen av brukermedvirkning og hvordan brukermedvirkning ideelt sett bør være. Derimot finner vi

relativt få studier som har tatt for seg hva brukermedvirkning faktisk er eller hvordan det utøves i praksis. Nedenfor har vi gjengitt noen av disse studiene.

Sydvold (2009) har med utgangspunkt i intervjuer med sykepleiere i både hjemme-sykepleien og ved sykehjem, undersøkt sykepleieres forståelse av begrepet bruker-medvirkning, og hvordan de selv opplever å praktisere brukermedvirkning. Under-søkelsen viser bl.a. at sykepleierne opplever brukermedvirkning som situasjonsbe-stemt, dvs. at forståelsen av brukermedvirkning avhenger av den enkelte pasient og kontekst. Videre fremgår det at brukermedvirkning i hovedsak blir beskrevet som det å samråde seg med brukeren, noe som i følge forfatteren må forstås som sym-bolsk innflytelse eller myndighet. I følge rapporten er reell brukermedvirkning en utfordring i praksis fordi de eldre har sviktende helsetilstand, noe som begrenser deres evne til å medvirke. Samtidig fremgår det at de strukturelle rammene begren-ser muligheten for brukermedvirkning, dvs. tid, personalressurser og organisering av tjenestetilbudet. Undersøkelsen viser også til kryssende interesser mellom bruke-re og pårørende, og at pleierne i størst grad opplever at deres rolle er å være lojale overfor pasientene.

I boken ”Dette er mitt liv” finner vi flere bidrag om brukermedvirkning blant funk-sjonshemmede (Bollingmo m.fl. 2004). Utgangspunktet for flere av bidragene er at funksjonshemmede har begrensede evner eller muligheter til å gi uttrykk for egne ønsker og behov. Spørsmålet som stilles er derfor hva brukermedvirkning kan være i forhold til en brukergruppe som i varierende grad har mulighet for å uttrykke seg språklig. I et av kapitlene tar Hansen (2004) opp spørsmålet om brukermedvirk-ning for personer med nedsatt kognitiv fungering og språklige evner. For det første legges det her vekt på at brukeren ikke bare må forstås gjennom diagnosen, men også i lys av de meninger som uttrykkes gjennom bevegelser og handlingsmønstre. Brukermedvirkning for denne gruppen dreier seg derfor ikke om at de skal foreta selvstendige valg og handlinger, men heller ha muligheten for å påvirke omgivelse-ne på andre måter. En forutsetning for dette vil være knyttet til den faglige kompe-tansen tjenesteyteren har, spesielt kommunikasjons- og relasjonskompetansen.

I en annen artikkel viser Martinussen (2004) til hvordan rom som er utviklet med spesielle sansestimulerende effekter (Snozelen), kan overskride noen av de barriere-ne som hindrer brukermedvirkning for mennesker med utviklingshemming og dår-lig eller manglende verbalt språk. I følge forfatteren er Snozelen et hus med ”de tu-sen muligheter”, dvs. et hus med ulike rom som har ulik utforming og fasiliteter. I

artikkelen vises det til et eksempel der dette ble benyttet som kartleggingsverktøy for å avdekke den aktuelle brukerens ønske om utforming og møblering i eget hjem. Ved å observere tjenestemottakeren i ulike rom, ga dette mulighet for tjenesteyterne å tolke adferd som igjen ble benyttet til utforming av brukerens eget hjem.

En tredje artikkel baserer seg på intervju samtaler med vernepleiere som arbeider med psykisk utviklingshemmede (Høium 2004). Temaet for intervjuene er pleiernes (manglende) tilbøyelighet til å gi brukerne mulighet til å øve innflytelse på egen livssituasjon. I artikkelen fremgår det at vernepleierne i utgangspunktet forklarer hvorfor de i liten grad lar brukerne øve innflytelse på sin egen livssituasjon ved å henvise til forhold ved selve utviklingshemningen. En annen faktor er mangel på personalressurser. En tredje faktor er at vernepleierne selv har mangelfull kompetanse. En fjerde forklaring er rutinene og de institusjonelle rammene ved tjenestene. I den forbindelse peker forfatteren på at velfungerende ordninger med dags- og ukeplaner kan fortrenge andre virkemidler som gir brukerne større muligheter for innflytelse, dvs. virkemidler som enkeltvedtak, serviceavtaler, individuelle planer ol. Med andre ord viser dette at problemet ikke først og fremst ligger hos den enkelte medarbeider, men vel så mye i at eksisterende rammer og rutiner i det daglige arbeidet stenger for mer brukerorienterte rutiner. På samme måte knytter forfatteren kompetansebehovet til arbeidsplassens institusjonelle rammer. I artikkelen påpekes det nemlig at det ikke er kompetansen i seg selv som er problemet, men heller mangelfulle rutiner for å diskutere egen praksis og problemer, herunder styrke relasjons- og kommunikasjonsferdighetene hos personalet.

Mye av litteraturen som omhandler brukermedvirkning bærer preg av å være normativ i den forstand at den gir råd om hvordan brukermedvirkning bør gjennomføres, mer enn at den sier noe om hvordan brukermedvirkning foregår i praksis. Et eksempel på dette er boken "Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid", som beskriver en tiltakspakke bestående av flere ulike verktøy for å skape bevissthet rundt brukermedvirkning (Storm 2009). Dette innbefatter bl.a. kartlegging av de ansattes kunnskap og holdninger, dialogkonferanse mellom ansatte, brukere og pårørende, samt personalmøter for å reflektere og utveksle erfaringer om brukermedvirkning. I denne sammenheng har vi ikke gått nærmere inn i denne typen litteratur. Derimot har vi nedenfor tatt for oss noen tilsvarende metoder for å fremme brukermedvirkning, men da med utgangspunkt i erfaringsbasert litteratur.

3.2.2 Ansvarsgrupper

En ansvarsgruppe har som formål å koordinere tjenestebehovet til en bruker. Den består derfor av fagpersoner eller faginstanser som har eller kan tenkes å ha relevante tjenester i den aktuelle saken. Tanken bak bruken av ansvarsgrupper er også at brukeren skal medvirke i de beslutningene som fattes i gruppen. Selv om bruken av ansvarsgrupper ikke er lovpålagt slik som individuell plan, har vi likevel lang tradisjon for å benytte slike grupper. I følge Grue (1999) skiller denne modellen seg fra andre samarbeidsmodeller ved at den forsøker å ivareta behovet for samarbeid mellom bruker og ulike faggrupper, og ved at modellen er ment å være et redskap for brukeren.

Vi har funnet få studier som har tatt for seg erfaringer med ansvarsgrupper ut fra et brukerperspektiv. I det store og hele dreier disse undersøkelsene seg om brede kartlegginger av kommunenes bruk av ansvarsgrupper. I en undersøkelse av Myrvold (2004) fremgår det at 83 % av kommunene bruker ansvarsgrupper for samordning av tjenester til barn og unge med psykiske vansker. Det fremgår imidlertid ikke av undersøkelsen hvor ofte dette brukes innenfor hver enkelt kommune. En annen undersøkelse av Myrvold og Helgesen (2009), viser til at det i perioden 2002 til 2008 har vært en økt bruk av ansvarsgrupper i kommunene, herunder flere kommuner som bruker slike grupper for samordning av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Andelen kommuner som svarte at de bruker slike grupper for de aller fleste i denne gruppen, økte fra 23 % i 2002 til 41 % i 2008.

En undersøkelse gjennomført i Nord-Trøndelag innenfor helse- og sosialtjenesten, tar opp spørsmålet om forutsetningene for velfungerende ansvarsgrupper (Aune 2006). I følge forfatteren kan ansvarsgruppe som arbeidsmetode ha betydning for brukers mulighet for innflytelse og medvirkning i møtet med fagtjenestene. Samtidig understrekes det at dette avhenger av noen forutsetninger. En forutsetning for at en slik gruppe skal virke etter intensjonen er brukers likeverdige rolle i ansvarsgruppen og opplevelsen av å ha kontroll. En annen forutsetning er ledelsens rolle i å veilede, informere, støtte og klargjøre konsekvensene av ulike handlingsvalg. En tredje forutsetning er jevn og forutsigbar møtehyppighet, bl.a. for å sikre god informasjonsflyt og kontinuitet i arbeidet. En fjerde forutsetning er gruppens størrelse og sammensetning. Erfaringen her er at små, stabile grupper sikrer brukers opplevelse av kontroll og oversikt. Samtidig vises det til at det er av stor be-

tydning at det klargjøres hvem som er der og hvorfor. En femte faktor er at ansvarsgruppen har en arbeidsform med gode rutiner og strukturer.

3.2.3 Individuell plan

I Sosial- og helsedirektoratets veileder for individuell plan vises det til at tjenestemottaker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan for å sikre at tjenestemottaker får innflytelse over egen situasjon. I følge veilederen må derfor hjelpeapparatet legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen. Det er helheten i tjenestemottakerens historie som representerer «brukerperspektivet», og som skal få et langt sterkere gjennomslag ved hjelp av ordningen med individuell plan, på bekostning av de mer oppsplittede fag- og etatsperspektivene.

En evaluering av et samarbeidsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus og to forsøkskommuner omhandler bl.a. bruken av individuell plan (Gautun og Grønningseter 2002). Evalueringen viser at 3 av 4 informanter som hadde fått individuell plan var godt fornøyd med denne, og mente at den hadde bidratt til et samordnet tilbud som de selv hadde fått være med å påvirke. Den siste informanten opplevde derimot frustrasjon som følge av at målene i planen opplevdes som urealistiske. Noe av forklaringen på dette ser imidlertid ut til å være at ikke alle relevante aktører var tilstede i utformingen av planen (sykehuset).

Holum (2010) har undersøkt erfaringene med bruk av individuell plan blant 24 ungdommer/unge voksne med omfattende psykiske vansker. Undersøkelsen viste at individuell plan fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukermedvirkning og samhandling i bare én av fire saker for ungdom og unge voksne med omfattende psykiske lidelser. Det som kjennetegner sakene hvor planen var vellykket, var en avklart situasjon i forhold til hvilke systemer og forvaltningsnivåer brukeren tilhørte, og der det var avklart hva slags hjelp som var tilgjengelig og nødvendig. Dette i motsetning til noen av de andre tilfellene der det var vanskelig å få til ansvarsfordeling og samhandling på grunn av uavklarte og svært komplekse tilstander der mange instanser er involvert og der ressursbehovet er stort.

3.2.4 Myndiggjøring og ansvarliggjøring

I boken "Empowerment" av Askheim og Starrin (2007), finner vi bidrag som trekker frem eksempler med myndiggjøring. Et av disse er Tengqvists (2007) beskrivelse av en persons såkalte "empowermentreise", som kort sagt dreier seg om å bryte ut av en avmektig situasjon. Historien handler om en rusmisbruker som får plass på et rehabiliteringsopplegg hvor man tar utgangspunkt i empowermenttradisjonen. Utgangspunktet her er forestillingen man har av den "avmektige" som er en person som må hjelpes, men som likevel er kompetent på et eller annet vis, bare personen gis muligheter. Videre dreier metoden seg om å avlære maktesløshet, oppmuntre mennesker til å ta ansvar og gjøre ting selv. Et sitat fra artikkelen illustrerer noe av poenget: "Du blir ikke behandlet av Baste, du bruker Basta til å behandle deg selv." De ulike aktivitetene ved rehabiliteringsinstitusjonen kan handle om å ta kontakt med tannlege, være rusfri en periode, ta kontakt med pårørende, sette i gang gjeldssanering eller starter med en utdanning. Poenget er at man selv skal ta ansvar for å gjennomføre disse oppgavene. I denne metoden ser vi at empowerment dreier seg om å styrke enkeltindividet. Den neste metoden dreier seg derimot om å styrke individet i et kollektiv med andre.

Det andre bidraget omhandler et deltakerbasert forskningsprosjekt som ble gjennomført i en norsk kommune med åtte foreldre til barn med funksjonsnedsettelse (Cech 2007). Målet med prosjektet var å styrke foreldrene i deres møte med hjelpeapparatet, og tilrettelegge for kollektiv tilbakemelding av erfaringer og forslag til endring. Metoden slik den beskrives, inneholder to faser. Den første fasen bestod av samtalegrupper hvor foreldrene diskuterte ulike saker med utgangspunkt i spørsmål om hva, hvorfor og hvordan. Hva-spørsmålene hadde som formål å identifisere problemer i hverdagen. Hvorfor-spørsmålene hadde som formål å analysere årsaker til problemet. Hvordan-spørsmålene skulle ha som formål å identifisere strategier for handling og endring. I følge forfatteren var noe av poenget med samtalegruppen å skape en gruppefølelse mellom deltakerne, og derigjennom styrke både den enkelte deltaker og gruppen som helhet. I den neste fasen var formålet å legge frem resultatene fra samtalegruppene i et såkalt "lyttermøte". På dette møtet ble representanter fra ulike hjelpetjenester invitert for å høre på de sakene foreldrene fremførte. På lyttermøtene var det foreldrene som skulle være den aktive parten og fremføre sitt budskap, mens representantene fra hjelpeapparatet skulle være

passivt lyttende. Først etter fremføringen fikk tilhørerne mulighet til å stille spørsmål og gi kommentarer. I følge forfatteren var flere av forslagene som foreldrene fremførte, blitt realisert et halvt år etter lyttermøtet.

I Boken "Frigörande kraft" presenteres også lokalbasert rehabilitering (CBR) som et virkemiddel for empowerment (Forsberg 1997). CBR defineres som en strategi i en kommune eller et lokalsamfunn for å utvikle rehabilitering, likestilling og sosial integrering av mennesker med ulike funksjonshindre. Her beskrives et prosjekt om familier med funksjonshemmede barn som ble satt i gang i Värmland på midten av 1990-tallet. Prosjektet beskrives som en prosess i flere faser. I den første fasen ble det tatt initiativ til å etablere en forsknings sirkel hvor foreldre med utgangspunkt i sitt dagligliv, diskuterte ulike problemer, årsaker og løsninger. Denne fasen innebar med andre ord en organisering av felles interesser, noe som skulle gi gruppen og deltakerne et maktgrunnlag. Med dette utgangspunktet tok gruppen videre initiativ overfor tjenesteapparatet på ulike måter. Et initiativ var å iversette en spørreundersøkelse blant foreldre med funksjonshemmede barn, noe som i følge en av deltakerne representerte et viktig maktmiddel i forhold til tjenesteapparatet. Et annet initiativ, som følge av det første, var å få i stand et møte med kommune- og landstingspolitikere, noe som bl.a. bidro til at gruppen fikk gjennom kravet om å få tilført personalressurser til distriktet. Gruppen tok også initiativ til å sette i gang et opplæringsprogram og seminar for personlige assistenter. Innføringen av en assistentordning bidro samtidig til bedre koordinering av tjenestene, og til å trekke inn flere aktører i nærmiljøet (besteforeldre og kamerater). I følge forfatteren som fulgte prosjektet i en toårsperiode, endret foreldrenes situasjon seg fra å være i en avmaktsituasjon (overfor hjelpeapparatet), til avhengighet (avhengig av ekspertenes kunnskap og redsel for sanksjoner), til gruppetillit (oppbygging av selvtillit og egen kunnskap i et kollektiv) og til slutt til hverdagsmakt. Med hverdagsmakt menes en økt innflytelse over barnets og hele familiens livssituasjon, samt at man befinner seg i en mer aktiv posisjon overfor hjelpeapparatet.

3.2.5 Bruker spør bruker

En metode for brukermedvirkning kalles "Bruker spør bruker". Som navnet sier, innebærer det at det er brukerne selv som intervjuer og samler data fra andre brukere om hvordan de oppfatter tjenestene. Metoden har vært tatt i bruk innen psy-

kisk helse, men også innen omsorgstjenestene for psykisk utviklingshemmede. Til forskjell fra de øvrige metodene som er skissert over, har vi her basert presentasjonen dels på foreliggende litteratur og dels på intervjuer med personer som har benyttet ordningen.

Metoden ble utviklet gjennom det treårige prosjektet Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring (1997-2000). I prosjektrapporten fra oppstartprosjektet (som flere steder refereres til som det sentrale dokumentet når det gjelder denne metoden), refereres det til Habermas' begrep om den herredømmefrie samtalen der alle kommer til orde, og der det gode argument har større gyldighet enn makt og posisjon blant deltakerne.

Målsettingen for å innføre en slik metode for evaluering og tilbakemelding av tjenestene, er at brukerne skal få anledning til å komme frem med synspunkter de ellers kanskje ikke ville fremmet dersom det var andre enn brukere de var i dialog med. Brukernes synspunkter samles inn systematisk og endrer i prosessen status fra "individuell synsing" til å få et "offentlighetsstempel", gjennom bearbeiding til brukerrapporter som presenteres tjenestestedene. Denne transformasjonen av tilbakemeldingenes gyldighet og prosessen underveis viser seg i flere sammenhenger å ha positive konsekvenser for brukernes rolle og for kvaliteten av tjenestene. Begge deler kan sies å være målsettinger metoden skal bidra til, men flere rapporter viser at metoden har fått større konsekvenser for brukernes rolleforståelse enn det som var forutsett – altså uintenderte, men svært positive konsekvenser for den enkelte bruker som involveres i metoden.

Informasjon om brukernes erfaringer samles gjennom regelmessige brukermøter. Her skal det ideelt sett ut fra metoden ikke være representanter fra tjenesteapparatet tilstede, og alle skal ha brukererfaring, også de som leder møtene og gjennomfører fokusgruppeintervjuene. På forhånd gis gruppelederne/intervjuerne opplæring som gjør dem i stand til å mestre oppgaven. Den herredømmefrie samtalen er ideallet, noe som gir retningslinjer for hvordan de ulike tilbakemeldingene møtes. Det finnes ingen fasit eller "riktige" svar på spørsmålene, og møtelederne legger for eksempel vekt på å ikke legge føringer ved å fremme egne synspunkter eller egne erfaringer dersom de ikke blir direkte spurt om det. Et trekk ved metoden som klart skiller seg fra annen type brukerundersøkelser – først og fremst de strukturerte intervjuene eller spørreskjemaundersøkelser, er at kategoriene ikke er forhåndsdefinerte, men i stor grad fremkommer i dialog med brukerne. Dette gir en helt annen

innfallsvinkel med større mulighet for å få reelle brukerperspektiver på bordet. En annen side ved metoden er vektleggingen av å benytte seg av allerede eksisterende fora og rutiner for denne virksomheten, noe som bidrar til å gjøre brukervedvirkning til en del av den ordinære virksomheten, og ikke noe som kommer i tillegg eller på siden av den daglige driften.

På bakgrunn av fokusgruppeintervjuene skrives en brukerrapport som leveres tjenestestedet. Dette dokumentet brukes som grunnlag for dialogbaserte kvalitetsforbedringstiltak. Systematikk i hvordan resultatene fra brukermøtene blir brukt, er trolig en svært viktig suksessfaktor for denne metoden. Dersom brukerne ikke opplever at informasjonen blir håndtert profesjonelt og med tilstrekkelig tyngde, vil denne type tiltak trolig ha en kort levetid.

Bruker spør bruker-metoden kan også benyttes som metode i kommunens internevaluering. Å innføre Bruker spør bruker som kontinuerlig evalueringsmetode representerer en radikal form for brukervedvirkning. For mange ansatte er det å være på utsiden av møtearenaene slik det her forutsettes, og det å bli evaluert av brukerne, en erfaring som kan virke truende dersom man ikke er vant til det. Opprettelsen av et forum som brukermøter – uten medvirkning fra ansatte – er en endring som kan gi grunnlag for refleksjon over egen rolle. Dette gjelder både brukere og ansatte. For brukerne som gjennomgår opplæringen og som får trening i å hevde sine synspunkter, skaper det grunnlag for personlig vekst, bedre evne til å ordlegge seg, hevde seg i møte med andre og bedret selvfølelse. Metoden forsterker fokus på brukernes makt til å påvirke sin egen situasjon, og for mange har den ført til gradvis større engasjement i egen situasjon. Dette er resultater som vises til i evalueringsrapporter av metoden, og som vi har fått bekreftet gjennom intervjuer av ansatte og brukere som har tatt i bruk metoden. Flere med erfaring med psykiske helsetilstander har opplevd at dette har vært veien tilbake til troen på seg selv og sine evner, og bidratt til rehabilitering tilbake til arbeidslivet. For ansatte innebærer en slik metode en sterk mulighet til å reflektere over egen profesjonelle rolle. En uttalelse som går igjen blant mange brukere er at metoden åpner opp for å si ting som ellers aldri ville vært sagt dersom de var blitt intervjuet av en ansatt. Tilbakemeldingene som følger av dette gjør selvsagt at ansatte blir utfordret på egen rolle og egen posisjon, noe som utgjør en av de kritiske suksessfaktorene ved denne metoden. En annen kritisk faktor i tråd med dette er i hvilken grad tjenesteutøverne og organisasjonen for øvrig håndterer tilbakemeldingene på en profesjonell måte, og

hvordan de evner å justere praksis ut fra brukerrapportene. I dette ligger at brukerrapportene faktisk bidrar til bedre dialog mellom brukere og tjenesteutøvere der de kommer frem til felles forståelse av mål, middel gjensidige forventninger og – ikke minst organisatoriske begrensninger.

3.3 Fritt brukervalg

I følge Borge og Sunnevåg (2005) begrunnes fritt brukervalg dels ut fra et idealistisk ståsted og dels ut fra et instrumentelt. Det idealistiske utgangspunktet er basert på at fritt brukervalg er et gode i seg selv: For det samme utfallet av en beslutning, er det bedre at beslutningen er et resultat av selvstendige valg i stedet for paternalistisk diktat fra lokale eller sentrale myndigheter. I økonomisk teori legges det derimot en instrumentalistisk tilnærming til grunn for fritt brukervalg, dvs. som et instrument som virker kvalitetsfremmende ved å stimulere konkurransen mellom ulike tjenestetilbydere.

3.3.1 Omfanget av fritt brukervalg

Fritt brukervalg innen pleie- og omsorgstjenestene ble innført først i Oslo og Bærum rundt år 2002-2003. I 2004 var det i følge NIBRs organisasjonsdatabase 2 kommuner som hadde innført brukervalg innen institusjonsbasert helse og omsorg, og 10 kommuner innen hjemmebasert pleie og omsorg. I NIBRs undersøkelse fra 2008 fremgår det at noen flere kommuner hadde innført fritt brukervalg. I 2008 var det 6 kommuner som hadde innført brukervalg innen institusjonsbasert helse og omsorg, og 14 kommuner hadde brukervalgsordninger innen hjemmebasert pleie og omsorg. I følge databasen har antall kommuner med fritt brukervalg økt, men samtidig viser databasen at det også er kommuner som har gått bort fra ordningen. Det er med andre ord flere av de kommunene som oppga å ha fritt brukervalg i 2004, som svarer at de ikke har dette i 2008.

I forhold til de to nevnte undersøkelsene må vi ta hensyn til at det var 1/5 av kommunene som ikke svarte. I tillegg var det et lite antall kommuner som svarte på undersøkelsen, men ikke på spørsmålet om fritt brukervalg. Det betyr at det kan være kommuner som har fritt brukervalg blant de som ikke svarte på undersøkelsen/spørsmålet.

Tabell 3.1 Kommuner med fritt valg av hjemmebasert pleie- og omsorgstjenester basert på ulike kilder (SLB og NIBR)

		Fritt brukervalg av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester i henhold til NIBR (2008)	
		Ja	Nei
Fritt brukervalg av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester i henhold til SLB (2007)	Ja	Bergen, Bærum, Eide, Oslo, Stavanger, Tønsberg, Ålesund	Asker, Larvik
	Nei	Os, Sør-Aurdal, Time, Årdal, Levanger, Verran, Tranøy, Hammerfest	

En rapport utarbeidet av SLB (Servicebedriftenes Landsforening) fra 2007, har oppdatert tallene fra NIBRs undersøkelse fra 2004. I tillegg til å benytte NIBRs undersøkelse som kilde, baserer denne seg på et notat fra KS og forfatterens egne undersøkelser. I følge SLB-undersøkelsen var det 9 kommuner som i 2007 hadde fritt brukervalg i hjemmetjenesten. Dette var Asker, Bergen, Bærum, Eide, Larvik, Oslo, Stavanger, Tønsberg og Ålesund. Så langt vi kan se, dreier dette seg om praktisk bistand og ikke hjemmesykepleie. NIBRs undersøkelse fra 2008 viser på sin side at det var 14 kommuner med fritt brukervalg innen hjemmebaserte tjenester. Av de 9 kommunene som nevnes i SLB-undersøkelsen, er det to som i NIBRs undersøkelse svarer at de ikke har fritt brukervalg. Dette gjelder Asker og Larvik. Samtidig er det 8 kommuner som i NIBRs undersøkelse oppgir at de har fritt brukervalg, men som ikke inngikk i SLB sin undersøkelse. Dette gjelder kommunene Os, Sør-Aurdal, Time, Årdal, Levanger, Verran, Tranøy og Hammerfest. Med andre ord kan dette tyde på at enkelte kommuner har avvirket ordningen med fritt brukervalg, mens nye har kommet til. Vi har imidlertid ikke informasjon om hvorvidt de sistnevnte kommunene fremdeles har fritt brukervalg.

I SLB-undersøkelsen skiller det ikke mellom fritt brukervalg og konkurranseutsetting av institusjonsbasert pleie- og omsorg. I følge rapporten er det imidlertid 14 kommuner som i 2007 hadde konkurranseutsatt disse tjenestene. I omtalen av

kommunene fremgår det at det dreier seg om fritt brukervalg i kun 2 kommuner, dvs. Oslo og Stavanger. Foruten disse to, er det i tillegg fire kommuner som også svarer i NIBRs undersøkelse fra 2008 at de har fritt valg av institusjonsbaserte tjenester. Dette gjelder Bærum, Kvinnherad, Os og Alta.

Per i dag finnes det så langt vi vet, ingen fullstendig oversikt over antallet kommuner med fritt brukervalg. Foruten kommunene som er nevnt over, kjenner vi imidlertid til at Kristiansand kommune i 2009 vedtok å innføre fritt brukervalg i hjemmetjenesten (praktisk bistand). Videre har Bergen kommune også innført fritt brukervalg i hjemmesykepleien for deler av kommunen, noe som tidligere kun er gjennomført i Oslo kommune. Det var imidlertid først i mars 2011 at ordningen med fritt valg av hjemmesykepleie ble utvidet til hele Oslo kommune. I Bergen har ordningen vært forbeholdt tre bydeler frem til 2011. I følge Bergen kommunes hjemmeside hadde 81 av 1435 aktuelle personer benyttet ordningen per januar 2011. Fra og med mars 2011 ble imidlertid ordningen i Bergen utvidet til ytterligere tre bydeler.

3.3.2 Erfaringer med fritt brukervalg

En evaluering av forsøk med brukervalg innen hjemmehjelpstjenester i bydelene Nordstrand og Lambertseter, viser at det var omtrent 15 % som valgte privat leverandør (Kaupangen 2004). Blant nye brukere var det derimot 1/3 som valgte et privat tilbud og 2/3 et offentlig tilbud. Det er også verdt å merke seg at det var hele 20 % av brukerne som ikke ønsket å ta et aktivt valg, noe som innebar at de fikk tildelt kommunal leverandør. Evalueringen viser for øvrig to andre interessante resultater. Det første er at de minst hjelpetrengende i større grad enn de med mer omfattende hjelpebehov, valgte privat leverandør. Det andre er indikasjoner på at effektiv brukertid (forholdet mellom antall timer hos bruker og totalt antall timer) økte etter innføring av brukervalg. I forbindelse med evalueringen ble det også gjennomført en brukerundersøkelse. Denne viste at brukerne av de private tilbudene var mer fornøyd med tjenestene enn brukerne av det offentlige tilbudet. Undersøkelsen viser samtidig at en stor del av de spurte er positive til muligheten for å velge tjenesteleverandør (70 %).

Asplan Viak/Kaupangen (2008) har også evaluert forsøk med privat hjemmesykepleie i bydelen Vestre Aker. Evalueringen viser at det er en relativt liten andel som velger privat leverandør av hjemmesykepleie. Våren 2008 var det bare 7,2 % av brukerne som hadde valgt privat leverandør. Samtidig fremgår det at de fleste er positive til en ordning med brukervalg (3 av 4), og at brukerne gjennomgående er godt fornøyd med den private hjemmesykepleien. Det viser seg også at brukere av privat hjemmesykepleie er mer fornøyd enn brukere av kommunal hjemmesykepleie. Den samlede brukertilfredsheten har videre økt etter at brukervalg ble innført. Med andre ord opplever både brukerne av private og offentlige hjemmesykepleie at tjenestene har blitt bedre. Det kan bety at konkurransen i seg selv har gitt positive effekter både hos de private og i kommunen. Til slutt peker evalueringen på at den samlede effektive brukertiden har økt fra 49 % til 53 % (tiden tjenesteyter er hos brukerne), men samtidig at den administrative ressursbruken i bydelen har økt.

En evaluering av IRIS har tatt for seg erfaringene fra Eide kommune, som i 2004 innførte en prøveordning med brukervalg innen hjemmehjelpen (Thesen 2006). Eide er en liten distriktskommune i Møre- og Romsdal med 3300 innbyggere. I følgende evalueringsrapporten bidro ordningen med brukervalg til en forsiktig modernisering av hjemmehjelpstjenesten i kommunen, i form av sterkere fokus på brukernes ønsker og behov både hos private og offentlige tjenestetilbydere. Samtidig peker rapporten på at det i kommunen var et lite marked, noe som vanskeliggjorde lønnsom drift. De private som meldte sin interesse for å levere tjenester, var således ikke primært opptatt av inntjening, men heller å ha et meningsfullt deltidsarbeid.

I en rapport av Rusten m.fl. (2004:74) vises det også til problemstillingen med små markeder. Her heter det at størrelsen på de samlede oppdragene som en leverandør kan regne med å få, kan bli for små til at det gir tilstrekkelig inntjening. Faren er således at disse melder seg ut av markedet.

3.3.3 Erfaringer fra andre Nordiske land

Både i Sverige og Danmark har ordningen med fritt brukervalg lengre tradisjon og en større utbredelse enn i Norge. Eldebalk og Svensson (2005) har gjennomført en sammenligning av systemene for brukervalg i de nordiske landene, hovedsakelig i

forhold til eldreomsorg og unge funksjonshemmede. Rapporten viser for det første at utbredelsen varierer en god del mellom de nordiske landene.

Tabell 3.2 Kommuner med brukervalg i eldreomsorg, sammenligning av nordiske land 2003/2004.

	Kommuner med brukervalg i eldreomsorg
Danmark	66 % (172)
Finland	15 % (65)
Sverige	5 % (14)
Norge	1 % (5)
Island	0 %

Kilde: Eldebalk og Svensson (2005)

Tabell 3.2 viser at utbredelsen av brukervalg i eldreomsorgen var største i Danmark i perioden 2003-2004. Samtidig ser vi også at det var mange kommuner i Finland som hadde innført slike ordninger, men da i hovedsak som forsøksordninger. Til sammenligning var slike ordninger relativt lite utbredt i Sverige og Norge.

Noe av forklaringen på utbredelsen av denne ordningen i Danmark, er at de i 2002 innførte en lov som ga eldre rett til å velge fritt hvor i landet de ønsker plass på pleiehjem, evt. pleiebolig/eldrebolig. Videre ble det fra 2003 obligatorisk for danske kommuner å tilby fritt brukervalg av hjemmehjelp. Flere danske kommuner har imidlertid helt siden 1990-tallet tilbudt brukervalgsordninger innen hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Frivillige forsøk med frie brukervalg på sykehjem ("plejehjem") startet i 1994.

Fritt valg innen omsorgssektoren er ikke lovpålagt i Sverige slik som i Danmark.³ Likevel hadde flere kommuner innført slike ordninger forholdsvis tidlig. Undersøkelser utført av Svenska Kommuneforbundet viste at det i 2002 var 18 svenske kommuner som hadde innført fritt brukervalg innen omsorgssektoren (Leknes m.fl. 2003). I følge en publikasjon fra Sosialstyrelsen, var dette økt til 27 kommuner i

³ Sverige innførte fra 2009 en lov om fritt brukervalg. Denne loven gir innbyggerne rett til å velge tjenestetilbyder innenfor de områder hvor kommunen har åpnet for konkurranse innen pleie- og omsorgsområdet. Kommunene kan imidlertid selv velge om de konkurranseutsette tjenestene.

2006. Samtidig fremgår det at ytterligere 24 kommuner hadde planer om å innføre slike ordninger (Socialstyrelsen 2007).

Eldebalk og Svensson (2005) har undersøkt erfaringene med brukervalgsordninger basert på nordisk litteratur. En konklusjon er at brukerne har vanskelig for å ta til seg informasjon om selve brukervalgssystemet. Informasjonsmateriellet oppleves som omfattende, og det viser seg å være vanskelig å skille mellom de ulike tjenestetilbyderne. I følge rapporten er det også en god del brukere som ikke ville klart å velge selv uten bistand fra andre (20-30 %). Et annet resultat er at det oppleves som viktigere for funksjonshemmede å kunne velge, enn blant eldre i eldreomsorgen. Mens det er hjelperens personlige egenskaper som betyr noe for funksjonshemmede, er det heller geografisk nærhet og anbefalinger som oppleves å gi trygghet i eldreomsorgen. Det viser seg også at det er få brukere som bytter tjenesteleverandør (ca 10 %). I følge rapporten har dette bl.a. sammenheng med at et bytte innebærer både en kraftanstrengelse og usikkerhet for brukerne. Rapporten peker også på at det ikke finnes dokumentasjon på at kvaliteten i omsorgen forbedres når kommunene innfører kundevalgssystemer. Rapporten retter til slutt et kritisk blikk på ordningene, og stiller spørsmål om forutsetningene for å skape en samordnet pleie- og omsorgssektor for eldre blir vanskeligere med fritt brukervalg.

Sunnevåg (2003) har gjennomgått erfaringene med brukervalg fra ulike kommuner i Sverige og Norge. En av disse er Nacka kommune som har hatt fritt brukervalg innen hjemmetjenesten siden 1992. Rapporten viser at kommunen har lyktes i å holde kostnadene for eldreomsorgen på omtrent samme nivå i en tiårsperiode til tross for at omsorgsbehovet har vært økende. Undersøkelse har også vist at brukerne gjennomgående var fornøyd med tjenestene. Det var heller ingen vesentlige forskjeller i brukertilfredsheten mellom de private og de kommunale tilbyderne. Rapporten viser imidlertid til at det har vært problemer med å oppnå såkalt konkurransenøytralitet, dvs. at private og offentlige konkurrerer på like vilkår. Bakgrunnen for dette er at private leverandører kan vegre seg mot å ta imot enkelte pasienter/brukere. Dette fører således til fløteskumming og en kostnadsulempe for den offentlige utføreren.

Ordningen med brukervalg innen hjemmetjenesten i Danmark er evaluert av AKF i 2004 med bakgrunn i erfaringer fra fire utvalgte kommuner (Eskelinen m.fl. 2004). Rapporten viser at på vårparten 2004 – altså godt over ett år etter innføringen av ordningen – hadde omtrent 70 % av kommunene innført brukervalg i hjemmehjelp

(praktisk hjelp), mens 50 % hadde innført ordningen på hjemmesykepleie (personlig pleie). Det viser seg at utbredelsen er størst i de største kommunene, mens små og mer tynt befolkede kommuner har større problemer med å tiltrekke seg private leverandører. I de kommuner som har innført ordningen, er det i alt 10 % av brukerne som har valgt en privat leverandør, først og fremst innenfor hjemmehjelpen (praktisk hjelp). Evalueringen viser også at valg av leverandør heller bygger på forhåndskunnskapen til en leverandør enn på det informasjonsmaterialet som utleveres av kommunen. Forhåndskunnskapen kan enten basere seg på egne erfaringer eller rykter på folkemunne. Rapporten peker også på administrative utfordringer med brukervalgsordningen. Et forhold er at det i kjølvannet av fritt brukervalg i større grad etableres et mer byråkratisk samarbeid mellom de som fatter avgjørelser (bestillerkontor) og de som utfører tjenestene (leverandørene). Et annet forhold er at en ordning med fritt valg til en viss grad forutsetter standardiserte ytelser, samtidig som mottakerne etter loven har krav på fleksibilitet. I følge rapporten skaper denne motsetningen utfordringer både for det utførende personalet og systemet. Rapporten konkluderer til slutt med at de økonomiske konsekvensene av ordningen med fritt brukervalg har vært beskjedne.

Ankestyrelsen i Danmark gjennomførte i 2006 en undersøkelse av fritt brukervalg innen helse- og omsorgssektoren i danske kommuner (Ankestyrelsen 2007). Her fremgår det at 3/4 av de danske kommunene hadde ordninger med brukervalg innen hjemmehjelpen (dvs. en økning fra 2004). Det fremgår også at 10 % av de som bor i kommuner med brukevalg, har valgt en privat leverandør. Rapporten viser også til ulike krav som kommunen stiller til leverandøren, bl.a. økonomisk sikkerhet (ved konkurs og lignende), krav om at leverandør skal kunne tilby hjelp til alle døgnets timer, krav til utdanning, samt krav om spesifikke datasystemer (for å koble seg til kommunens systemer). Videre peker rapporten på ulike barrierer for de private leverandørene. Dette dreier seg i første rekke om store geografiske avstander, lavt kundegrunnlag og lave timepriser.

Det finnes også en knippe svenske undersøkelser om kundevalgmodellen. En studie av Svensson og Edebalk (2006) tar opp spørsmålet om hvordan kvalitetskonkurranse fungerer for utførerne og hvordan kvalitetskonkurranse påvirkes av kundevalgssystemets konstruksjon. Undersøkelsen baserer seg på intervjuer i kommunene Nacka og Solna. I følge rapporten er det spesielt to faktorer som påvirker valg av leverandør: nærhet til brukers bosted og institusjonens rykte som spres gjennom

venner og naboer. Brukernes opplevelse av kvaliteten på tjenestene avhenger videre av hvordan brukerne opplever relasjonen med personalet. Rapporten peker også på at tilbyderne kan styrke kvaliteten gjennom å yte ”det lille ekstra”, dvs. en gratis-tjeneste utover den hjelpen som bevilges av bestillerkontoret. Rapporten peker videre på at det er en risiko for at behovsvurderingen kan presses opp av både leverandør og bruker, siden begge har incentiver til å øke hjelpens omfang. Undersøkelsen gir imidlertid ingen støtte til at dette er tilfelle i de to aktuelle kommunene.

En annen svensk undersøkelse tar for seg hvordan kommuner med kundevalgssystem innen eldreomsorgen informerer brukerne om dette samt hvordan de følger opp kvaliteten i de utførende virksomhetene (Sveriges Kommuner och Landsting 2009). Undersøkelsen bygger på fire case-studier samt en spørreundersøkelse til 27 kommuner. Rapporten viser til at rutinene for informasjon til brukerne er relativt gode, men at det mangler gode kvalitetsindikatorer som brukerne kan benytte for å sammenligne tjenestetilbyderne. En konklusjon fra rapporten er at det mangler forskning omkring hva brukerne selv ønsker av informasjon for å gjøre bevisste valg. Når det gjelder oppfølgingen av kvaliteten på tjenestene, varierer den mellom de aktuelle kommunene. Felles for alle kommunene er imidlertid at de har mangelfull planlegging av, og systemer for, oppfølging av tjenesteleverandørene.

3.4 Brukerstyrt personlig assistanse BPA

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en ordning for sterkt funksjonshemmede personer, og innebærer at den funksjonshemmede selv har rollen som arbeidsleder overfor hjelperen/-e. BPA ble innført som en forsøksordning i perioden 1994-1999, som følge av kritikk mot de tradisjonelle ordningenes manglende fleksibilitet og forutsigbarhet. Tanken var at BPA ikke skulle være en ny ordning, men en ny måte å organisere den praktiske og personlige bistanden som allerede var nedfelt i sosialtjenesteloven.

Fra 2000 ble BPA-ordningen permanent og tatt inn i sosialtjenesteloven. Her heter det at de sosiale tjenestene skal omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Videre står det at brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og

utenfor hjemmet. Innenfor denne ordningen har brukeren rollen som arbeidsleder og påtar seg derfor et ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Det er kommunen som skal vurdere om BPA er aktuelt og fastsette rammene for den bistand som tildeles. Bistanden skal likevel tilsvare det kommunen ville gitt om den selv skulle stått for tjenesteytingen. Kommunen kan også selv avgjøre om de vil ha en ordning der kommunen er arbeidsgiver, brukeren selv er arbeidsgiver og/eller andre private virksomheter har et arbeidsgiveransvar.

I 2005 ble målgruppen for BPA utvidet i den forstand at den nå også skulle omfatte personer som ikke kunne ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen selv, dvs. personer som også trengte bistand til å ivareta rollen som arbeidsleder. I praksis innebar det at personer med psykisk utviklingshemming og familier med barn som hadde nedsatt funksjonsevne kunne få tjenester organisert som BPA. Det betyr at en verge (foreldre), hjelpeverge eller personer som har fullmakt fra brukeren, kan utøve eller bistå i denne rollen.

Tabell 3.3 Omfanget av brukerstyrt personlig assistanse. Sammenligning av nordiske land 2003/2004.

	Brukerstyrt personlig assistanse (per 1000 innb)
Danmark	0,27 (1475)
Finland	0,68 (3517)
Sverige	1,78 (15940)
Norge	0,24 (1100)
Island	1,13 (326)

Kilde: Eldebalk og Svensson (2005)

Ordningen med BPA er langt mer utbredt i Sverige og på Island enn i Norge og Danmark. Dersom vi ser på ordningen med BPA i sammenheng med fritt brukervalg (jf. tabell 3.1) finner vi at de øvrige nordiske landene enten har satset noe på begge ordningene (Finland) eller mye på en av ordningene (Danmark, Sverige og Island). I Norge ser vi derimot at det har vært forholdsvis lite satsing på begge ordningene. I følge Johansen m.fl. (2010) har det imidlertid vært en stor vekst i bruken av BPA i Norge de senere årene. Mens det i 2002 var 587 brukere av BPA i 210 kommuner, var dette i 2010 økt til 2268 brukere i 337 kommuner.

I følge Ot.prp 8 (1999-2000) var departementets erfaringer etter 6 års prøvetid med BPA at ordningen var blitt godt mottatt av både brukerne og kommunene.⁴ I følge proposisjonen bidro ordningen til økt fleksibilitet og større selvbestemmelse for brukerne. Videre vises det til at brukerne opplevde å bli mindre avhengig av uformell hjelp (venner, pårørende, kolleger) etter at de fikk BPA. Evalueringene av ordningen viser også at BPA-ordningen bidro til at brukerne fikk et bredere tjenestetilbud enn det man tradisjonelt hadde fått. I tillegg til de tjenester som tradisjonelt ligger i hjemmehjelp- og støttekontaktjenestene, bidro også de personlige assistentene med andre oppgaver som daglige ærender, transport, feriereiser, turer, organisasjonsarbeid, trening, diverse småarbeid i hus og hage. I følge proposisjonen (ibid) viste dette at intensjonen om brukerstyring var oppfylt.

En evaluering fra 2003 undersøkte BPA-brukernes erfaring en stund etter at ordningen hadde fungert en tid (Gudvik 2003). Her fremgår det at brukerne er godt tilfreds med ordningen. Ni av ti brukere er svært eller nokså tilfreds med ordningen generelt. Brukerne er spesielt fornøyd med forholdet til assistentene, herunder muligheten for å velge egen assistent, det å ha færre hjelpepersoner og et nært forhold til assistentene. I tillegg vektlegges også muligheten til selvstendighet som ordningen gir. Rekruttering av assistenter er det som oppleves som den mest problematiske sida ved BPA. To av tre brukere oppgir det som et problem. I følge rapporten henger dette sammen med arbeidets karakter og forholdene på arbeidsmarkedet for helse- og sosialarbeidere, dvs. kort arbeidstid, ”løse” ansettelsesforhold og at arbeidssituasjonen i seg selv stiller store krav til både bruker og assistent.

I en undersøkelse som sammenligner erfaringene med BPA i 2002 og 2010, fremgår det for det første at ordningen i 2010 omfatter omtrent 4 ganger flere brukere enn i 2002 (Johansen 2010). Det fremgår også av undersøkelsen at 4 av 5 er tilfreds med omfanget av ordningen (antall tildelte timer) og at dette ikke har endret seg fra 2002 til 2010. Derimot viser det seg at tilfredsheten på en del andre områder har økt siden undersøkelsen i 2002. Dette gjelder bl.a.

- Flexibiliteten i hvilke oppgaver assistenter utfører
- Flexibiliteten med tanke på tidspunkter for assistanse

⁴ Kilden i proposisjonen var to evalueringer fra Ressursenteret for Omsorgstjenester (1997) og Østlandsforskning (1997 og 1998)

- Muligheten til et nært og trygt forhold til assistentene
- Muligheter for økt likestilling med andre samfunnsborgere

Rapporten peker også på at det største problemet for brukerne av BPA er rekruttering av assistenter. En del svarer videre at de har noe problemer med styring/administrasjon av ordningen, problemer med at assistenter er dominerende og tar styringen, og med planlegging av arbeidsoppgaver for assistenter.

Askheim (2006) viser også til at erfaringene med PBA er gode. Han peker samtidig på at ordningen også har noen indre spenninger og dilemmaer. En slikt forhold er at den omvendte rollefordelingen (mellom tjenesteyter og -mottaker) kan skape usikkerhet og spenninger for både brukere og assistenter. Et annet forhold er at det nære forholdet som det nødvendigvis må bli mellom bruker og assistent, forutsetter at "kjemien" er god. Her fremgår det også at brukere som har assistenter med privat arbeidsgiver, er mer tilfreds enn brukere som har assistenter med kommunal arbeidsgiver.

En rapport fra Vestregionen har tatt for seg utfordringer med BPA sett fra kommunens ståsted.⁵ En av konklusjonene i rapporten er at kommunen har dårlige systemer for oppfølging av BPA og dermed lite kontroll med ordningen, spesielt i de tilfellene der assistentene har privat arbeidsgiver. I rapporten fra Vestregionen vises det også til rapporter utarbeidet fra 12-kommunesamarbeidet i Vestfold. Her nevnes også kvalitetssikring som en av svakhetene, dvs. at det er uklarerheter med hensyn til hvordan kommunen skal kvalitetssikre BPA. Det vises også til at ordningen er kostnadsintensiv og at den ikke gir muligheter for sambruk med andre tjenester. I den forbindelse vurderes bofellesskap som en alternativ ordning.

Andersen m.fl. (2006) viser også til at ordningen har en del indre spenninger. Et spørsmål er om de grunnleggende forutsetningene ordningen hviler på, er tilstedet. Et forhold er om alle brukerne faktisk innehar den kompetansen som ordningen forutsetter. Implikasjonene av dette kan være at ordningen favoriserer de som er i stand til å framføre sine interesser og behov. Et annet forhold er at brukerne verdsetter forhold som tillit, trygghet og sikkerhet i tjenestene fremfor muligheten for å velge, dvs. at det å bli stilt overfor valgmuligheter kan oppleves som mer uoversikt-

⁵ Rapporten er utarbeidet av en ekspertgruppe av kommunale ledere i Vestregionen. Vestregionen omfatter et regionalt samarbeid mellom 16 kommuner i Akershus og Buskerud.

lig og risikofylt. Et tredje forhold er om brukerne er i stand til å definere sine behov, og om ordningen i seg selv bidrar til å fortrenge andre tjenester, for eksempel behandling eller rehabilitering. I den forbindelse vises det også til kritikere som advarer mot at brukerne kan bli passivisert, miste sine funksjonelle ferdigheter eller at det unnlates å stille krav til dem.

3.5 Virkninger/effekter

Det er få studier som har tatt for seg effekten av ulike typer brukermedvirkning, i det minste i norsk sammenheng. I denne delen har vi derfor tatt for oss en knippe internasjonale oversiktsartikler som har gjennomgått ulike effekter av tiltak for å øke brukeres innflytelse og medvirkning innenfor primærhelsetjenesten.

Den første oversiktsartikkelen har tatt for seg intervensjonsstudier som er designet med tanke på å øke pasienters deltakelse i medisinske konsultasjoner (Harrington 2004). Artikkelen baserer seg på resultater fra 20 undersøkelser, hvorav halvparten var randomiserte placebokontrollerte eksperimenter. Intervensjonene dreide seg om å gi pasientene forhåndsinformasjon før legekonsultasjonen. Gjennomgangen viser at det var positive effekter i form av økt pasientdeltakelse i halvparten av de gjennomførte undersøkelsene. Resultatene kan også tyde på at muntlig informasjon er mer effektivt på brukermedvirkning enn skriftlig informasjon.

En annen oversiktsartikkel av Griffin m.fl. (2004) tar for seg 30 studier av intervensjoner i forkant av konsultasjoner mellom pasient og lege. Intervensjonene ble gitt i form av informasjonsmateriell/samtaler i forkant av konsultasjonen eller i form av mer brukerorientert legeadferd under selve konsultasjonen (for eksempel generell endring av informasjonsform, positiv informasjon om diagnose, opplæring av pasient, opplæring i legens kommunikasjon, gruppeundervisning). I 26 av studiene var det positive effekter for intervensjonsgruppen, hvorav resultatene var statistisk signifikant i 14 av dem (dvs. 40 %). Videre var det positive statistisk signifikante helseeffekter i 11 av 25 undersøkelser (44 %). Negative helseeffekter ble funnet i 5 av de 25 undersøkelsene som målte dette. På bakgrunn av disse resultatene, konkluderer forfatteren med at det er en rekke fremgangsmåter som kan benyttes for å bedre samhandlingen mellom pasient og lege, noe som også kan bidra til forbedringer i pasientenes helse.

En tredje oversiktsartikkel vurderer effekten av tiltak som har til formål å styrke pasientens evne til å innhente informasjon under konsultasjoner (Kinnersley m.fl. 2008). Artikkelen tar for seg 33 randomiserte undersøkelser. Intervensjonen i disse undersøkelsene dreier seg i hovedsak om – før konsultasjonen – å dele ut en sjekkliste med spørsmål til pasienter, coaching og utdeling av informasjonsmateriell. Resultatene viser at intervensjonene resulterte i små, men statistisk signifikante, økninger i pasientenes aktivitet under konsultasjonene. Tiltakene hadde også små, men positive effekter på pasientenes tilfredshet. Artikkelen konkluderer derfor med at slike intervensjoner gir små gevinster for pasientene. I følge forfatteren kan årsaken være at pasienter og klinikere har etablert atferd i konsultasjoner som er vanskelige å endre.

En fjerde oversiktsartikkel av Wetzels m.fl. (2008) tar for seg effekten av medvirkning blant eldre innen primæromsorgen, nærmere bestemt legekonsultasjoner. Formålet med tiltakene som undersøkes, er å gi pasientene økt innflytelse i konsultasjonen med lege. Oversiktsartikkelen tar for seg tre relevante undersøkelser, hvorav to hadde eksperimentelt design og en et kvasi-eksperimentelt design. I den ene studien fikk pasientene forut for legekonsultasjonen utdelt et informasjonshefte 3 dager før konsultasjonen (Cegala 2001). I den andre studien gikk pasientene gjennom en før-konsultasjon med en assistent der formålet var å utarbeide aktuelle spørsmål til bruk i samtale med legen (Kimberlin 2001). I den tredje studien bestod tiltaket av et totimers gruppeprogram om pasientadferd, en presentasjon av aktiv pasientadferd og utdeling av et hefte hvor pasientene skulle skrive ned formålet med legebekøket, sin medisinske tilstand samt spørsmål til legen.

I alle tre forsøkene ble effekten målt som endret adferd/holdninger med hjelp av spørreskjema eller intervjuer. Effekten ble målt i forhold til hvor aktive pasientene var under legekonsultasjonen og hvor mye informasjon pasientene fikk. I alle tre undersøkelsene vises det til positive effekter av intervensjonen. Det vil si at pasientene som var i undersøkelsesgruppene, både var mer aktive under konsultasjonen og mottok mer informasjon. I en av undersøkelsene ble det også målt om undersøkelsesgruppen generelt sett var mer fornøyd med konsultasjonen enn sammenligningsgruppen (Kimberlin 2001). Resultatene her viste imidlertid at det ikke var noe forskjell. Harmsen (2008) konkluderer med at resultatene må tolkes med forsiktighet, selv om alle de tre studiene viser til positive effekter. Årsaken til dette er at ut-

valgene i to av studiene var relativt små, samtidig som at ingen av dem testet ut langtidseffekten av intervensjonen.

En femte oversiktsartikkel av Nilsen m.fl. (2009) tar for seg studier som har undersøkt betydningen av brukermedvirkning på forhold som helsepolitikk og planlegging; klinisk praksis og informasjonsmateriell til pasienter. Utgangspunktet for gjennomgangen er påstandene om at brukermedvirkning gir bedre helsetjenester og bedre helse og livskvalitet for pasientene. Litteraturgjennomgangen har tatt for seg studier som baserer seg på randomiserte forsøk, kvasi-randomiserte forsøk, tidsserieanalyser og kontrollerte før-etter-analyser. Oversiktsartikkelen endte opp med i alt 5 relevante studier. En hovedkonklusjon basert på de nevnte studiene, er at betydningen av brukermedvirkning er tydeligst i forhold til utforming av informasjonsmateriell, dvs. at medvirkning fører til at det utformes bedre og mer relevant informasjonsmateriell. Videre oppsummeres det med at det er få andre konklusjoner de kan trekke på bakgrunn av de nevnte studiene om virkningen eller effekten av brukerinvolvering.

En sjetteste oversiktsartikkel tar for seg økt brukermedvirkning blant pasienter med psykiske lidelser (Duncan 2010). Formålet var å finne artikler som undersøkte om tiltak for å øke pasientdeltakelse, påvirket pasientens tilfredshet med behandling eller omsorg, om det førte til bedre helsemessig resultat eller til færre reinnleggelses. Søk etter randomiserte eller kvasi-randomiserte studier endte imidlertid bare opp med to aktuelle artikler. Begge artiklene undersøkte betydningen av såkalt delt beslutningstaking, dvs. en behandlingsprosess hvor begge parter skal bringe inn kompetanse til prosessen og ta beslutninger i fellesskap. Bakgrunnen for metoden er anerkjennelsen av at pasientene har rett til selvbestemmelse, og at forventninger om dette vil bidra til bedre oppslutning om behandlingen fra pasientens side. De to artiklene tok for seg henholdsvis behandling av schizofrene og personer med depresjon i primærhelsetjenesten. Det var bare i den sistnevnte undersøkelsen at man fant statistisk signifikant bedre pasienttilfredshet i intervensjonsgruppen. Videre kunne ingen av undersøkelsene vise til effekter på kliniske resultater eller i forhold til redusert reinnleggelses, verken korttids- eller langtidseffekter. I følge forfatterne kan man derfor ikke trekke noe entydig konklusjon fra de nevnte studiene.

Vi kan til slutt ta med en dansk doktoravhandling som har tatt for seg litteratur om betydning av brukermedvirkning på rehabilitering av personer med psykiske lidelser (Petersen 2009). Gjennomgangen tar for seg 13 studier, hvorav 8 er kvalitative og 5

kvantitative. På bakgrunn av gjennomgangen konkluderes det med at brukermidvirkning har en positiv innvirkning på brukernes tilfredshet og opplevelsen av kvalitet. Dette gjaldt både på selve rehabiliteringen, på utvikling av sosiale ferdigheter og på forebygging av hjelpeløshet. Samtidig viser studiene at tilbudet ikke alltid levde opp til brukernes forventinger. Flere av studiene pekte også på at fagpersoner hadde holdningsmessige barrierer i forhold til brukermidvirkning. Basert på egne empiriske undersøkelser, viser imidlertid avhandlingen at brukermidvirkning ikke utelukkende dreier seg om en individuell kamp om selvbestemmelse og anerkjennelse, men vel så mye om læringsprosesser som foregår mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Dette innebærer at graden av innflytelse også kan gå gjennom en utviklingsprosess fra liten til stor deltakelse. Samtidig peker avhandlingen på at samhandlingen mellom tjenesteyter (fagperson) og tjenestemottaker (bruker) bærer preg av å dreie seg om forhandlinger om hva brukeren til enhver tid har mulighet til å bestemme og ha innflytelse over.

3.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gjennomgått litteratur om brukermidvirkning på system- og individnivå, herunder ordninger med fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse.

Vi finner at det er stor utbredelse av systemer for brukermidvirkning innen helse- og omsorgssektoren. Bl.a. oppga vel halvparten av norske kommuner at de i 2008 hadde serviceerklæringer innen denne sektoren. Videre var det vel 1/3 av kommunene som hadde oppnevnt råd eller utvalg med brukerrepresentanter. Vi har imidlertid lite kunnskap om hvordan slike systemer fungerer i praksis og i hvilken grad de har betydning for utformingen av tjenestene. De studiene vi har tatt for oss om brukerråd, gir ikke noe entydig svar, men peker på noen gjennomgående utfordringer. Dette gjelder spørsmålet om deltakelse og representativitet, faren for at brukere blir ”gissel” blant eksperter og utfordringer i forhold til å involvere rådene i organisasjonenes øvrige beslutningsprosesser.

Litteraturen som har sett på anvendelsen av brukerundersøkelser i kommunene peker på to forhold. For det første stilles det spørsmål ved om undersøkelsene får frem brukernes virkelige meninger om tjenestene og om de gir et for positivt bilde. For det andre peker litteraturen på at slike undersøkelser i liten grad benyttes som

grunnlag for å endre tjenestene, noe som bl.a. henger sammen med at de ofte gir gode resultater. På bakgrunn av begge disse punktene kan vi derfor stille spørsmål om slike undersøkelser er et godt verktøy for brukermedvirkning i kommunene.

Det er også sparsomt med empiriske undersøkelser som har tatt for seg hvordan brukermedvirkning foregår på individnivå i den kommunale helse- og omsorgssektoren. De studiene vi har sett på viser imidlertid at dette langt på vei dreier seg om det vi innledningsvis har kalt brukerretting, dvs. at brukernes behov styrer innretningen av tjenestene. I praksis dreier dette seg om at tjenesteyterne forsøker å tilpasse tjenestene ved å tolke og forstå brukernes ønsker og behov. Bakgrunnen for denne praksisen er at store deler av brukerne innenfor helse- og omsorgssektoren er helsemessig svake og/eller har vanskelig for å uttrykke seg språklig. For store deler av brukerne i denne sektoren handler derfor brukermedvirkning lang på vei om tjenesteyternes evne til å tolke og forstå brukerne.

I kapitlet har vi også sett nærmere på virkemidler som ansvarsgrupper, individuell plan, ordningen med ”bruker-spør-bruker” samt metoder for myndiggjøring av brukere. En generell konklusjon vi kan trekke fra gjennomgangen av disse studiene, er at det ikke nødvendigvis er et spørsmål om disse bidrar til reell brukermedvirkning eller ikke. Det er heller et spørsmål om hvordan slike virkemidler blir brukt. Når det gjelder metoder for myndiggjøring ser vi videre at dette ofte dreier seg om å sette i gang mer langvarige prosesser som innebærer at den enkelte bruker eller grupper av brukere skal lære å hjelpe seg selv.

Ordninger med fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse skiller seg fra øvrige former for brukermedvirkning ved at brukerne i prinsippet får mer makt til å velge. Bakgrunnen for slike ordninger er også at det skal bidra til å heve kvaliteten. En gjennomgang av norsk og nordisk evalueringslitteratur understøtter også dette. Erfaringer fra forsøk i Oslo viser at brukere som valgte privat hjemmehjelp/hjemmesykepleie var mer fornøyd enn andre brukere. Samtidig viser disse undersøkelsene at det er relativt få brukere som velger å skifte tjenesteyter. Undersøkelser fra Sverige og Danmark er imidlertid ikke like entydige. Mens enkelte peker på at fritt brukervalg gir økt brukertilfredshet, viser andre til at kvalitetsforbedringer ikke kan dokumenteres. Evalueringer fra Sverige og Danmark viser også at det for mange er vanskelig å foreta valg, noe som bl.a. har å gjøre med at skifte av tjenesteleverandør både er arbeidskrevende og forbundet med usikkerhet.

Evalueringer av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse gir et mer entydig positivt bilde sett fra brukernes ståsted. Samtlige evalueringer viser at brukerne gjennomgående er fornøyd med denne ordningen og den friheten den gir. På den andre siden peker evalueringene også på enkelte utfordringer. Dette gjelder bl.a. rekruttering av assistenter, det å ivareta arbeidsgiverrollen og at ordningen kan bidra til å fortrenge andre tjenester eller til å passivisere brukerne. Fra kommunenes side påpekes det også at det er utfordrende å kvalitetssikre ordningen, at den er vanskelig å samordne med andre tjenester og at den er kostnadsintensiv.

Til slutt i kapitlet har vi også gjennomgått flere internasjonale oversiktsartikler om effekten av tiltak for å styrke brukerrollen. I all hovedsak dreier dette seg om informasjonstiltak i forbindelse med behandling hos primærhelsetjenesten. Resultatene viser ingen entydige effekter. Det betyr at mens noen undersøkelser finner positive effekter, er effektene små eller fraværende i andre. En av undersøkelsene peker imidlertid på at brukermidvirkning ikke utelukkende dreier seg om en individuell kamp om selvbestemmelse, men vel så mye om læringsprosesser som foregår mellom tjenesteyter (fagperson) og tjenestemottaker. Det kan med andre ord bety at brukermidvirkning ikke nødvendigvis fremmes gjennom enkeltstående tiltak slik de øvrige studiene forutsetter, men mer som et resultat av en lengre læringsprosess både hos tjenestemottaker og tjenesteyter.

4. Kvantitative undersøkelser

I dette kapitlet har vi presentert en oversikt over kommunenes bruk av medvirkningsformer. Utgangspunktet her er organisasjonsdatabasen utarbeidet av NIBR/KRD. Databasen baserer seg på en undersøkelse gjennomført i 2004 og 2008, og kartlegger kommunenes bruk av ulike systemer for brukermedvirkning, herunder serviceerklæringer, brukergarantier, brukerundersøkelser, brukerråd og fritt brukervalg. Kapitlet tar videre opp to sentrale spørsmål. Det ene spørsmålet er om de nevnte virkemidlene påvirker kostnadene, kostnadsutviklingen og produktiviteten innen pleie- og omsorgssektoren. Det andre spørsmålet er de nevnte systemene for brukermedvirkning påvirker brukernes tilfredshet med tjenestene.

4.1 Omfanget av institusjonelle virkemidler

I denne delen har beskrevet bruken av kommunenes bruk av systemer for brukermedvirkning med bakgrunn i NIBRs organisasjonsundersøkelse fra 2004 og 2008. Nærmere bestemt beskrives bruken av serviceerklæringer og brukergarantier, driftsstyrer/utvalg/råd og ordningen med fritt brukervalg i pleie- og omsorgssektoren.

4.1.1 Serviceerklæringer og brukergarantier

Undersøkelsen fra 2008 viser at 57 % av kommunene har innført serviceerklæringer i kommunen. Innen helse- og omsorgstjenesten utgjør andelen 48 %. Dette indikerer dermed at de aller fleste som har serviceerklæringer, har inkludert pleie- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen fra 2004 viser at det var omtrent halvparten av kommunene som hadde serviceerklæringer (tjenestebeskrivelse) i kommunen, altså nesten like mange som i 2008. Tallene for helse- og omsorgstjenestene er noe mer usikre i 2004, siden kommunene da ble bedt om å oppgi hvilke sektorer de hadde innført serviceerklæringer i, i et åpent spørsmål. En oppsummering av svarene viser imidlertid at omtrent 3/4 nevner tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. Anslagsvis utgjør dette dermed 35 % av alle kommunene som svarte på undersøkelsen.

sen. Med andre ord kan det tyde på at det har vært en økt bruk av serviceerklæringer i helse- og omsorgssektoren i perioden fra 2004 til 2008.

På spørsmålet om kommunen har innført brukergarantier innen helse- og omsorgssektoren, finner vi at bare 9 kommuner svarer bekreftende på dette i undersøkelsen fra 2004, mens det er 15 i 2008.

4.1.2 Driftsstyrer, utvalg og råd

Det er etter hvert flere kommuner som har innført driftsstyrer innen ulike sektorer. I følge NOU 2006:7 kan dette virkemidlet ses i sammenheng med etablering av flere organisasjonsstrukturer og delegering av myndighet til utøvende organ. I følge kommuneloven kan slike styrer tillegges myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift organisering. Det gis også stort spillerom for kommunene til å bestemme styrets sammensetning, herunder inkludering av brukerrepresentanter.

Organisasjonsdatabasen viser at det i 2004 var 33 kommuner som hadde driftsstyrer med brukerrepresentanter innenfor bo- og behandlingsinstitusjoner for eldre og/eller funksjonshemmede. Av disse var det imidlertid bare i 6 av kommunene at styret hadde beslutningsmyndighet. I 5 av kommunene hadde styret beslutningsmyndighet i saker omkring tjenestekvalitet, i 3 kommuner hadde styret beslutningsmyndighet i saker som angikk prioriteringer og kun i en kommune hadde styret beslutningsmyndighet i forhold til budsjettsaker.

I undersøkelsen fra 2008 var det 44 kommuner som svarte at de hadde driftsstyre innen bo- og behandlingsinstitusjoner. Men også her viser det seg at styrene i liten grad har beslutningsmyndighet. I 8 av kommunene hadde driftsstyret beslutningsmyndighet i forhold til tjenestekvalitet, i 5 kommuner i forhold til prioriteringer og i 3 kommuner også i forhold til budsjettsaker. Av de kommunene hvor styrene har beslutningsmyndighet, er det interessant å observere at det bare er to av de seks kommunene i 2004 som fremdeles oppga at styret hadde beslutningsmyndighet i 2008. Videre er det én av kommunene som har styre uten beslutningsmyndighet og én som har avvirket hele ordningen (de siste to kommunene svarte ikke på undersøkelsen i 2008).

I undersøkelsen fra 2008 ble det også spurt om kommunen hadde oppnevnt et utvalg/råd/styre og/eller komité med representanter fra frivillige lag og foreninger innen pleie- og omsorgsområdet. Av de som svarte på dette spørsmålet var det 33 % (89) av kommunene som svarte bekreftende. Undersøkelsen gir imidlertid ikke noe videre opplysninger om hva slags institusjoner dette er.

4.1.3 Fritt brukervalg

I 2008 var det 6 av 315 kommuner som svarte at de hadde fritt brukervalg innen institusjonsbasert helse og omsorg, mens 14 kommuner svarte at de hadde fritt brukervalg inne pleie og bistand i hjemmet.⁶ I undersøkelsen fra 2004 fremgår det at 2 av 200 kommuner hadde fritt brukervalg innen institusjonsbasert helse og omsorg, mens 10 oppga at de hadde fritt brukervalg innen hjemmebaserte tjenester. Med andre ord er dette en ordning med relativt lite utbredelse. Selv om vi opererer med ulike utvalg i de to undersøkelsene, samtidig som det er få kommuner som benytter slike ordninger, tyder likevel tallene på at det har vært en liten utvikling i bruken av fritt brukervalg innen pleie- og omsorgssektoren.

4.2 Skaper brukermedvirkning press på tjenestetilbudet?

En kritikk mot brukermedvirkningstradisjonen er at det skaper økte forventinger og press på å utvide tjenestetilbudet, noe som igjen kan være kostnadsdrivende i forhold til budsjettet som helhet eller på enkeltsektorer. En hypotese vil derfor være at kommuner med utstrakt brukermedvirkning har høyere utgifter i helse og omsorgssektoren enn andre kommuner. Effektiviseringsargumentet viser på sin side til det motsatte, dvs. at dersom man tar hensyn til brukernes interesser og behov, vil det være lettere å utvikle en velfungerende og kostnadseffektiv organisasjon. Hypotesen vi kan avlede fra dette, vil således være at kommuner som vektlegger brukermedvirkning, er mer kostnadseffektive enn andre kommuner.

For å teste hypotesen om at brukermedvirkning er kostnadsdrivende, har vi undersøkt om det er sammenheng mellom kommunenes bruk av systemer for bruker-

⁶ I spørreskjemaet til kommunene ble det benyttet formuleringen ”pleie og bistand i hjemmet”. Dette må dermed forstås som både hjemmesykepleie og praktisk bistand.

medvirkning i pleie- og omsorgssektoren og kostnadsutviklingen. Tilsvarende har vi testet sammenhengen mellom kommunenes bruk av slike systemer og produktiviteten i sektoren.

Analysene baserer seg på data fra NIBRs organisasjonsdatabase fra 2004 og 2008. Databasen inneholder informasjon om kommunenes bruk av ulike systemer for brukermedvirkning (BM-systemer). De to undersøkelsene er imidlertid utformet noe forskjellig i den forstand at databasen fra 2008 inneholder informasjon om flere virkemidler enn databasen fra 2004 (tabell 4.1).

Tabell 4.1 Ulike systemer for brukermedvirkning (BM-system) i NIBRs database i 2004 og 2008.

	2004	2008
Serviceerklæring	x	x
Brukergarantier	x	x
Driftsstyre i bo- og behandlingenheter	x	x
Brukerundersøkelser		x
Brukermøter		x
Brukerråd/-utvalg		x
Fritt brukervalg, institusjonstjeneste	x	x
Fritt brukervalg, hjemmetjeneste	x	x

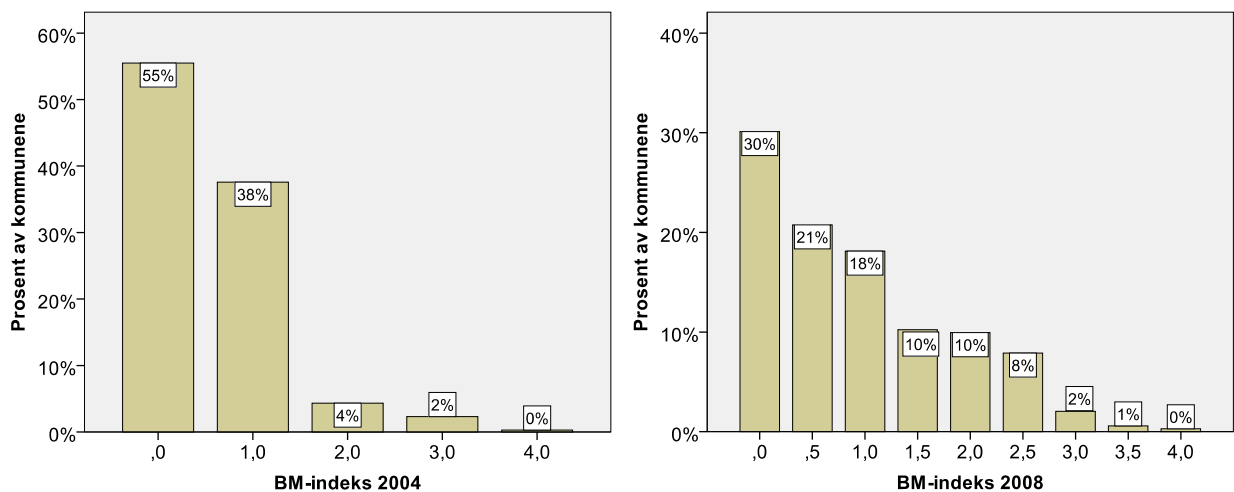
Datagrunnlaget fra NIBRs database er videre koblet sammen med kommunenes driftsutgifter og andre bakgrunnsdata fra Kostra. Hovedformålet vil være å undersøke sammenhengen mellom BM-systemene og kommunens driftsutgifter innen pleie- og omsorgssektoren.

Undersøkelsen baserer seg på to typer undersøkelsesdesign. I det ene, der vi undersøkt betydningen av BM-systemer på *kostnadsnivået* i kommunen, har vi basert oss på enkle tverrsnittundersøkelser. Siden vi har data både fra 2004 og 2008, gir dette grunnlag for å teste dette på begge tidspunkter. I det andre undersøkelsesopplegget, der vi tar for oss betydningen av BM-systemer for *kostnadsutviklingen*, har vi koblet sammen databasene og undersøkt kostnadsutviklingen for kommuner som hadde BM-systemer både i 2004 og 2008 (sammenlignet med andre kommuner).

Spørsmålet her er med andre ord om kommuner som hadde BM-systemer på begge tidspunkt, har hatt en sterkere kostnadsutvikling enn andre kommuner.

4.2.1 Brukermedvirkning og kostnadsnivå

I den første analysen av sammenhengen mellom kostnadsnivået og BM-systemer, har vi beregnet en indeks ved å summere antall virkemidler kommunen har tatt i bruk. Hvert virkemiddel har en verdi på 1, bortsett fra brukerundersøkelser og brukermøter som hver har en verdi på 0,5 (gjelder 2008). Det betyr at kommuner som har benyttet alle virkemidlene i 2004 vil ha en skår på 5, mens en kommune med alle virkemidler i 2008 kan ha en skår på 7.⁷



Figur 4.1 Omfanget av systemer for brukermedvirkning i kommunene (BM-indeks) i 2004 og 2008.

Det sentrale spørsmålet her er om de som har en høy skår i henholdsvis 2004 og 2008 har høyere driftsutgifter per bruker enn kommuner med lavere skår.

I både 2004 og 2008 finner vi en negativ sammenheng mellom BM-indeksen og kostnadsnivået, dvs. at jo høyere BM-indeks kommunen har, desto lavere er kostnadsnivået (se Tabell 8.1 og Tabell 8.2 i vedlegg). Denne effekten svekkes imidler-

⁷ Siden indeksen er basert på kommunenes rapportering om hvorvidt de har eller ikke har de ulike systemene for brukermedvirkning, trenger den ikke nødvendigvis å være et uttrykk for reell brukermedvirkning. Strengt tatt viser derfor ikke analysene effekten av reell brukermedvirkning, men effekten av å ha systemer for brukermedvirkning.

tid når vi kontrollerer for innbyggertall og kommunens tettbygdhet, noe som indikerer at det i første rekke har vært større urbane kommuner som har tatt i bruk BM-systemer. Dette kan tyde på at kausalitetsretningen går motsatt vei, dvs. at kommuner som opprinnelig har et lavt kostnadsnivå per innbygger (dvs. større tettbygde kommuner), er mer tilbøyelige til å innføre BM-systemer. Vi ser videre at effekten forsvinner helt når vi kontrollerer for dekningsgraden (andelen brukere i kommunen). Dette henger sammen med at kommunene med høy BM-skår har lavere dekningsgrad enn kommuner med lavere BM-skår.

4.2.2 Brukermedvirkning og kostnadsutvikling

Den andre analysen baserer seg på en antagelse om at kommuner som har hatt systemer for brukermidvirkning over tid, vil ha en effekt på kostnadsutviklingen i kommunen. For å måle dette, har vi sammenlignet kostnadsutviklingen i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2002/03 til 2007/08 mellom kommuner som hadde BM-systemer både i 2004 og 2008, og andre kommuner.

Tabell 4.2 Antall kommuner med ett eller flere BM-systemer i 2004 og 2008.

		2008		
		Ingen BM	BM	Total
2004	Ingen BM	62	96	158
	BM	20	108	128
	total	82	204	286

Tabell 4.2 viser at av de 128 kommunene som hadde BM-systemer i 2004, og som vi har data for i 2008, var det 108 som fremdeles hadde slike systemer i 2008. I tillegg var det 96 kommuner som i løpet av perioden hadde innført minst ett virkemiddel. Det vil si at det i 2008 i alt var 204 kommuner som hadde ett eller flere slike virkemidler. I denne delen av undersøkelsen har vi sammenlignet de 108 kommunene som har hatt slike virkemidler på begge tidspunkt, med de øvrige kommunene. Den avhengige variabelen i analysen er her prosentvis endringer i utgiftene fra perioden 2002-2003 og til 2007-2008.

Tabell 4.3 Sammenligning av kostnadsutviklingen (% endring korrigerede brutto driftsutgifter, deflaterte tall) i kommuner med BM-systemer både i 2004 og 2008 med andre kommuner.

	Prosent endring i korrigerede brutto driftsutgifter 2002/03 til 2007/08		
	Snitt	Std.avvik	N
Andre kommuner	18,9	13,1	177
Kommuner med BM-systemer i 04 og 08	23,6	15,5	108
Total	20,7	14,2	285

Tabell 4.3 viser forskjellen i prosentvis endring i brutto driftsutgiftene til pleie- og omsorgssektoren (gjennomsnitt) for kommuner med BM-systemer i både 2004 og 2008, og andre kommuner. Mens kommuner med BM-systemer hadde en økning på 23,6 %, var økningen i de øvrige kommunene på 18,9 %. I utgangspunktet er denne forskjellen også statistisk signifikant. Når vi kontrollerer for andre bakenforliggende variabler forsvinner denne effekten (se Tabell 8.3 i vedlegg). Dette skyldes i all hovedsak kommunestørrelse og kommunens tettbygdhet, samt at disse kommunene har hatt større befolkningsvekst enn andre kommuner. Med andre ord er det ikke BM-systemene i seg selv som påvirker kostnadsutviklingen, men heller det at kommunene som innfører BM-systemer, har en befolkningsstruktur og befolkningsutvikling som påvirker kostnadsutviklingen.

4.2.3 Brukermedvirkning og produktivitet

I innledningen til dette delkapitlet viste vi til effektiviseringsargumentet, som innebærer at systemer for brukermidvirkning vil bidra til å utvikle en velfungerende og kostnadseffektiv organisasjon. Vi har derfor også undersøkt om BM-systemer har betydning for produktiviteten i pleie- og omsorgssektoren. I denne analysen benytter vi det samme analysedesignet som over, dvs. både tverrsnittsanalyser for henholdsvis 2004 og 2008, samt en analyse som tar for seg endringer i produktiviteten. Produktivitet utgjør den avhengige variabelen i analysen, og er målt som brutto driftsutgifter per bruker.

Ingen av analysene viser imidlertid at det er noen sammenheng mellom brukermedvirkning og produktiviteten (se Tabell 8.4 og Tabell 8.5 i vedlegg). Estimatene er som forventet negativt, dvs. at det er lavere driftsutgifter i kommuner med BM-system, men ingen er statistisk signifikante. I analysen av produktiviteten i 2007/08 finner vi riktignok en signifikant negativ sammenheng mellom bruken av BM-systemer og produktiviteten. Denne effekten forsvinner imidlertid når vi kontrollerer for innbyggerstørrelse og bosettingstetthet. Selv om kommuner med BM-systemer har lavere kostnader per innbygger, skyldes dette med andre ord ikke BM-systemene, men heller kommunenes størrelse og tettbygdhet. En rimelig forklaring er at større kommuner – som også har BM-systemer – i større grad klarer å utnytte stordriftsfordeler. Undersøkelsen underbygger dermed ikke effektivitetsargumentet om at systemer for brukermedvirkning bidrar til mer effektive tjenester. Samtidig er det heller ingenting som tyder på at slike systemer er kostnadsdrivende.

4.3 Brukermedvirkning og brukertilfredshet

Implikasjonene av både maktutjevningsargumentet og serviceargumentet er at brukermedvirkning fører til kvalitativt bedre tjenester. Vi skulle derfor forvente at kommuner som vektlegger brukermedvirkning, har mer tilfredse brukere enn andre kommuner. For å teste dette har vi koblet organisasjonsdatabasen til en nasjonal innbyggerundersøkelse som Direktoratet for forvaltning og IKT gjennomførte i 2009 (DIFI rapport 2010:01). Det innebærer at vi for hver respondent i innbyggerundersøkelsen kobler til informasjon om den respektive kommunes bruk av ulike former for medvirkning, dvs. serviceerklæring, brukergaranti, styre/råd utvalg, etc. På samme måte som over, har vi her beregnet en indeks for kommunens bruk av slike systemer (BM-indeks). Undersøkelsen tar dermed sikte på å undersøke om brukerne er mer tilfredse med tjenestetilbudet jo høyere BM-indeks kommunen har.

4.3.1 Datagrunnlaget

Innbyggerundersøkelsen omfatter i alt 12 162 personer.⁸ Fra disse har vi ekskludert respondentene fra kommunene Oslo, Bergen og Trondheim. Dette har bakgrunn i at de tre kommunene utgjør en forholdsvis stor del av utvalget (2484), samtidig som at bydelene kan ha ulik praksis med bruk av ulike brukermidvirkningsverktøy. Når vi tar bort disse tre kommunene, står vi igjen med et utvalg på 9678 respondenter. Av disse igjen benyttes et utvalg på 2365 respondenter som svarer at de har erfaring med tjenestene som brukere eller pårørende. For hver enkelt av disse respondentene har vi koblet til informasjon om bostedskommunen, herunder bruk av systemer for brukermidvirkning og annen bakgrunnsinformasjon.

Siden vi ikke har kommuneinformasjon for alle kommunene som inngår i spørreundersøkelsen, faller det av ytterligere 584 respondenter. Det vil si at vi sitter igjen med et nettoutvalg på 1781 respondenter fordelt på 332 kommuner. Antall respondenter i hver kommune varierer fra 1 til 317.

Et problem med å koble sammen organisasjonsdatabasen og innbyggerundersøkelsen, er tidsforskjellen på gjennomføringen av undersøkelsene. Organisasjonsundersøkelsen ble gjennomført i januar 2008, men spørsmålene omhandlet praksis for 2007. Innbyggerundersøkelsen ble gjennomført på sommeren/høsten 2009. Med andre ord er det en tidsforskjell på 1,5 år mellom de to undersøkelsene. Det kan bety at det i perioden fra januar 2008 til sommeren/høsten 2009 kan ha vært endringer i kommunenes bruk av ulike typer brukermidvirkningsverktøy. Det er imidlertid rimelig å anta at bruken av slike verktøy har økt, og ikke blitt redusert. Faren er derfor at vi kan undervurdere virkningene dersom flere kommuner har tatt i bruk slike verktøy i mellomtiden (dvs. at de havner i kategorien kommuner som ikke bruker de aktuelle verktøyene, mens de i realiteten har innført det i den aktuelle perioden). Samtidig kan tidsforskjellen også være hensiktsmessig i den forstand at kommuner som hadde innført brukermidvirkningsverktøy per januar 2008, i det minste har hatt tid til å innarbeide dem på en slik måte at vi kan forvente å identifisere effekter i 2009.

⁸ Dette utvalget består av personer som det også er informasjon om bostedskommune.

Fra DIFI-undersøkelsen har vi benyttet oss av to mål på tjenestekvaliteten. Det ene er brukernes opplevelse av tilgjengeligheten⁹ til tjenestene, mens det andre er spørsmålet om tilfredsheten¹⁰ med tjenestene. For hver bruker beregnet vi et gjennomsnitt på svarene for de fire aktuelle tjenestene (hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjemsplasser og omsorgsboliger).

4.3.2 Har systemer for brukermedvirkning betydning for innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten?

I den første analysen har vi undersøkt sammenhengen mellom kommunenes bruk av BM-systemer og brukertilfredsheten. Noe overraskende finner vi en svak, men statistisk signifikant, negativ sammenheng mellom kommunenes BM-indeks og opplevelsen av tilgjengeligheten til tjenestene (se Tabell 8.7 i vedlegg). Det vil si at jo flere BM-systemer kommunen har, desto mindre fornøyde er brukerne. Når vi kontrollerer for innbyggerstørrelse og kommunens tettbygdhet, forsvinner imidlertid denne sammenhengen. Det betyr at den negative sammenhengen vi fant først, kan forklares med at det er en overvekt av større kommuner som har innført slike virkemidler, samtidig som at brukertilfredsheten gjennomgående er lavere i større og mer tettbygde kommuner. Med andre ord finner vi ingen sammenheng mellom bruken av BM-systemer og den opplevde tilgjengeligheten til tjenestene. Vi har også testet om det er noen sammenheng mellom kommunenes bruk av serviceerklæringer/brukerråd og den opplevde tilgjengeligheten til tjenestene. Heller ikke her finner vi noen sammenheng.

4.3.3 Har systemer for brukermedvirkning betydning for innbyggernes opplevelse av brukertilfredshet

I den andre analysen har vi sett på sammenhengen mellom bruken av BM-systemer og tilfredsheten med tjenestetilbudet generelt (se Tabell 8.8 i vedlegg). Også her

⁹ Hvor godt eller dårlig mener du tilgangen på følgende tjenester [hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjemsplasser og boliger spesielt tilpasset eldre] er i din kommune?

¹⁰ Hvor gode eller dårlige mener du følgende tjenester [hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjemsplasser og boliger spesielt tilpasset eldre] er for de som mottar / bruker den?

finner vi i utgangspunktet en negativ signifikant sammenheng. Det betyr at jo mer BM-verktøy, desto mindre fornøyde brukere. På samme måte som over, er det imidlertid også her slik at dette kan forklares med kommunens innbyggerstørrelse. Med andre ord, ser det ikke ut til å være noen kausal sammenheng mellom brukermidvirkning og brukertilfredshet. Når vi skifter ut variabelen BM-indeksen med variabler om kommunens bruk av serviceerklæringer og styrer/råd, finner vi heller ingen signifikant sammenheng.

4.4 Brukermedvirkning og brukertilfredshet (del 2)

I denne delen har vi gjennomført tilsvarende undersøkelser som over, men med bruk av surveydata gjennomført i forbindelse med KS effektiviseringsnettverk. Resultater fra denne undersøkelsen er tidligere publisert i Huseby og Paulsen (2009). Her er også datagrunnlaget nærmere omtalt. Undersøkelsen er gjennomført overfor brukere av hjemmetjenesten, institusjonsbeboere og pårørende av institusjonsbeboere. Nedenfor har vi gjennomført separate analyser for alle disse tre aktørene.

4.4.1 Datagrunnlaget

Vi har benyttet to ulike datasett i denne analysen. Det ene omfatter brukere av hjemmetjenesten og det andre pårørende av institusjonsbeboere. I datasettet med brukerne av hjemmetjenesten (både praktisk bistand og hjemmesykepleie), inngår 107 kommuner og totalt 9457 respondenter. I datasettet med pårørende av institusjonsbeboere inngår 115 kommuner og 5675 respondenter. Oslo er tatt ut av analysene i begge undersøkelsene. I undersøkelsen har vi målt tre former for brukermidvirkning som vi kaller resultat, prosess og struktur.

Resultat:

- Om tjenestene har god kvalitet
- Om de gir en bedre hverdag slik at du kan bo hjemme
- Om du får den hjelpen du har behov for

Prosess:

- Brukermedvirkning, dvs. om brukerne tas med på råd i utformingen av tjenesten
- Om brukerne behandles med respekt

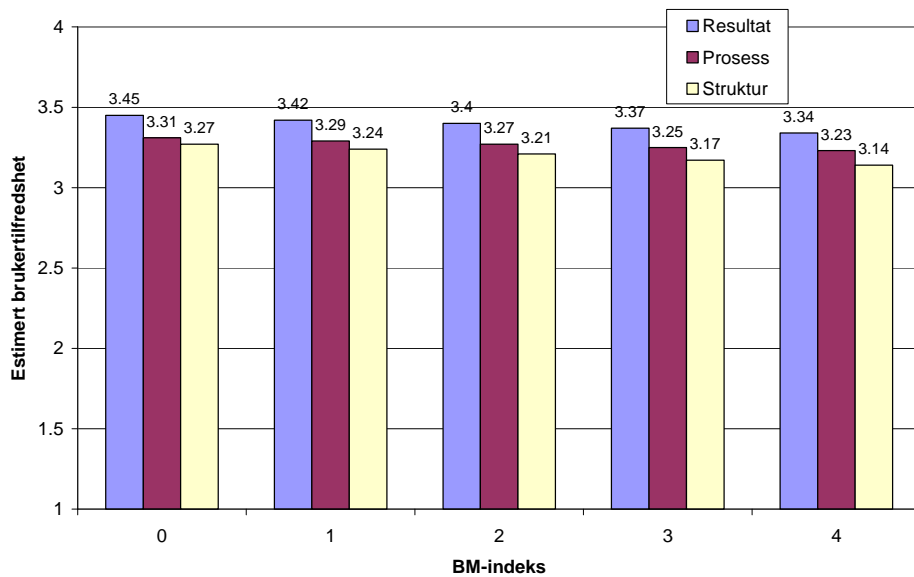
Struktur

- Tilgjengelighet
- Informasjon

Formålet med analysemodellene er primært å undersøke om ulike typer systemer for brukermedvirkning har betydning for brukertilfredsheten i kommunene. Systemer for brukermedvirkning er målt på samme måte som i analysene over, dvs. i form av en variabel som måler antallet systemer for brukermedvirkning i kommunen. Samtidig har vi i modellene også kontrollert for noen andre individ- og kommunespesifikke forhold. Dette gjelder utdanningsnivået i tjenesten, sykefravær, brutto driftsutgifter, kommunestørrelse, tettbygdhet, andelen eldre i kommunen og dekningsgraden.

4.4.2 Brukere av hjemmetjenesten

Analysen av hjemmetjenestene viser en negativ sammenheng mellom BM-indeksen og brukertilfredsheten (se Tabell 8.9 i vedlegg). Dette gjelder både i forhold til målet på resultat, prosess og struktur. Til forskjell fra analysene hvor vi benyttet DIFI-undersøkelsen, finner vi også en slik sammenheng selv om vi kontrollerer for kommunestørrelse.

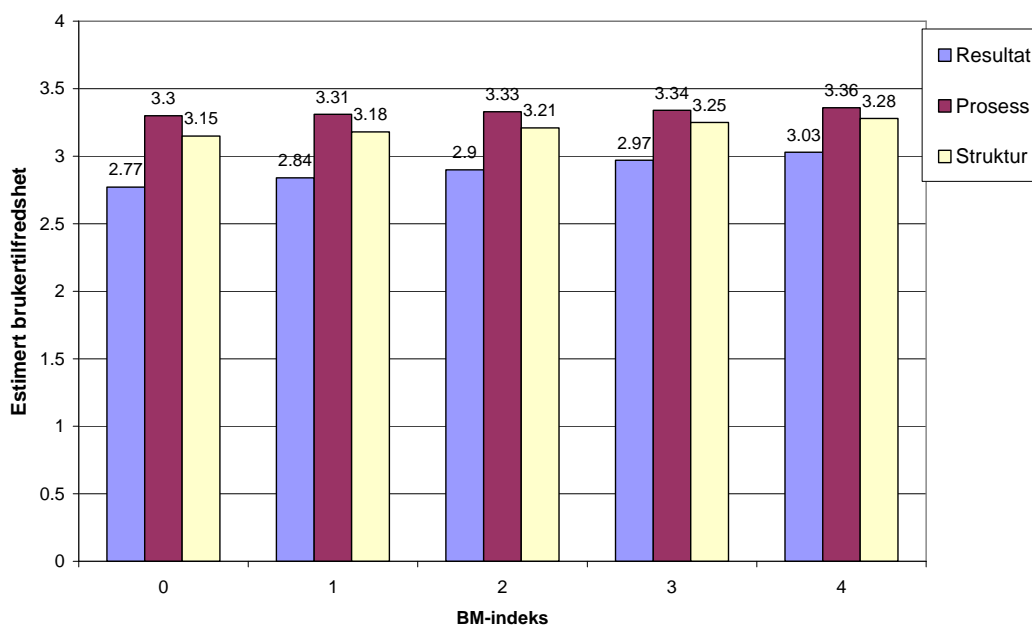


Figur 4.2 Estimerte verdier for brukertilfredshet i hjemmetjenesten i forhold til omfanget av systemer for brukermedvirkning i kommunene

Resultatene viser imidlertid at sammenhengen ikke er spesielt sterk. I figuren over vises estimerte verdier for brukertilfredshet for de tre variablene (resultat, prosess, struktur) etter hvor høy BM-indeks kommunen har. For eksempel ser vi her at en kommune uten systemer for brukermedvirkning har en estimert resultatverdi på 3,45, mens en kommune med en BM-indeks på 4 (max) har en estimert verdi på 3,34.

4.4.3 Pårørende til institusjonsboere

Analysen av pårørende til institusjonsbeboere viser, i motsetning til de øvrige analysene, en positiv effekt av BM-indeksen (se Tabell 8.10 i vedlegg). Det er imidlertid bare målene på resultat og struktur hvor effektene er signifikante. Det betyr med andre ord at jo flere systemer for brukermedvirkning kommunen har, desto mer tilfreds er de pårørende til institusjonsbeboerne.



Figur 4.3 Estimerte verdier for brukertilfredshet ved institusjonstjenestene i forhold til omfanget av systemer for brukermidvirkning i kommunene

Figuren over viser imidlertid at det ikke er noen sterk sammenheng. Den sterkeste sammenhengen finner vi i forhold til resultatmålet. Her ser vi at den estimerte skåren er på 2,77 for en kommune uten BM-systemer, mens den er på 3,03 i en kommune med en BM-indeks på 4. Dernest ser vi at det estimerte målet på struktur varierer fra 3,15 i en kommune uten BM-systemer, til 3,28 i en kommune med høyest BM-indeks. Som nevnt over, er det ingen signifikant sammenheng mellom BM-indeksen og prosessmålet.

4.5 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi undersøkt om kommunenes bruk av systemer for brukermidvirkning har betydning for kostnadene og kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Bakgrunnen for dette er påstander som fremkommer i litteraturen om effekten av brukermidvirkning. På den ene siden vises det til at brukermidvirkning både gir mer effektive og mer tilpassede tjenester. På den andre siden vises det til faren for at brukermidvirkning øker forventningene og derigjennom leder til kostnadsvekst. For å måle omfanget av kommunenes systemer for brukermidvirkning, har vi tatt utgangspunkt i NIBRs organisasjonsdatabase fra 2004 og 2008. På bakgrunn av

denne har vi utarbeidet en brukermedvirkningsindeks som sier noe om hvor mange systemer for brukermedvirkning kommunene har benyttet seg av.

Gjennomgående gir resultatene verken støtte til de som hevder at slike systemer bidrar til bedre og mer kostnadseffektive tjenester, eller de som hevder at slike systemer er kostnadsdrivende. Med andre ord er det et gjennomgående inntrykk at kommunenes systemer for brukermedvirkning (BM-systemer) har lite å si for kostnadene i helse- og omsorgssektoren. Analysene gir heller ikke grunnlag for å si at bruken av BM-systemer gir høyere produktivitet.

Vi finner ingen entydig sammenheng mellom bruken av BM-systemer og brukertilfredsheten med pleie- og omsorgstjenestene. To av analysene viser at det ikke er noen sammenheng, én analyse viser en signifikant negativ sammenheng og én at det er en signifikant positiv sammenheng. Resultatene er med andre ord noe sprikende. Vi skal imidlertid ikke overdrive betydningen av de signifikante resultatene siden det her er snakk om relativt svake effekter.

Analysen som viser en negativ sammenheng, tar utgangspunkt i brukere av hjemmebaserte tjenester. Denne viser med andre ord at jo flere systemer for brukermedvirkning kommunen har, desto mindre fornøyd er brukerne av de hjemmebaserte tjenestene. Analysen som viser en positiv sammenheng, tar utgangspunkt i pårørende av beboere på institusjon. Denne viser at jo flere BM-systemer, desto mer er de pårørende fornøyd med tjenestene.

Noe av forklaringen på den negative effekten blant brukere av hjemmetjenesten, kan være at BM-systemene bidrar til å skape økte forventninger blant brukerne. Dersom det skapes økte forventninger uten at kvaliteten eller omfanget på tjenestene endres, er det rimelig at dette vil slå ut i lavere brukertilfredshet. En annen forklaring kan være at slike systemer – spesielt serviceerklæringer – ikke nødvendigvis dreier seg om å øke kvaliteten på tjenestene, men om å presisere eller avgrense hva brukerne kan få av tjenester, og hva de *ikke* kan få.

Vi skal dermed ikke se bort i fra at innføring av slike systemer kan ha ulike effekter på ulike deler av tjenestene. Som nevnt over, kan slike systemer innen hjemmetjenesten knyttes sammen med initiativ for å stramme inn på tjenestene, mens det innenfor institusjonstjenestene i større grad vil dreie seg om at slike systemer bidrar til bedre innholdet i tjenestene.

5. Kvalitative undersøkelser

5.1 Innledning

I denne delen har vi presentert resultater fra 9 case-studier innen ulike deler av pleie- og omsorgssektoren. Formålet med disse studiene har vært å undersøke hvordan brukermedvirkning arter seg i praksis i ulike deler av tjenestene. I fire av case-studiene har vi gjennomført intervjuer med ledere og medarbeidere i pleie- og omsorgssektoren. Her var vi i første rekke opptatt av hvordan brukermedvirkning arter seg innenfor eldreomsorgen. Videre har vi et case som omhandler nettverks-samarbeid innenfor psykisk helsevern. Til slutt har vi fire case der vi har tatt utgangspunkt i brukerråd innen ulike deler av helse- og omsorgssektoren.

5.2 Brukermedvirkning innen eldreomsorgen

Fire av case-undersøkelsene er gjennomført innen eldreomsorgen. Formålet her var å undersøke nærmere både hvordan medarbeiderne tenkte omkring brukermedvirkning, og hvordan det ble praktisert innenfor både den institusjonsbaserte og hjemmebaserte omsorgen. Denne delen baserer seg på intervjuer med 25 informanter i helse- og omsorgssektoren fra fire kommuner. Herunder inngår både enhetsledere og ordinære medarbeidere.

5.2.1 Hva er brukermedvirkning?

Innledningsvis i intervjuene stilte vi spørsmål om hva informantene forbandt med brukermedvirkning. Alle informantene kjenner til begrepet, men samtidig synes de umiddelbart å være noe nølende og usikre når de får et slikt direkte spørsmål. Mange kommer med eksempler på virkemidler på systemnivå, som for eksempel brukerråd, brukermøter eller andre ordninger som førstegangssamtaler, brosjyrer

om tjenestene og lignende. Andre igjen svarer i form av mer generelle formuleringer som dette:

”Det er at de skal få lov til å bestemme ting.”

”Det viktigste er å finne ut av hvem brukeren er og hvordan de vil ha det.”

”Jeg tenker på det med ønsker når det gjelder mat og det de ønsker å gå på, at de ikke blir truet til det og at de kan gjøre som de selv vil.”

Et gjennomgående inntrykk er at de fleste har en umiddelbar oppfatning av at det dreier seg om å gi brukerne en viss form for innflytelse. Samtidig gir informantene også uttrykk for en viss usikkerhet, noe som kan tolkes i retning av at begrepet har fått utbredelse uten at det nødvendigvis blir gitt en klar og entydig definisjon. Enkelte opplever også begrepet mer som et moteord, men som mangler reell substans i den praktiske hverdagen. Det er imidlertid stor kontrast mellom informantenes evne til å definere begrepet brukermedvirkning, og deres fortellinger om brukermedvirkning i praksis. Med andre ord er informantene langt mer artikulerte når de beskriver hvordan brukerne involveres eller forsøkes involvert i det daglige arbeidet enn når de forsøker å definere begrepet.

For å få nærmere inngrep med hvordan brukermedvirkning ble praktisert, ble samtalene med informantene konsentrert omkring følgende tre former for brukermedvirkning:

- Brukermedvirkning i form av å være lydhør for brukernes ønsker
- Brukermedvirkning i form av å ta i bruk brukernes kunnskap
- Brukermedvirkning i form av hjelp til selvhjelp (aktiv deltakelse)

Den formen for brukermedvirkning de aller fleste kjenner seg best igjen i er ”hjelp til selvhjelp”, noe som har sammenheng med at denne formen for brukermedvirkning må sies å være nedfelt som en del av grunnutdanningen innen helse- og omsorgsfaget. Samtidig er det overraskende mange som ikke umiddelbart assosierer dette med brukermedvirkning.

Som vist over, assosierer de fleste brukermedvirkning med det å være lydhør for brukernes ønsker. Inntrykket er samtidig at dette er en form for brukermedvirkning som informantene anser som normativt riktig, men som likevel ikke alltid er like lett å etterleve, både fordi ressursene begrenses, fordi brukerne ikke alltid er i stand til å gi uttrykk for ønsker og fordi man ofte møter ulike dilemmaer. Flere peker

også på at man har blitt bedre på brukermedvirkning, noe som igjen tyder på at denne formen for brukermedvirkning ikke har like lange tradisjoner i pleiefaget som den førstnevnte.

Den formen for brukermedvirkning man i minst grad opplever som relevant, er å ta i bruk brukernes kunnskap. Selv om mange også oppfatter dette som viktig, er det få som klarer å finne konkrete eksempler fra sin praktiske hverdag. Samtidig er det også flere som gir uttrykk for at dette er lite relevant, siden brukerne innen helse- og omsorgssektoren ofte er svake og lite artikulert pga demens eller alderdom. Derimot er det flere som vektlegger betydningen av å ha kunnskap om brukerne.

5.2.2 Hva vil brukerne?

Brukerne av eldreomsorgen kan deles i tre hovedgrupper. Dette er brukerne av hjemmetjenesten, beboere på institusjon og til slutt pårørende. Formålet med å skille mellom disse tre gruppene er at de dels har ulike forutsetninger for å medvirke og dels har ulike interesser, ønsker eller behov. Det betyr også at brukermedvirkning i praksis vil arte seg ulikt for disse tre gruppene.

Det som kjennetegner *beboerne ved institusjonene*, er at de ofte er eldre og svake og derfor har vanskelig for å gi uttrykk for sine meninger. Samtidig fremgår det av intervjuene at den generasjonen som i dag er institusjonsbeboere gjennomgående er en takknemlig og lite kravstor generasjon. På spørsmål om hva beboerne ønsker å medvirke til, svarer en av informantene:

”En vil gjerne spille bingo, en annen vil ta en busstur, en vil kanskje spise frokost i pyjamasen, en vil kanskje være samme med andre og noen vil være for seg selv, noen vil dusje og andre vil ikke. Så kan det være ting de vil og ikke vil spise og hva slags klær de vil ha på se. Det er på det nivået der, og det går på de små tinga i det daglige.”

Beboerne på sykehjem og i omsorgsboliger gir derfor i liten grad uttrykk for å ha store krav. Tvert imot preges denne generasjonen av å være takknemlige for den hjelpen de får. I tillegg er det et gjennomgående trekk at denne gruppen er lite artikulerte, og brukermedvirkning dreier seg derfor mer om at pleierne må tolke og forstå beboernes ønsker og behov. I følge en informant er det gjerne primærbehovene som har førsteprioritet når man er syk og svak, dvs. mat, toalett, klesskifte,

søvn og lignende. Flere peker også på at hvile er noe beboerne setter høyt, faktisk høyre enn det både pleierne og de pårørende ofte tror.

Å ivareta brukermedvirkning for denne gruppen kan derfor være mer krevende enn for grupper som er mer artikulerte. Det innebærer også en fare for at ønsker og krav misforstås, mistolkes eller ikke kommer til uttrykk. Et eksempel på dette finner vi i en av case-kommunene. Brukerundersøkelsene her viste gjennomgående gode resultater. Samtidig ble det gjennomført intervjuer med et mindre utvalg beboere av en uavhengig person, som viste at mye likevel var underkommunisert. Rapporten fra denne undersøkelsen viste at pasientene selv opplever at de fikk for lite hjelp, at de opplevde liten selvbestemmelsesrett og at det forekom krenkelser (Karoliussen 2007). Det kanskje mest interessante med undersøkelsen er imidlertid at pasientene innledningsvis i intervjuet gir et positivt bilde av forholdene, men etter hvert som samtalen skrider frem og pasientene blir mer sikre på at samtalen håndteres konfidensielt, kommer det frem mer negative sider og hendelser ved tjenestene.

Den andre gruppen er *brukere av hjemmetjenesten*. Til forskjell fra institusjonsbeboerne er denne gruppen både yngre og mer artikulerte i forhold til sine ønsker og behov. I følge informantene finner vi også her mange takknemmelige brukere som gir uttrykk for å være fornøyde med tjenestene. Siden disse tjenestene ikke er altomfattende slik de gjerne er på et sykehjem, men avgrenset i forhold til det enkelte vedtaket, blir spørsmålet om hva slags tjenester brukerne skal få (og ikke få) mer aktuelt. Mye av kravene fra brukerne dreier seg således om hvor grensene for tjenestene skal gå, dvs. om å trappe ned på tjenestene og om det å få utført tilleggstjenester. Samtidig har mange brukere også klare preferanser i forhold til hvilket tidspunkt på døgnet de ønsker å motta tjenestene. Siden brukerne av hjemmetjenesten normalt er yngre og mer artikulert enn beboerne på sykehjem, finner vi også her brukere som stiller større krav til tjenestene.

De pårørende representerer en brukergruppe som er mer artikulert, og som gjerne tilhører en annen generasjon enn de andre brukergruppene. Samtidig er dette en heterogen gruppe. På bakgrunn av informantenes beskrivelser kan vi skille mellom tre grupper: de passive, de aktive og de kritiske. Flere av informantene gir uttrykk for at mange pårørende er relativt passive. De kommer på besøk en gang i uken og reiser igjen. Informantene etterlyser derfor mer engasjement blant denne gruppen

pårørende, men et engasjement som da innebærer å aktivisere eller være mer sosial med sykehjemsbeboerne.

”De pårørende kommer kanskje en gang i uka og så går de. Det blir ikke noe mer rundt det. Vi kunne ønske at de tok de mer ut, men i praksis blir de sittende i en krok og ta en kaffekopp. ”

Den andre gruppen er de aktive som har synspunkter og meninger på vegne av sine pårørende. Disse oppfattes gjennomgående som positive bidragsyttere. I følge informanter dreier kravene seg ofte om mer sosial aktivitet, unngå passiv tilværelse på rommet, rene klær, at beboerne er stelt og at de får tilfredsstilt sine primærbehov. Flere av informantene opplever denne gruppen som nyttige støttespillere, både i forhold til at de bidrar med nyttig informasjon om beboerne og som en samarbeidspartner i forhold til situasjoner som oppstår, noe følgende sitat illustrerer:

”Vi har noen som ikke vil dusje selv om det står i avtalen. I et slikt tilfelle hadde vi møte med datteren og ble enige om at hun [pasienten] *skulle* dusje hver fredag. Til slutt gikk hun også med på det. ... Det dreier seg om å prate litt rundt og så har det litt med måten du spør på.”

Den siste gruppen – *de kritiske* – har i følge flere informanter, et kritisk blikk på det meste ved tjenestene. Disse er få, men er i følge en informant, desto mer ”støyende”. Informantene forteller at dette kan dreie seg om mye detaljer og mye uberettiget kritikk, bl.a. at det daglige stedet ikke er godt nok, at de ikke spiser godt nok, at de er for lite sosialt aktive osv. Flere gir uttrykk for at det er vanskelig å tilfredsstille denne gruppen av pårørende fordi forventningene er for store. Samtidig peker en av informantene på at denne kritikken gjerne er uttrykk for at de pårørende har vanskelig for å akseptere aldringsprosessen hos de eldre, noe som kan skape vanskelige situasjoner. På den ene siden kan man stå overfor krav fra de pårørende om mer sosial- og fysisk aktivitet. På den andre siden opplever pleierne at beboerne selv først og fremst ønsker hvile, og at det heller oppleves som tvang å ta dem med på sosiale og fysiske aktiviteter. Dette kan dermed skape situasjoner der pleierne kommer i skvis mellom det de tolker som brukernes behov eller ønsker, og hva de pårørende ønsker for dem.

Et annet konfliktfylt forhold mellom tjenestene og pårørende er situasjoner hvor pårørende presser på for å få bestemte tjenester, og da aller helst plass på institusjon/omsorgsbolig. Her støter altså brukernes opplevelse av et behov mot tjenestens

behov for rettferdighet (den med størst behov). I en av case-kommunene hevder de at dette skjer, men at man likevel holder på rettferdighetsprinsippet:

”Jeg blir ikke påvirket av pårørende som står og truer. Har vi gjort en faglig vurdering, så har vi det. Men selvfølgelig vil vi vurdere eventuelle klager, men som regel opprettholdes vedtaket. ... Det er for eksempel ikke meningen at brukere med psykiske lidelser skal institusjonaliseres. Tvert imot. Og da vet vi at det vil bli støy. Og det kan jeg stå i, men da må vi gjøre korrekte vedtak. Så får vi heller stå i det og så får heller fylkesmannen eller politikerne overprøve oss.”

Alle er imidlertid ikke like standhaftig. Fra en annen undersøkelse fremgår det også at man kan gi etter for press i forhold til pårørende som ønsker sykehjemsplass (Møller og Flermoen 2010). Begrunnelsen for dette er bl.a. at det kan oppstå såpass mye støy rundt slike saker at det går ut over den enkelte bruker eller pasient. Flere peker også på at det kan være interessemotsetninger mellom den aktuelle brukeren av tjenestene og de pårørende. Mens de pårørende presser på for å få sykehjemsplass, kan brukerne selv være mer tilbakeholdne eller også motvillige mot å flytte hjemmefra.

5.2.3 Hvordan ivaretas brukermedvirning?

Langt på vei opplever pleierne selv at de ivaretar hensynet til medvirkning blant brukerne i eldreomsorgen. På institusjonen dreier dette seg for det første om å innhente informasjon fra pårørende, ha løpende samtaler og konferere med dem. I forhold til beboerne er dette, som nevnt over, en takknemmelig gruppe, og brukermedvirkning vil dermed langt på vei dreie seg om å tilpasse rutiner som legging, måltider etc til den enkelte beboer. I hjemmetjenesten må brukerne langt på vei forholde seg til vedtak som allerede er fattet, og medvirkning dreier seg derfor mer om hvordan tjenestene utføres. Det vil bl.a. si tilpasning av tidspunktet for hjelp til brukernes ønsker, hvor mye brukeren kan klare selv og hvor mye bistand man skal få til for eksempel personlig hygiene, tilrettelegging for måltider etc. Mange opplever derfor at brukermedvirkning ikke alltid er like relevant i det daglige, noe som har sammenheng med at man som regel følger faste rutiner og systemer.

Det er først og fremst når det oppstår spesielle situasjoner at brukermedvirkning oppleves å bli aktuelt. Dette gjelder i situasjoner hvor de har dårlig tid eller lav be-

manning (ressursknapphet), når brukeren har vanskelig for å artikulere seg og når det oppstår dilemmaer mellom hensynet til brukermidvirkning og andre hensyn.

Begrensning i ressurser

Ressursene setter begrensninger på mange måter. På sykehjemmet er tiden ofte en knapphetsfaktor samtidig som det å ta hensyn til brukernes interesser kan være tidkrevende. I følge en av informantene som jobber ved et sykehjem, reagerer flere av beboerne på at de blir stelt for raskt om morgenen og om kvelden. Samtidig forklarer informanten dette med at de fleste beboere på sykehjem i dag er sterkt pleie-trengende, og for å rekke over alle med en ordinær dag- og kveldsbemanning, er det nødvendig å utføre stellet raskere enn det beboerne ønsker. På samme måte er det også flere som gir uttrykk for at det ofte kan være vanskelig å sette av den tiden som skal til for at beboerne selv skal kunne klare å mestre oppgaver som det å kle på seg, vaske seg, gå på toalettet osv. Selv om de fleste anser at det er viktig å gi beboere i institusjon eller brukere av hjemmetjenesten tid til å mestre slike oppgaver, er det likevel flere som innrømmer at dette blir forsømt pga tidsknappheten.

I hjemmetjenesten blir som regel den enkeltes arbeidsoppgaver definert i forhold til vedtakene hver enkelt bruker får. Et slikt vedtak definerer således hvor mye ressurser man skal benytte per bruker. Samtidig viser intervjuene at det ofte fremkommer ønsker og behov som går ut over det som er nedfelt i vedtaket. Utfordringen for den enkelte tjenesteutøver blir således å ta hensyn til brukernes ønsker og behov på den ene siden, og hensynet til tidsskjemaet på den andre. Et klassisk eksempel er brukere som ønsker hjelp til å rulle opp håret etter dusjing. Selv om det å rulle opp håret ikke inngår i vedtaket, ser vi at enkelte pleiere tilbyr seg å gjøre dette, og andre ikke. Et annet eksempel kan være brukere som søker bistand i forhold til angstproblematikk utenfor de faste besøkene. På spørsmålet om hvordan hjemmetjenesten håndterer brukere som ringer pga angst, svarer en av informantene slik:

”Ja, hva skal man si til det da. Dem har jo faste besøk og det med angst er vanskelig fordi det ikke passer inn i de faste avtalene. Det krever også mye tid. Jeg tror ikke vi er flinke til å vektlegge akkurat det. ... Angsten kan du jo ikke styre. I forhold til angst så synes jeg det er kjempevanskelig for det er et litt undervurdert helseproblem.”

Samtidig kan praksisen med å yte tjenester som går ut over vedtaket, få en spredningseffekt, og dermed bidra til at det oppstår et gap mellom oppgavene som er

nedfelt i vedtakene og det brukerne forventer. Bakgrunnen for dette er i følge informanter, at det blant brukerne etableres en oppfatning av såkalte ”snille” og ”slemme” pleiere. De snille er de som yter noe ekstra, mens de slemme er de som forholder seg strengt til vedtaket. Når det etablerer seg slike merkelapper på pleierne, vil forsøket på å unngå merkelappen ”slem” bidra til økt press på de som forholder seg til vedtaket. Enkelte steder er man imidlertid bevisst disse mekanismene og forsøker derfor å unngå dette ved å kollektivt bli enig om å holde seg til vedtakene. Dette hemmer samtidig fleksibiliteten og brukernes mulighet å ha innflytelse på de daglige tjenestene.

De tause brukerne

En annen begrensning på brukermidvirkningen kan vi kalle de *tause brukere*. Flere peker på at mange brukere av eldreomsorgen har lite krav, er takknemmelige og er lite artikulerte. Det er med andre ord vanskelig å få dem til å medvirke gjennom vanlig kommunikasjon. En av informantene uttrykker det på følgende måte:

”Vi har så svak gruppe at de ikke klarer å uttrykke egne behov. De må ses, de må leses og de må skjønnes. Alle tror at det er så lett å jobbe i eldreomsorgen og at der kan alle idioter jobbe, men det er helt feil. Det er tvert imot.”

Demente vil også falle inn under denne kategorien. Selv om disse ofte har et språk, er det likevel vanskelig å få frem deres stemme i mange sammenhenger. I følge en informant, kan det bl.a. være en utfordring når demente får somatiske plager fordi de har vanskeligheter med å gi uttrykk for hva de feiler. I følge informanten er det derfor viktigere å forstå signaler hos brukeren enn det å høre på hva de sier. Dette forutsetter igjen kunnskap om og erfaring med demente.

På institusjoner er det også vanlig å skrive ned beboernes historie (”Min historie”) for å få frem kunnskap om brukere som er demente eller som har vanskelig for å uttrykke seg. Dette er et notat som kan inneholde informasjon om beboerens bakgrunn, yrkeserfaring, interesser og andre ting som kan være nyttig for å forstå hva den aktuelle liker, ikke liker, er interessert i osv.

”Det er et resymé vi ber de pårørende gi oss for å kunne møte pasientene bedre i den situasjonen de er. For det er klart at dersom de overhodet aldri har likt å sitte i en sang- og samlingsstund, så er det rett og slett et overgrep om vi tar dem dit. Det kan for eksempel også være noen som kan ha vært glad i å gå i

kirken uten at vi har tenkt den tanken, eller motsatt at de ikke har likt å gå i kirken.”

En annen viser til at samtaler med demente om gjenkjennelige ting bidrar til at man får lettere kontakt og at de blir lettere å håndtere:

”Da er det så mye letter å få kontakt med dem og få dem tilbake til virkeligheten. For det er mange som er så fjerne at de nesten ikke har språk. Da kan vi fortelle dem litt mer om gjenkjennelige ting, selv om vi ikke får så mye respons.”

Dilemmaer

En tredje begrensning er *dilemmaer* som oppstår når man skal ivareta hensynet til brukermedvirkning. Dette innebærer at idealet om medvirkning støter mot andre viktige hensyn, noe som innebærer at det vil være grenser for brukerens innflytelse.

Et slikt dilemma oppstår i situasjoner hvor den aktuelle tjenestemottaker ønsker et liv eller en adferd som faller utenfor det vi kan kalle ”akseptable” normer og regler. Vi finner mange eksempler på dette. Et eksempel fra hjemmetjenesten viser på den ene siden at det er en viss toleranse for brukernes autonomi, men at det likevel går en grense der man griper inn overfor brukeren:

”Hvis de lager seg frokost selv, og standarden er på den er litt ymse, så lar vi dem likevel holde på ... helt til vi ser at det blir for dårlig og de ikke spiser. Da må vi gjøre noe. Men selv om vi ser at det ikke er like strøket som vi selv ville hatt det, så godtar vi det.”

Samtidig kan det også være at brukernes egne ønsker støter mot hensynet til andre beboere på sykehjem eller i bofellesskap. Et eksempel på dette er bruk av alkohol, røyking på rommene eller truende adferd overfor andre. Enkelte viser også til at det kan oppstå et dilemma mellom hensynet til brukernes ønsker og pleiernes interesser. Et eksempel på dette er pasienter som nekter å bruke heis ved forflytting, noe som innebærer at man må avveie hensynet til egen helse og beboernes ønsker.

Ellers er det en gjennomgående utfordring at mange eldre ikke vil delta i nødvendige gjøremål. Dette kan bl.a. være vask, ta til seg næring, medisiner eller andre oppgaver. Et eksempel som blir nevnt av en informant, er en dement som ønsker å ligge våt i senga hele dagen eller som har grisert med ekskrementer, men som likevel ikke vil vaske seg. Et annet vanlig eksempel er personer som ikke ønsker å ta medi-

siner. I disse tilfellene er det gjerne situasjoner hvor medisinske hensyn og kunnskap støter mot brukernes ønsker.

”Brukerne skal jo være med å bestemme innholdet i tjenestene, men samtidig ser vi at brukerne ikke alltid har like stor evne til å bestemme det som er medisinsk mest fornuftig.”

Sitatet gir uttrykk for at det oppleves å være en grense for brukernes autonomi. Når man nærmer seg denne grensen, benyttes overtalelse og andre teknikker for å overtale brukerne. Det kan variere hvor direkte eller påleggende disse teknikkene er. Sitatet nedenfor viser et eksempel der man har en forholdsvis overtalende teknikk for å få pasienter til å bruke strømper ved bensår:

”De som skal bruk den [strømpen] innser ikke alltid hvor viktig den er. Hvis vi hver dag kom og spurte om de ville ha på strømpen eller ikke, så ville det blitt mye nei. Sier de nei, så sier vi at doktoren har sagt at du må ha den på. Det doktoren sier har de respekt for, i hvert fall denne generasjonen.”

Et tredje dilemma vil være når de ulike formene for brukermedvirkning støter mot hverandre. Dette gjelder spesielt i de tilfellene der hensynet til å være lydhør overfor brukernes ønsker, støter mot idealet om hjelp til selvhjelp. Et eksempel på dette er hjemmeboende som ber om hjelp til toalettbesøk, til å kle på seg eller andre ting. I den grad pleieren vurderer at brukeren har godt av å opprettholde disse funksjonene på egenhånd, møtes dermed den ene formen for brukermedvirkning den andre i døra:

”Det som er viktig er at vi ikke hjelper dem for mye med å kle på seg etter dusjing. For det skal de klare å gjøre selv, selv om det tar mer tid å vente på. Drar vi på dem klær i full fart, så er ikke det hjelp til selvhjelp. Det er et dilemma du blir stående med i en travel hverdag ... og det ender kanskje med at du hjelper noen litt for mye.”

En leder for hjemmetjenesten gir også uttrykk for noe av det samme:

”Jeg også ser at du i en travel hverdag hjelper litt for å bli ferdig med vedkommende. Du ser at klokka går og du får det travelt resten av dagen. Men jeg håper i det minste at det ikke er sånn hver gang.”

Et fjerde dilemma er når det er ulike interesser hos brukeren selv og hos pårørende, både i forhold til hvilke tjenester personen skal motta, og hvordan disse skal ut-

formes. På den ene siden kan det tenkes at en bruker ikke vil ha hjelp, samtidig som de pårørende krever en mer aktiv inngripen. Et eksempel på dette er en eldre dame som ikke vil på sykehjem:

Vi har en nå som ligger hele dagen og er helt alene. Hun har alarm, og den kan hun bruke. Datteren vil at hun skal inn på sykehjem og hun har fått et tilbud, men mora vil ikke selv. Vi har hatt noen diskusjoner på hvor verdig liv hun egentlig har. Hun er alene veldig mye og vi synes det er leit. Men hun har katta si og foretrekker å bo hjemme. Men det er helt i grenseland. Jeg ser verdigheten også i at hun har det sånn hun har det, for hun er veldig negativ til sykehjem.

Det finnes ikke noe fasitsvar på hvordan slike dilemmaer løses. Hvordan brukermedvirkning ivaretas av den enkelte og ved det enkelte tjenestested, vil derfor være avhengig av den enkeltes vurdering og de normer og regler vi finner ved det enkelte tjenestestedet. Gjennomgående finner vi at man ønsker å unngå tvang, men bruken av overtalelser og forhandlinger synes å være mer vanlig. Et eksempel på dette er en historie om en person på et sykehjem som kun ville spise sukker. Som det fremgår av sitatet under har dette fått sin løsning gjennom forhandlinger:

”Vi forsøker å lage avtaler med han om at han skal spise maten først og så kan han få sukkerbitene. Som regel får vi det til, men vi må jo love han sukkerbitene. Familien vil også gjerne at han skal ha det som han vil.”

Et annet eksempel er overtalelser eller triks for å få personer til å stå opp:

”Det gjelder å bruke noen overtalelseteknikker. For eksempel hvis en pasient er veldig glad i mat, da går det ut på å lokke med mat. Da kan vi si at ’nå er det god frokost’, eller vi sier ’nå må vi vel stå opp’. Men jeg lar de gjerne ligge en halvtime og så går jeg inn på nytt.”

Et tredje eksempel viser en situasjon hvor man nok trår over de etiske grensene, men der målet synes å helliggjøre virkemidlet:

”Noen ganger får de forferdelig mye tabletter. Vi hadde ei på over 100 år som var så lei av livet. Hun sa hver dag ’å la meg få slippe’. Hun hadde et medisinglass med tabletter som vi begynte med under frokosten. Men hun spyttet ut og vi prøvde igjen, for vi hadde jo lært at de skal ta tablettene. Det hendte da også at vi la noe på grøtskjea, så vi sleit fælt. Til slutt tok vi det opp med tilsynslegen og spurt om hva som var best, at hun fikk i seg litt mat og kanskje

kuttet ut tablettene eller om vi skulle ødelegge frokosten med medisinene. For det var det som skjedde.”

Slike individuelle løsninger blir en del av hverdagen. Grensegangene for hva som er overgrep kan også være vanskelig. Den største utfordringen synes imidlertid å være at man i en travel hverdag tar snarveier. Det store dilemmaet blir dermed mellom det å rekke alt – og det å gjøre alt riktig. Dette, i kombinasjon med at det ikke alltid finnes noen klare grenser for hva som er rett og galt, kan bidra til å forskyve grensene for det akseptable, og dermed til at man tar i bruk tvang. I følge Kirkevold (2005) utsettes 37 % av pasientene i somatiske sykehjemsavdelinger og 45 % av pasientene i skjermede enheter for minst ett tvangstiltak i uken. Inntrykket blant våre informanter er at man er svært bevisst på å unngå bruk av direkte tvang, men samtidig opplever flere at de ofte befinner seg i et grenseland.

Det problematiske her er at det til daglig kan være vanskelig å se hvor grensene går og når man har trått over. Flere av informantene er inne på at åpenhet og det å ha arenaer hvor man kan diskutere slike ting, bidrar til refleksjon og til at man unngår å trå over disse grensene. I en av kommunene legger de stor vekt på å ha åpenhet i tjenesten omkring både somatiske og etiske problemstillinger. I en annen kommune har de trukket inn en ekstern person som holder refleksjonsseminar for medarbeiderne. Selv om dette ikke gir noen garanti for at man ikke gjør overtramp, er det likevel rimelig å tro at dette bidrar til bevisstgjøring omkring de etiske dilemmaene som de fleste møter til daglig.

5.3 Nettverksarbeid i psykisk helsevern

I det følgende vil vi ta utgangspunkt i erfaringer fra Valdres-regionen der nettverksmøter har vært prøvd ut gjennom flere ulike prosjekter. Valdres-Gjøvik prosjektet (2005-06) var et pilotprosjekt som bygde videre på erfaringer fra Valdres I prosjektet. Gjennom nettverksmetoden forsøker man å bygge samarbeid ikke bare mellom 1. og 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern, men også å inkludere brukeren og hans/hennes nettverk som en ressurs i arbeidet mot bedre psykisk helse. Modellen innebærer etablering av ambulante team bestående av fagfolk fra DPS (distriktpsykiatrisk senter) og ansatte innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Et team kan bestå av personer fra DPS og forskjellige kommuner, og team-

medlemmer kan være med i flere ambulante team. Som navnet på metoden antyder, er nettverk et nøkkelord. Opp gjennom psykiatriens historie har det å inkludere de pårørende som en ressurs i behandlingen ikke vært særlig sentralt. Det er vel ikke for sterkt å hevde at pårørende knapt har hatt noen aktiv samarbeidsrolle med det profesjonelle hjelpeapparatet, men tvert i mot ofte blitt ansett som en del av problemet. Å involvere brukerens nettverk som en ressurs i prosessen innebærer derfor en fullstendig snuoperasjon som kan vise seg å være en god innfallsvinkel.

En annen utfordring innen det profesjonelle hjelpeapparatet er koordinering mellom ulike nivåer og ulike spesialfelt. Spesielt har det vært fokusert på hvordan mennesker med lidelser som kan kategoriseres under flere diagnoser eller problemområder, har lidd under manglende samhandling mellom for eksempel ulike kommunale tjenester og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det har vært gjennomført mange forsøk på å bøte på manglende samhandling, blant annet gjennom innføring av individuell plan for mennesker med sammensatte lidelser. Mange har gode erfaringer med denne organiseringen, men det har også blitt reist kritikk av denne metoden, blant annet fordi brukeren, som alle de involverte ønsker å sette i sentrum, likevel kan føle seg som gjest eller pliktdeltaker i sine egne ansvarsgruppemøter. Ansvarsgruppemøtene foregår ofte på et kontor eller andre nøytrale offentlige steder, og det kan være vanskelig innenfor denne konteksten å endre brukerens rolle fra å være mottaker av tjenester til å være den som tar ansvar for sitt eget liv. Det har selvsagt også sammenheng med at flere av disse brukerne er vant til denne rollen og, siden de har behov for sammensatte tjenester, har de ofte komplekse og sammensatte hjelpebehov. En annen problemstilling knyttet til gjennomføring av ansvarsgruppemøter og oppfølging av individuell plan er at ansvaret – på tross av at det nettopp ikke er hensikten – likevel skyves mellom ulike representanter. Noen tar ansvar, mens andre forholder seg til dette som en sekundær oppgave (Haukelien 2008). Det kan se ut til at nettverksmodellen har potensialet til å bøte på disse utfordringene dersom de blir gjennomført på en god måte.

Det er ikke nødvendigvis like hensiktsmessig å sammenlikne individuell plan som verktøy for brukermedvirkning og nettverksarbeid siden målgruppene kan avvike fra hverandre. Målgruppen for individuell plan kan ofte være dårligere brukere/pasienter enn de som får besøk av ambulerende team. Det kan også tenkes at enkelte brukere kan ha nytte av begge tilnæringsmåtene for koordinert behandling. Likevel er det noen prinsipper ved måten de ambulerende teamene i nettverks-

arbeidet jobber som kan være gode å reflektere over, og som kanskje kan kombineres med arbeidet med individuell plan.

For det første er teamene ambulante, det vil si at det er de profesjonelle som flytter på seg. Tradisjonelt har det vært slik at det er brukeren eller pasienten som må bevege seg ut av sitt kjente territorium og over på det profesjonelle hjelpeapparatets enemerker. Det ligger en sterk symbolikk i det at det er de profesjonelle hjelperne som kommer på besøk til den som er syk. Mange som arbeider i hjemmebaserte tjenester understreker den ydmykheten og respekten som kommer av å være gjest i brukers eget hjem. Her er det hjelperen som er på ukjent territorium, mens brukeren føler seg hjemme. Det kan være lettere å kjenne på sine egne ressurser, og ta dem i bruk i en slik sammenheng enn på et offentlig kontor, kanskje rundt et stort bord i et møtelokale.

Både for brukeren og for hjelperne bidrar dette enkle grepet til en styrket følelse av helhet. Det er ikke bare "den syke delen" som tas med til møtet, men i mye større grad hele personens identitet. Det er trolig uunngåelig at ikke dette påvirker samhandlingen mellom bruker og hjelper på en måte som bidrar til å endre styrke- og maktbalansen mellom dem. Ikke minst bidrar inkluderingen av familie og annet nære nettverk til å skape denne helheten. Det gjelder også for de pårørende, som på denne måten får muligheten til å spille en rolle, noe de ofte frarøves enten de er pårørende til brukere med kroniske sykdommer av ulike slag eller til eldre i institusjoner. Gjennom denne modellen trekkes de inn i samtalen og i planleggingen, og de får mulighet til å tilegne seg kunnskap og veiledning fra de profesjonelle, blant annet om hvordan kriser kan forebygges. I følge denne modellen er det brukeren som bestemmer hvem som skal være med på møtet og hva som skal være på dagsorden. Det har potensial til å gi brukermidvirkning et reelt innhold.

På det organisatoriske plan innebærer denne modellen økt samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern. Gjennom denne modellen fremmes også samarbeid og gjensidig læring ved at representanter for de ulike nivåene møtes til felles utfordringer. I prosjektets egenrapport (Valdres-Gjøvik m.fl. 2006) understrekes det at denne arbeidsmåten har skapt økt gjensidig respekt mellom fagfolk i de ulike nivåene. Gjennom samarbeid med felles brukere og utvikling av felles arenaer for faglig utvikling, har de utviklet et språk som er gyldig på tvers av institusjonene, noe som er sentralt for utviklingen av felles kunnskap. En annen effekt som nevnes er at de ansatte faktisk blir kjent med hverandre. Det er en kjent sak at

det ofte utvikles stereotypier om andre arbeidsfellesskap (Haukelien 2000, 2008). Ansatte i førstelinjetjenesten kan oppfatte ansatte i andrelinjetjenesten som utilgjengelige og vanskelige å kommunisere med, mens andrelinjetjenesten kanskje oppfatter ansatte i førstelinjetjenesten som mindre trent i å håndtere vanskelige situasjoner. Ofte kan slike stereotypier ha sin rot i begge sidenes forsøk på å avgrense et overveldende ansvar, og de næres av at møtene mellom gruppene er få og usystematiske. Slike gjennomførte samarbeidsprosjekter bidrar til å røre ved helt enkle prinsipper om forestillinger om ”de andre”. Møtet mellom konkrete mennesker i konkrete situasjoner gir representanten for ”de andre” et ansikt, en stemme og en personlighet som hindrer utviklingen av stereotypier bygd på manglende empirisk erfaring med representanter fra den andre leiren.

5.4 Brukermedvirkning på systemnivå

Brukerråd er en variant av institusjonelle virkemidler for å øke brukernes innflytelse på tjenesteinnhold og kvalitet. Generelt kan vi si at brukerråd er et formelt organ hvor brukerinteresser er representert, og som normalt vil ha en rådgivende funksjon i forhold til de formelle beslutningssystemene eller på utformingen av tjenestene. Brukerråd kan etableres på ulike nivå i kommunen, med ulike fokus, mandat og sammensetning.

I *Rundskriv nr. 28, 2007 A-28/2007 Om lov om råd eller annen representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.* fra Arbeidsdepartementet, slås det fast at alle kommuner og fylkeskommuner plikter å etablere et råd eller en annen form for representasjon for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Med nedsatt funksjonsevne menes:

Nedsatt funksjonsevne vil seie tap av eller skade på ein kroppsdel eller i ein av kroppsfunksjonane. Det kan til dømes dreie seg om nedsett rørsle-, syns- eller høyrslfunksjon, nedsett kognitiv funksjon eller ulike funksjonsnedsetjingar på grunn av til dømes allergi, hjarteskjukdommar, lungeskjukdommar, nevrologiske sjukdommar eller psykiske lidingar. (Jf. St.meld. nr. 40 (2002–2003).

Eldrerådsloven, som pålegger alle kommuner og fylkeskommuner å stifte et representasjonsråd for eldre der eldres livsvilkår settes på dagsorden, har mange likhetstrekk i mandat med rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I rundskrivet

fra Arbeidsdepartementet fra 2007, gis kommunene valg om de ønsker å slå sammen eldrerådet med det nye rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, men understreker at separate råd er mest ønskelig, spesielt dersom representanter for de ulike gruppene ikke opplever at de har nok fellesinteresser til at det er hensiktsmessig at de sitter i samme råd.

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne skal i følge rundskivet gi råd og skriftelige uttalelser i saker som angår menneskene som er representert i rådet. De skal jobbe mot diskriminering og fjerning av hindre for optimal funksjon. Universtall utforming nevnes som et sentralt arbeidsområde. Plan- og bygningsloven trekkes spesielt frem i den forbindelse, og intensjonen med rådene er at de skal kunne gi uttalelser fra brukernes perspektiv allerede i planleggingsfasen av bygninger og areal. De skal også jobbe med tilgang til tjenester og med å synliggjøre behov. Rådet skal forelegges saker som angår denne problemstillingen, men de kan også selv ta initiativ til å sette saker på dagsorden. Kommunestyret bestemmer sammensetning, størrelse og mandat, men det oppfordres til å la disse avgjøreslene sendes ut til høring blant de det gjelder. Leder og nestleder velges av kommunestyret, og rådets funksjonstid følger det sittende kommunestyret. Det anbefales fra departementets side at representant for sentrale kommunepolitikere velges inn som medlem i rådet.

5.4.1 ”Funkisrådet”

Vi har deltatt på et rådsmøte og intervjuet medlemmer fra rådet i etterkant. Medlemmene i rådet omtaler seg selv interessant nok som ”Funkisrådet”. Rådet er sammensatt av representanter fra organisasjoner, en sentral politiker og administrasjonen i kommunen. Organisasjonene representerer mennesker med nedsatt funksjonsevne med hensyn til mange ulike funksjoner, men ikke alle problemstillinger er direkte representert. FFO representerer for eksempel 71 ulike funksjonshemninger, alt fra synshemning, bevegelsehemning, hørselshemmede, og psykisk utviklingshemmede til sjeldne tilstander og syndromer, og i brukerrådet har de alle en representant. Foreningen SAFO, som også har et medlem i rådet, representerer også tre av de samme funksjonshemningene som FFO, nemlig Norges Handikapforbund, Foreningen Norges døvblinde og Norsk Forbund for Utviklingshemmede. I tillegg er Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) representert, og Mental helse,

ACTIS og RIO, som begge representerer rus- og avhengighetsproblematikk. Rådets mandat og sammensetning følger retningslinjene fra arbeidsdepartementet, og utvelgelsen av leder og nestleder har skjedd gjennom kommunestyret, slik retningslinjene sier.

Rådsmedlemmene formidler en følelse av at rådet er på vei til å bety noe, bli kjent i regionen og at de er i stand til å påvirke viktige prosesser. Fra en mer beskjeden start der flere hadde en følelse av å være et slags gissel og en legitimeringsinstans, mener de nå at rådet fyller en viktig funksjon, og setter funksjonshemmedes situasjon på kartet. Rådet har for eksempel gjennomført flere arrangementer i byens sentrum, der folk flest har fått mulighet til å bli mer oppmerksomme på problematikken rundt fremkommelighet og tilgjengelighet.

Saker som behandles

Saker som behandles er først og fremst relatert til det som kalles universell utforming. Det vil si utforming av det fysiske offentlige miljøet på en måte som øker muligheten for selvstendig fremkomst og tilgjengelighet for mennesker med ulike funksjonsnedsettelse. Hovedvekten av sakene har handlet om tilrettelegging for mennesker med fysiske funksjonshemninger. Rådet har blitt invitert til å komme med uttalelser, og vært med i planleggingsprosessen i forbindelse med flere offentlige bygninger. De har også fått henvendelser fra privat næringsliv i forbindelse med nybygg. Økt allmenn tilgjengelighet er et annet begrep som blir brukt. Et av medlemmene beskriver det som

”(...) fysisk tilgjengelighet i kommunen, slik som butikker, kontorer, gater, det som går på bevegelse, syn, hørsel, psykisk helse. Men det handler også om tilgjengelighet til informasjon.”

En utfordring med dette fokuset kan være at saker som har karakter av å være konkrete og kan knyttes til et lovverk, for eksempel Plan- og bygningsloven, blir prioritert.

”Vi ser oss ’blinde’ på de blinde og de som sitter i rullestol. De blir godt ivare tatt (..).Deres problemer er viktigst, og lettest å ta hensyn til for de er mest synlig.”

Denne representanten mener det kan ha sammenheng med hva slags funksjonsnedsettelse som er i fokus blant medlemmene, kanskje på grunn av deres egne erfa-

ringer. Men det handler trolig også mye om at den konkrete tilretteleggelsen i forbindelse med planlegging av nybygg er lettere å håndtere enn en del andre type saker som også kunne vært aktuelle for rådet, for eksempel kvalitet på tjenestene, budsjett, brukernes innflytelse over tjenestene, med mer.

Representantene forteller at det generelt er enklest å bli hørt i forhold til konkrete, tekniske saker. Rådet møter mange flinke fagfolk i de sakene, og de blir hørt i forhold til tilgjengelighetsloven. Men det er verre der hvor det er litt mer ”diffust”.

”Der hvor vi ikke har noen lov å slå i bordet med”

I noen grad har rådet vært involvert i tjenestekvalitet gjennom kommunens utforming av maler for individuell plan. På spørsmål om kvalitet på tjenestene er en del av fokuset, svarer en av dem:

”... for så vidt. Kvaliteten på tjenestene i forhold til folk som trenger individuell plan. Der har vi vært prøvekaniner i utformingen. Men vi har ingen saker om budsjett, personalsaker eller klagesaker. Vi har ikke fått noen henvendelser på det.”

En annen representant mener at det burde de egentlig ha mer fokus på. Men utfordringen hittil har vært en veldig stor pågang på saker, og de har alle hatt behov for å konsolidere seg og sin rolle. Derfor har de foreløpig konsentrert seg mest om universell utforming.

Representasjon

Rådet skal inneha medlemmer som representerer ulike grupper av mennesker med funksjonsnedsettelse, men dette med representasjon ser ut til å være en utfordring å få til i praksis. De ulike representantene oppfatter sin rolle forskjellig, og utfører den også ut fra ulik bevissthet og mulighet til å virkelig representere ut over seg selv. Dette har sammenheng med hvilken institusjonell tilknytning de ulike har, hvilken erfaring og kunnskap de har om det å representere i et råd, og det har med overskudd og ressurser å gjøre. Et av medlemmene forteller at representantene fra Mental Helse er gode til å representere hele gruppa si. De er flinke til å bringe inn saker. *”Vi andre sitter og representerer oss sjøl”*. Også blindforbundet oppfattes å være flinke til å bruke rådet. Noen sitter som representanter for store paraplyorganisasjoner, og ikke alle kjenner helt til hvilke organisasjoner som er under deres egen paraplyorganisasjon. Enkelte føler selv på at de kunne vært mye flinkere til å

komme med saker. Generelt understreker medlemmene at de er blitt flinkere til å representere et større spekter av funksjonshemninger. Lederen forteller om et av rådsmedlemmene som i begynnelsen understreket at han kun kom til å representere seg selv, og uttale seg kun i saker som angikk han, men også han har utvidet perspektivet etter hvert som rådet har jobbet med ulike saker. Et av medlemmene understreker at gjennom samarbeidet i rådet tvinges de alle til å tenke ut over seg selv. Medlemmene av dette rådet har vært på et kurs hvor brukermidvirkning ble satt på dagsorden. Vårt inntrykk er likevel at rådet har kommet frem til sin nåværende form og funksjon ved å arbeide seg gjennom sakene, og hele tiden ha rådets rolle og oppgave på dagsorden. Som vi så eksempler på, er det stor forskjell på hvordan de ulike medlemmene agerer som representanter for en gruppe. Dermed kan vi få skjevheter der enkelte brukergrupper er flinke til å benytte seg av rådet, mens andre ikke blir representert i samme grad. Det å oppfatte sin rolle som representant har med rollebevissthet å gjøre, og det har med ulike organisasjonsstrukturer å gjøre. Noen organisasjoner er flinkere eller har mer ressurser til å kurse sine deltakere enn andre. Trolig er det behov for mer felles undervisning og utveksling om hva et brukerråd skal være og har mulighet for å være. Vektlegging av representantrollen og hvordan denne kan gjennomføres i praksis, ser også ut til å være et viktig område for utvikling.

En annen problemstilling er hvilken rolle rådsmedlemmene oppfatter å inneha vis a vis de kommunalt ansatte og folkevalgte. Oppfatter de seg som kompetente borgere som har rett til å bli hørt, eller kan deres rolle i rådet mer preges av å være gissel eller legitimeringspost, slik vi nevnte innledningsvis? Hva skjer for eksempel dersom leder for rådet blir bedt om å uttale seg om en konkret sak uten at det er mulig å gi en samlet uttalelse fra rådet? Lederen forteller om en slik episode der han og et medlem var litt for entusiastiske og handlet ut fra iver og engasjement uten å konferere med rådet. Det førte til tilløp til konflikt mellom enkelte representanter fra kommunen og brukerepresentantene. De beskriver i ettertid sin handlemåte som dum, men er likevel noe bekymret for at spontaniteten etter dette ble dempet. Det er problematisk fordi saker bør tas opp og kommenteres når de er aktuelle, og ikke legges på is en måned frem til neste møte. Dette handler om kommunens behov for å ha kontroll over uttalelser fra formelle utvalg og råd som uttaler seg på kommunens vegne. Dette kan være en problematisk side ved brukerråd som sitter så nære

beslutningsarenaene, og der leder og nestleder (i tråd med rundskrivet fra Arbeidsdepartementet) er personlig valg av kommunestyret.

Flere nevner at de særlig i begynnelsen følte at deres rolle var problematisk, og at de ikke hadde reell innflytelse. En av dem var svært klar på at de er amatører i møte med profesjonelle, og at deres innflytelse er begrenset:

”Vi sitter en gjeng med brukere. Vi er ikke fagfolk. Jeg innrømmer at jeg har skjult meg bak det. Vi blir en gjeng med uerfarne synsere som skal samarbeide med proffe aktører. Det blir noe spill for galleriet. Det er de som bestemmer uansett hva vi sier.”

Dette er en interessant uttalelse som etter vår mening peker på sentrale utfordringer ved denne type institusjonelle virkemidler. Dersom ikke rådet, gjennom sin virksomhet opplever å ha virkelig innflytelse, og at det de uttaler seg om ikke bare skal være definert fra kommunen, men i like stor grad som initiativ nedenfra, så blir rådet et spill for galleriet, slik denne representanten mener. Vi skal se litt nærmere på dette med brukerrådets innflytelse.

Innflytelse

Selv om enkelte i rådet er kritiske til noen sider ved rådets rolle, ser de fleste ut til å være enige om at rådet har innflytelse, i hvert fall i de sakene hvor de har uttalt seg om universell utforming. Og de mener brukerrådet fører til mer brukermedvirkning.

Det er sekretæren som bringer inn de fleste sakene til rådet. Hun beskrives som ”linken” inn til kommunen. Vi har vært med på et møte i rådet, og sett at det er lederen for rådet som fører ordet og har kontrollen under møtene. Sekretærens rolle under møtene er tilbakeholden.

Likevel forteller lederen at de sakene de selv har fremmet ikke har ført frem. Den ene saken gjelder slukking av gatelykter om sommeren. Rådet har utarbeidet dokumentasjon fra alle organisasjonene – i følge lederen – veldig god dokumentasjon om hvor uheldig det er at gatelyktene er slukket om sommeren. Det får begrensende effekter på flere gruppers fremkommelighet. Han nevner de svaksynte som får problemer med å ta seg frem, det samme med rullestolbrukere. Ubelyste gater fører også til at mange er engstelige for å gå ut om kvelden. Men denne saken får de ikke gehør for. Kommunen bruker kostnadene og miljøhensyn som argument. I rådet

mener de disse argumentene ikke holder mål. For det første fordi det ikke er snakk om store summer, og det trekkes frem andre avgjørelser i kommunestyret som setter gatelysavgiftene i perspektiv. Det samme gjelder med hensyn til miljøhensyn. Andre vedtak blir gjort, som i følge rådet ikke er forenlig med en slik klar miljøprofil.

Et annet eksempel er parkeringskort for forflytningshemmede. Her ber kommunen om at den enkelte bevegelseshemmede skal gi en oversikt over hvilke butikker de pleier å handle mat i, hvilke de handler klær i, hvilke kontorer de pleier å besøke og så videre. På denne måten kan kommunen spare ved å holde av færre parkeringsplasser for bevegelseshemmede. Rådet har fremmet denne saken til politikerne, men de har ikke ønsket å gå inn og endre praksis. Dermed sitter det saksbehandlere i kommunen som, i følge rådet, ikke har nødvendig kompetanse eller legitimitet og bestemmer hvordan dette skal løses. Saken har vært fremmet politisk mange ganger, men har blitt avvist med den begrunnelse at den ikke var grundig nok utredet. I følge lederen for rådet ligger sakene der og ”ulmer”. Han forteller at ”*Vi kommer stadig tilbake til de*”. Og han sover dårlig om natta på grunn av de sakene der.

Tidligere i prosessen med rådet var det en utbredt følelse blant flere av rådsmedlemmene at rådet var en legitimeringspost og ikke noe mer. Dette tilskrives problemer med enkeltpersoner som nå ikke er så sentrale i. Nå beskrives samarbeidet som kjempegodt med de fleste samarbeidspartnere. Lederen føler at de nå er en ressurs, og at de blir viktigere og viktigere. Her har de blitt tatt med i prosessen, de har hatt flere møter med arkitekter og prosjektledere, og det har vært fine prosesser.

5.4.2 Brukerråd på enhetsnivå (hjemmetjenesten)

Den neste typen brukerråd vi har sett på, er brukerråd på resultatenhetsnivå. I den aktuelle kommunen har kommunestyret vedtatt at det skal opprettes et brukerråd på alle resultatenheter. Vi har sett på et brukerråd i en hjemmetjenestesone med brukere i alle aldre og med ulike funksjonsnedsettelse. Til forskjell fra det forrige omtalte rådet, er dette rådets mandat mer knyttet til den daglige driften i den aktuelle enheten, i dette tilfellet en helse- og omsorgsenhet. Brukerrådet skal befatte seg med om tjenestetilbudet er slik det skal være ut fra bestillingen og med budsjett. Dets oppgave er å gi råd, behandle forslag til budsjett, og uttale seg dersom kom-

munestyret ber om det. Vi ser at dette brukerrådet i mye større grad skal behandle saker som angår den daglige driften og kvaliteten på tjenestene (men ikke personalsaker).

Avhengig av størrelse på enheten skal brukerrådet være på minst 5 personer, hvorav 1 – 2 er valgt blant personalet. Som det tidligere omtalte rådet, følger også dette brukerrådet den politiske valgperioden. Leder for resultatenheten skal være saksbehandler og sekretær, mens leder og nestleder velges av brukerrådet. Brukerådets øvrige medlemmer velges av brukere eller deres representanter.

Oppgaver og mandat

Dette brukerrådet har som oppgave å se til at tjenestetilbudet ved resultatenheten er i samsvar med politikernes bestilling. Brukerådet er altså en arena hvor det gis en mulighet for å diskutere kvaliteten av den daglige driften. Med andre ord kan det være en ny kanal for tilbakemelding og kritikk dersom ikke tjenestene utføres på en måte brukerne og deres representanter er fornøyde med, sett i forhold til politikernes bestilling. På samme måte kan politikerne be brukerrådet om uttalelser i saker. Denne type brukerråd øker muligheten for en dialog mellom de ulike nivåene, og dermed mulighet for et tettere samsvar mellom de politiske målene, de økonomiske beslutningene og den faktiske kvaliteten på tjenestene. Hva skal til for at brukerrådet skal få den funksjonen?

Medlemmene

For at brukerrådet skal være en reell kanal mellom det politiske nivået, det faglige og administrative nivået og brukerne, må det være de rette personene som sitter i brukerrådet. Hva er rett person i et slikt råd? For det første må det være personer som representerer brukerne fra de ulike deler av tjenesten. Det vil si at de snakker på vegne av andre enn seg selv og eventuelt sine nærmeste pårørende. Det forutsetter en struktur og en organisering der representanten både informerer, men også innhenter meninger og synspunkter som de skal bringe videre til rådet. Denne type organisering er etter vår erfaring ikke en del av kommunenes ansvarsområde. Det kan derfor lett bli slik at medlemmene, på samme måte som i det tidligere omtalte rådet, representerer nettopp seg selv eller sin nærmeste. For den enkelte som er engasjert i hvordan ens barn eller ens far har det på en institusjon, kan medlemskap i brukerråd være en måte å få innsikt og kunnskap som ellers ikke ville være tilgjengelig. Men det ligger altså ikke noen automatikk i at brukerrådet øker den jev-

ne brukers innflytelse eller informasjonstilgang. Vår erfaring er at den jevne bruker ikke en gang vet at det finnes et brukerråd på dette nivået, hva dette rådet arbeider med, eller hvem som representerer dem.

Den som ikke reellt representerer en brukergruppe, vil naturlig nok innta en annen, og trolig mer tilbakeholden rolle enn dersom man vet man snakker på vegne av flere. Men det er også en utfordring at medlemmer i rådet gis større mulighet til å fremme egne eller pårørendes interesser (uten at navn nevnes), og dermed bidra til en skjev representasjon.

Vi mener derfor at det er nødvendig å tenke gjennom hvordan ordningen gjøres kjent blant brukerne, og hvordan deres synspunkter kan fremmes gjennom systematisk organisering og representasjon. Det betyr selvsagt mer arbeid trolig både for representanten og for ledere/ansatte i enhetene, noe som kan være et problem. Erfaringen viser at det ikke er slik at folk står i kø for å være med i styrer og råd, og dersom det medfører for stor belastning og bruk av tid, kan det være vanskelig å rekruttere. En annen side ved dette er at det stiller større krav til rådsmedlemmenes generelle organisasjonskunnskap, og deres evne til å formidle. Vi mener derfor det er nødvendig med en viss grad av felles opplæring i rådsarbeid, skoling i representasjonsrollen og forslag til hvordan oppgaven med representasjon kan organiseres.

Formidling

Det viser seg altså å være en utfordring å gjøre ordningen kjent blant brukerne, og å sørge for at de som sitter i rådet faktisk representerer en brukergruppe, noe som igjen forutsetter en viss grad av møtevirksomhet, evne til koordinering og videreformidling av synspunkter. Men det er også sentralt at rådets virksomhet blir gjort tilgjengelig – både videre oppover til folkevalgte, til ansatte og til de aktuelle brukerne. Samtidig ligger det ikke nødvendigvis i statuttene for et slikt råd at referatet skal gjøres tilgjengelig på denne måten. Det reduserer etter vår mening rådets mulighet til innflytelse gjennom bekjentgjørelse og offentliggjøring av hvilke type saker som er mulig å fremme der.

Rollefordeling innad i rådet

I beskrivelsen av rollefordelingen i rådet, ser vi at det skal velges en leder og en nestleder i rådet, og at enhetsleder skal ha oppgaven med å være sekretær. I det tidligere omtalte "Funkisrådet", så vi også at kommunens representant var sekretær

for rådet, og hun formidlet saker fra kommunen inn til rådet. Dersom sekretæren har en mer aktiv rolle i møtene, for eksempel ved å være den som innkaller til møter, leder møter og, som sekretær skriver møtereferater, kan denne rollen gjøre brukerrådet til et topptungt organ. Det kan være problematisk med tanke på rådets autonomi som et organ der brukernes synspunkter skal fremmes og videre formidles. Sekretæren kan lett komme i en posisjon som portvokter for hva som er aktuelt å ta opp og bringe videre. Spesielt dersom sekretæren også en ansvarlig leder for en enhet. Det kan lett bli et problem med dobbeltroller, idet leder kan ha interesse av å forsvare sine egne avgjørelser, samtidig som hun skal formidle sakene sett fra brukernes perspektiv. Disse kan selvsagt være i konflikt med hverandre i flere sammenhenger, for eksempel ved nedskjæringer og omorganiseringer som brukerrepresentantene mener reduserer kvaliteten på tjenestenivået. Rådets øvrige medlemmer kan synes det er problematisk å fremføre kritikk når den ansvarlige for enheten samtidig er den som i praksis leder rådet. Ulik maktfordeling mellom de ulike medlemmene blir her et viktig ankepunkt i denne måten å organisere et brukerråd på.

Som vi har forsøkt å vise, er det ikke uvesentlig hvem som sitter i rådet, hvordan de blir valgt inn og hvordan de representerer. Noen organiseringsformer gjør det lettere å overføre makt fra fagfolk til brukere, slik et perspektiv på brukermidvirkning kan være, mens andre organiseringsformer innebærer en mer begrenset ambisjon om brukermakt. Her vektlegges i større grad brukerrådet som en informasjonsarena, der medlemmene får seg forelagt ulike planer, budsjetter eller resultater av spørreundersøkelser, uten at beslutningene egentlig påvirkes i stor grad. Spørsmålet er om brukerråd noen gang kan få en funksjon som gir den mer makt uten at de også må påta seg ansvar, både for kvalitet og budsjett. Dette berører igjen spørsmålet om brukerråd først og fremst skal ha en legitimeringsfunksjon, skal være en informasjonskanal eller om det forventes å skulle ha reell innflytelse.

5.4.3 Råd på avdelingsnivå

Den siste typen brukerråd vi tar for oss, er brukerråd på avdelingsnivå eller tjenestenivå. Dette eksemplet er fra en avdeling for psykisk utviklingshemmede. De bor i hver sine leiligheter, men har tilgang til en felles baseleilighet hvor personalet har kontor, og hvor det er mulig å arrangere fellessamlinger. Beboerne er relativt godt

fungerende, og flere av dem er i jobb. Brukerrådet har møte annenhver uke, og lederen forteller at de har slått sammen brukerråd fra to tjenestesteder for få litt flere stemmer og mer høyde over diskusjonene. I tillegg til alle brukerne, består brukerrådet av to ansatte og enhetsleder som er sekretær. Hun forteller at selv om hennes oppgave er å være sekretær, er det hun som har ansvaret for at brukerrådet opprettes og driftes. Leder for brukerrådet blir valgt blant brukerne, og de ansatte hjelper denne med å tilrettelegge ut fra hva den enkelte har behov for av assistanse. Brukerrådet har møtene sine i kommunestyresalen, og første møte ble gjennomført med omvisning i kommunehuset, og med en innføring i hva politikerne jobber med.

Det er to saker som trekkes frem som viktige for brukerrådet, og det er planlegging av fellesaktiviteter i ferie og fritid og faste arrangementer, slik som julebord og fellesmiddager. Brukerne er i følge de ansatte kjempeaktive, og kommer med forslag om hva de skal ha til fellesmiddag, forslag på turer, hva skal vi gjøre, hvem skal gjøre hva. Brukerne oppmuntres til selvstendighet, og de arrangerer selv turer inn til byen, de bestiller teater billetter, ordner med innbydelser, bestiller hotell med mer. Brukerne reiser på ferie hver sommer, og den planlegges fra desember. De kommer med forskjellige forslag til steder å reise, og undersøker hva de koster. Så melder brukerne seg på de turene de ønsker. Dersom det er snakk om flere ønsker og flere turer, må lederen ut fra den økonomiske situasjonen vurdere hva som er mulig å få til med tanke på at noen av personalet må bli med. Men sakene kan også handle om tilgjengelighet og orden i nærmiljøet, for eksempel behov for lyskryss eller overganger, eller om rydding utenfor boligområdet. Både brukerne og de ansatte bringer inn saker, men dersom det skulle være aktuelt å diskutere endringer i hjelpetilbud, vil det gjelde den enkeltes vedtak, og vil bli tatt opp med den enkelte. Fra personalet side kan brukerrådet være en arena hvor de diskuterer, avklarer eller får råd i forbindelse med forventninger brukerne har til dem. De ansatte kan også bringe videre endringer som angår brukernes bruk av offentlige tjenester, slik som transport og endringer i ruter.

I kommunen er det også en rådgivningsgruppe som har vært aktiv i mange år. Den består av 6-8 medlemmer fra brukere med psykisk utviklingshemning og 2 ansatte eller tilretteleggere. Denne gruppa har i følge enhetslederen stor innflytelse ovenfor politikerne, og blir ofte bedt om råd i ulike saker. Gruppa jobber mer på overordna politisk nivå, og politikere er ofte innom denne gruppa. De er medarbeidere i utforming av for eksempel spørreundersøkelser og i planlegging av nye boliger for

denne gruppa. De blir også brukt til å kvalitetssikre informasjonshefter ved å teste om de er letteste og forståelige for dem budskapet gjelder.

Denne gruppa er pådrivere for å arrangere møter i en samordningsråd. Her møter representanter fra alle de stedlige brukerrådene annen hver måned. De lokale brukerrådene diskuterer da hva som skal tas opp i samordningsrådet, og en fra hvert råd blir valgt ut til å stille på møte og representere sitt brukerråd.

De ansatte forteller at disse rådene har en viktig funksjon med tanke på samholdet i gruppa. Gjennom slike felles arenaer og felles aktiviteter hvor alle oppmuntres til å komme med sine synspunkter og erfaringer, øker toleransen dem imellom. De ansatte forteller at brukerne har stor toleranse for hverandres forskjellighet, og de er hjelpsomme og omsorgsfulle ovenfor hverandre. Disse felles arenaene har stor betydning i den sammenhengen.

Utover det er mye av de samme problemstillingene vi har reist i forbindelse med de andre rådene også aktuelle her. For eksempel vil sekretærens og de ansattes rolle være avgjørende for om rådsmedlemmene føler at det faktisk er de som har innflytelse over hvilke saker som skal tas opp, hvordan de tas opp, og hva som skjer med dem videre. I forhold til denne gruppa blir det veldig tydelig at dette avhenger av de ansattes holdninger og kunnskaper om brukermedvirkning eller sjølbestemmelse som noen foretrekker å bruke som begrep. Flere av disse brukerne har en fortid fra institusjon, og var uvant med å ta avgjørelser og bestemme selv før de flyttet inn i egen leilighet. Ikke sjelden ønsker flere av dem at de ansatte bare skal bestemme, så slipper de selv. Men de ansatte forteller at deres jobb går ut på hele tiden å oppmuntre brukerne til å ta avgjørelsene selv. Et slikt system med brukerråd på tjenestenivå med representasjon er i utgangspunktet en god organisering for å sørge for representasjon og reell innflytelse, men som alle gode systemer, er de helt avhengig av hvordan menneskene som setter dem ut i livet, fyller dem med innhold etter intensjonen.

5.4.4 Råd på sykehjem

Ved et av landets større sykehjem er det en lang tradisjon for brukermedvirkning. Siden man først etablerte rutiner for dette mot slutten av 1970-tallet, er en rekke ulike tilnærminger blitt prøvd ut, og de mest nyttige erfaringene fra eksperimente-

ringsprosessen utgjør grunnstammen i den nåværende ordningen. Det har imidlertid skjedd vesentlige endringer i sykehjemmet i løpet av de siste tiårene. Majoriteten av beboerne har langt framskreden senil demens, og spørsmålet om hvorvidt de er ”tilfreds med tjenestene” er verken nødvendigvis spesielt relevant eller forståelige spørsmål for dem. Hvorvidt de har det bra, og eventuelt burde og kunne ha det bedre, er spørsmål som de sjelden kan redegjøre direkte for – annet enn å signalisere at de gjerne vil være positive.

Sykehjemmet prøver å ta i bruk alle de kanalene og kildene som mulig for å få best mulig informasjon om beboernes tilstand, opplevelse av trivsel og om kvaliteten på tjenestene. Den viktigste er brukerrådet. Brukerrådet ledes av en pårørenderepresentant som kjenner sykehjemmet svært godt etter mer enn et tiår som frivillig engasjert. Representanten arbeider systematisk for å innhente informasjon gjennom intervjuer med beboerne, samtaler med pårørende og representanter for de ansatte og de mange frivillige ved sykehjemmet. Rådet jobber ut fra at både beboere, pårørende og frivillige defineres som brukere. Brukerrådet mottar mange av sine innspill fra et mer uformelt organ – Brukerforum – der om lag 10 beboere deltar til enhver tid (i skiftende konstellasjoner) og diskuterer sine erfaringer. En annen arena som brukerrådet mottar innspill fra er ”Ukeslutt”, som gjennomføres ved den enkelte avdeling. Her kommer det ofte fram saker/erfaringer med høy aktualitet, men som oftest må følges over tid for at det skal bli mulig å slå fast om de representerer store og varige problemer eller uheldige enkeltepisoder. Brukerrådet legger fram aktuelle saker for ledelsen og styret. Rådet er også en formell høringsinstans og kan innkalle sykehjemmets ledelse til konsultasjon.

Brukerrådet er opptatt av å samordne arbeidet sitt med det faglige utviklingsarbeidet ved sykehjemmet. På denne måten blir utfordringene som brukerrådet avdekker og formulerer, overrakt fagmiljøene og ledelsen. Ledelsen søker å bruke disse innspillene i faglige utviklingsprosjekter, til faglig bevisstgjøring og til holdningsskjerping. Akkurat nå arbeides det med et prosjekt der målet er å skape mer forståelse for betydningen av ernæring, og for hvordan man kan bidra til å skape mest mulig meningsfulle og gode måltider. Arbeidet foregår i flere avdelinger samtidig, og med representanter for beboere, pårørende og frivillige, slik at flest mulig erfaringer kommer på bordet og det blir mulig å sammenlikne og drøfte resultatene på tvers av avdelingsgrenser – og å lære av hverandre. Den faglige bevisstgjøringen i prosjektet ligger i å forsøke å bevisstgjøre hele staben om betydningen av å håndheve

felles faglige og etiske standarder. Behovet for holdningsskjerpingen blir forsøkt ivaretatt ved at utfordringen med ”dårlige holdninger” blir diskutert i de faglige utviklingsprosjekter, slik at fagmiljøet skal bli mest mulig bevisst at etikk er et felles, faglig ansvar. Brukerrådet er opptatt av å unngå å lete etter enkeltpersoner som gjøres til syndbukker med ”dårlige holdninger”.

Brukermedvirkningen ved dette sykehjemmet involverer altså mange arenaer, og kunnskapen om brukererfaringer blir lagt fram i besluttede organ. Lederen i brukerrådet er tilfreds med denne måten å gjøre det på, men synes det er vanskelig å avgrense hva brukerrådet kan og skal forsøke å gjøre noe med. Han er for eksempel ikke i tvil om at rammevilkårene enkelte ganger bidrar til å påvirke tjenestene og beboernes liv negativt, uten at dårlige brukererfaringer av den grunn anses som en relevant grunn til å endre noe. Dobbeltrom er et eksempel, dårlig bemanning en annen.

Brukerrådet oppfordrer ”våkne, seende og lyttende ansatte” til å være talerør for beboerne, og understreker at det er viktig å unngå at ”røstene nedenfra forties eller forklares i hjel oppover i systemene”. Målet er å la ”de kritiske og gode meldingene påvirke driften av sykehjemmet”.

Brukerrådets virksomhet er videre knyttet til en lokal offentlighet. Sykehjemmet har en egen internavis der beboere, frivillige, pårørende og ansatte kan komme med ros og ris, og opprette offentlige dialoger om felles anliggender. De pårørende ved sykehjemmet har også involvert seg i den større offentlighet med mange leserinnlegg i avisene.

Sykehjemmet arbeider akkurat nå med å legge til rette for gjennomføringen av kommunens årlige brukerundersøkelse. Siden de fleste beboerne er mer eller mindre senil dement, er det imidlertid metodisk og etisk svært problematisk å gå inn for å intervju et representativt utvalg. I tråd med avtalen med kommuneadministrasjonen velger derfor sykehjemmet, i henhold til faglige vurderinger, ut de som faktisk vurderes som oppegående nok til å kunne delta i intervju. Kommuneadministrasjonen er imidlertid ikke fornøyd, og mener at antall intervjupersoner blir for lite. Hensikten med brukerundersøkelsen er nemlig ikke bare å skaffe til veie informasjon som kan gjøre tjenestene ved sykehjemmet bedre; det er også vesentlig at kommunen får tilgang til uavhengig informasjon om enhetene som leverer tjenestene på dens vegne. Firmaet som gjennomfører brukerundersøkelsene følger opp am-

bisjonen om å intervju så mange brukere som mulig. Deres ansatte kommer på besøk og intervjuer alle som sier seg villige til det. Informasjonen – altså svarene de senil demente gir – brukes blant annet til å dele ut den årlige prisen for ”Kommunens beste sykehjem” og å rangere alle kommunens sykehjem. Denne gangen kom ”vårt” sykehjem langt nede på lista.

Brukerrådet og ledelsen ved sykehjemmet er naturlig nok svært frustrerte over denne situasjonen. Deres opplevelse er til dels at hensikten med brukerundersøkelsen er å produsere statistikk som kan brukes som et glansbilde overfor offentligheten. De er bekymret over at undersøkelsen ikke gir et korrekt bilde av situasjonen ved sykehjemmet. Dette problemet har to sider, slik de ser det – i tillegg til det etisk tvilsomme i at kommunen bruker beboere som respondenter på spørsmål de ikke har forutsetninger til å svare på. For det første undergraver det det faglige forbedringsarbeidet og brukermedvirkningsinnsatsen. Ikke bare blir innsatsen og resultatet ignorert; kvaliteten på tjenestene, slik de selv forstår og definerer den, tillegges ingen betydning. For det andre skaper det forvirring om hvilke regler som gjelder. Kommuneadministrasjonens ønske om å skaffe seg uavhengig informasjon – for å kunne måle sykehjemmene i kommunen opp mot hverandre – gjør det i praksis umulig å vite hvilke kriterier for kvalitet man skal forsøke å leve opp til.

Eksemplet viser at det er en interessekonflikt mellom brukerrådet og sykehjemmets ledelse på den ene siden, og kommuneadministrasjonen på den andre. Informasjonen om brukernes erfaringer synes i noen grad å ha blitt ”politisert” som et resultat av dette. Den positive siden ved dette er at begge de førstnevnte føler seg utfordret når det gjelder å ta brukerne med på råd. De spør seg selv hvorvidt de kanskje er for restriktive i sitt utvalg av respondenter. De har opplevd at de kan være for raske til å slå fast at beboerne er for begrenset av sin demenslidelse til at de kan fungere som myndige ”informanter”. Samtidig har kommunens brukerundersøkelse som sagt skapt mye debatt og engasjement. Det ligger derfor i noen grad til rette for at uenighet og misforståelser kan skape gjensidig læring – det har tross alt blitt skapt en offentlighet rundt spørsmål som er sentrale i kvalitetsarbeidet. Dette forutsetter imidlertid at kommuneadministrasjonen og den politiske ledelsen tar sin oppgave med å utvikle brukbare kriterier for brukertilfredshet mer på alvor, og framfor alt at den makter å skille mellom faktiske brukererfaringer og sin egen ambisjon om å vise offentligheten at dens eldreomsorgspolitik er en suksess. Det er trolig en fo-

rutsetning at disse gjenspeiler lokale vurderinger på en bedre måte enn i dette eksemplet.

5.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert resultater fra 9 case-undersøkelser fra ulike deler av den kommunale helse- og omsorgssektoren. Innledningsvis presenterte vi erfaringer fra eldreomsorgen i fire case-kommuner. En form for brukermedvirkning som kjennetegner denne sektoren er hjelp til selvhjelp, noe som har sammenheng med at det utgjør en sentral del av fagtradisjonene innen pleiefagene. Det er ellers et hovedinntrykk at brukermedvirkning innenfor eldreomsorgen først og fremst dreier seg om det vi har kalt brukerretting. Siden brukerne her ofte er svake og lite taleføre, dreier brukermedvirkning seg her om å tolke og forstå brukernes ønsker og behov. Samtidig er inntrykket at brukernes behov langt på vei dreier seg om de små ting i dagliglivet som er uproblematisk å innfri. Mange opplever derfor at brukermedvirkning ikke er like aktuelt for denne brukergruppen. Det er likevel slik at spørsmålet om brukermedvirkning blir aktualisert i spesielle situasjoner. I forhold til personer som har vanskelig for å artikulere seg, ser vi at brukermedvirkning dreier seg om å tolke og forstå brukerne med andre midler enn språk. Ellers blir spørsmålet om brukermedvirkning aktualisert i situasjoner når det er knapphet på tid og personale, eller når det oppstår dilemmaer mellom hensynet til brukermedvirkning og andre hensyn. Et slikt dilemma oppstår i situasjoner hvor den aktuelle tjenestemottaker ønsker et liv eller en adferd som faller utenfor det vi kan kalle ”akseptable” normer og regler. Et annet dilemma er når brukerne enten ikke vil spise, ta medisiner eller ivareta normal renslighet. Et tredje dilemma oppstår når brukermedvirkning i form av hjelp til selvhjelp støter mot brukermedvirkning i form av å være lydhør overfor brukerne. I slike situasjoner ser vi at det er grenser for brukernes autonomi. Denne grensesettingen etableres ved at tjenesteyterne benytter seg av ulike former for overtalelser og ”triks” for å få brukerne til å handle i tråd med deres ønsker. Inntrykket er likevel at man strekker seg langt før disse grensene trekkes.

I den andre delen har vi presentert et eksempel på hvordan brukermedvirkning artet seg innenfor kommunalt psykisk helsevern. Dette tiltaket er rettet mot personer med sammensatte problemer og med behov for hjelp fra flere tjenester. Tiltaket er

videre nettverksbasert, noe som innebærer at hjelpeapparatet består av ambulante team med ulike hjelpeinstanser. Til forskjell fra andre tilsvarende ordninger som ansvarsgrupper og individuell plan, innebærer den nettverksbaserte ordningen at tjenestene kommer til brukerne og ikke motsatt. Nettverksmetoden innebærer derfor at brukeren får en mer sentral rolle i samhandlingen med ulike tjenestetilbydere.

I den tredje delen av kapitlet har vi tatt for oss ulike typer brukerråd, dvs. brukermedvirkning på systemnivå. Et av disse er råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Erfaringen herfra er at rådet etter en tilpasningsperiode har fått en viss betydning i forhold til å påvirke ulike politiske prosesser i kommunen. Samtidig finner vi at dagsorden i rådet preges av saker som dreier seg om fysisk utforming og hvor det foreligger et lovverk rådet kan støtte seg til. Rådet har i liten grad vært opptatt av saker som angår kvaliteten på kommunens velferdstjenester. I den sammenheng er det derfor et sentralt spørsmål om hva det er som setter dagsorden i et slikt råd og om dette har sammenheng med hvem som er representert.

Det andre brukerrådet har helse- og omsorgssektoren som sitt ansvarsområde. Forventingen var her at vi i større grad skulle finne et råd som var mer aktivt i forhold til utformingen av helse- og omsorgstjenestene. Erfaringen viser imidlertid at et slikt råd i seg selv ikke har særlig innflytelse dersom det ikke involveres i kommunens øvrige beslutningssystemer.

Det tredje brukerrådet er knyttet til en bestemt avdeling for psykisk utviklingshemmede. Her finner vi at rådet er langt mer engasjert i utformingen av tjenestene og den daglige tjenesteproduksjonen. Dette rådet ser ut til å ha mindre oppmerksomhet om de mer overordnede beslutninger på systemnivå i kommunen.

Det fjerde brukerrådet er også tilknyttet en bestemt tjenesteenhet, dvs. et sykehjem. Her finner vi også at rådet er spesielt aktivt i forhold til måten hvordan tjenestene utformes. Rådet er videre godt kjent blant beboere og pårørende og mottar mye innspill til aktuelle saker. Samtidig ser vi at rådet er knyttet opp mot det øvrige beslutningssystemet i kommunen gjennom kontakt med ledelsen og styret ved sykehjemmet. Lederen er tilfreds med måten rådet fungerer på, men synes likevel det er vanskelig å avgrense hva rådet skal eller bør beskjeftige seg med.

6. Diskusjon

I denne rapporten har vi tatt for oss brukermedvirkning innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren. Rapporten baserer seg dels på en litteraturgjennomgang og dels på egne empiriske undersøkelser. Disse består både av kvantitative og kvalitative undersøkelser. Formålet med rapporten har vært å belyse noen sentrale spørsmål omkring brukermedvirkning.

Et av disse spørsmålene var om vi kan snakke om reell brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren eller om det bærer preg av å være virkemidler uten reell betydning. Det er vanskelig å gi noe entydig svar på dette spørsmålet, ikke minst fordi brukermedvirkning er et mangfoldig virkemiddel.

Litteraturgjennomgangen viser imidlertid at det er en viss utbredelse av *systemer* for brukermedvirkning. Undersøkelsene vi har gått gjennom viser samtidig at brukermedvirkning på systemnivå ikke nødvendigvis er utformet på en slik måte at det gir reell brukermedvirkning. Bl.a. fremgår det at brukerråd ikke alltid er like godt integrert i de øvrige beslutningssystemene i kommunene. Videre kan vi også stille spørsmålstegn ved om brukerundersøkelser gir de rette svarene og om resultatene i tilstrekkelig grad anvendes på en slik måte at de bidrar til å forbedre tjenestene. I det minste kan vi si at erfaringene med disse systemene ikke dreier seg om brukerstyring, dvs. organer eller systemer som har reell styring over tjenestene.

Når det gjelder brukermedvirkning på *individnivå*, har vi vært inne på at dette bærer mer preg av brukerretting enn brukermedvirkning, dvs. at det er tjenesteyterne som forsøker å tilpasse tjenestene ved å tolke og forstå brukerne. Bakgrunnen for dette er at en stor del av brukerne innenfor denne sektoren er svake og lite artikulerte. Samtidig skal vi ikke underslå betydningen av denne formen for brukermedvirkning, dels fordi det kanskje ikke finnes noen gode alternativer og dels fordi det stiller store krav til tjenesteyterens evne til innlevelse, erfaring og kompetanse. På den andre siden finner vi at virkemidler som ansvarsgrupper og individuell plan kan gi muligheter for mer direkte brukermedvirkning.

Et annet spørsmål vi stilte var om brukermedvirkning bidrar til at tjenestene blir mer *kostnadseffektive* i den forstand at det bidrar til en mer optimal prioritering eller til at tjenestene utføres på en bedre måte. Verken litteraturgjennomgangen el-

ler våre empiriske undersøkelser gir grunnlag for å konkludere i den retningen. I undersøkelsene som testet sammenhengen mellom kommunenes bruk av systemer for brukervedvirkning og kostnadsnivå/-utvikling, fant vi heller ikke noe som tydet på dette. Vi skal imidlertid ikke se bort i fra at noen former for brukervedvirkning kan bidra til å redusere kostnader (for eksempel ulike former for hjelp til selvhjelp), mens andre kan bidra til utvidelse av tjenestene og derigjennom kostnadsvekst (for eksempel BPA).

Et tredje spørsmål var om brukervedvirkning kan bidra til å skape *økt oppslutning* om tjenestene. Eller er det slik at det heller fører til økte eller urealistiske forventinger. Også her blir svaret noe tvetydig. På den ene siden har vi sett at ulike former for brukervedvirkning kan ha en positiv betydning for brukertilfredsheten. Dette gjelder bl.a. BPA og delvis fritt brukervalg. Samtidig viser våre kvantitative undersøkelser lite som tyder på at kommunenes bruk av systemer for brukervedvirkning har noen entydig positiv betydning for brukertilfredsheten. Spesielt interessant her er den store utbredelsen av serviceerklæringer som gjerne følges opp med mer konkrete vedtak om hvilke tjenester du kan få og ikke få. På den ene siden kan dette bidra til å klargjøre forventningene, men på den andre siden kan det også bidra til å gjøre tjenesten mindre fleksible. For eksempel er det rimelig å anta at en person med brukerstyrt personlig assistent vil oppleve tjenestene som langt mer fleksibel og tilpasset enn en person som får hjemmehjelp fra i en kommune med et vedtak som skal følges slavisk.

Et fjerde spørsmål var om det er pasientgrupper eller pårørende som ikke har *evner eller forutsetninger til å ta beslutninger* på egne vegne, og hvordan man eventuelt løser et slikt dilemma. Innenfor eldreomsorgen finner vi at store grupper faller inn under denne kategorien, og spesielt demente. Både litteraturgjennomgangen og våre egne kvalitative undersøkelser har vist at slike situasjoner håndteres ved hjelp av det vi har kalt brukerreting. På den ene siden innebærer dette en form for brukervedvirkning som består i å tolke og forstå brukerne. På den andre siden innebærer det også, i spesielle situasjoner, å bruke overtalelser og ”triks”, men da som et alternativ til tvang eller at pasienten skader seg.

Et femte spørsmål var om overføring og makt og myndighet til bruker, kan bidra til *ansvarsfraskrivelse* og til å legitimere en mer passiv rolle hos de med ansvar for tjenestene. Verken litteraturgjennomgangen eller våre egne undersøkelser tyder på at dette er tilfellet. Det nærmeste vi kommer er knyttet til dilemmaet som ofte oppstår

mellom ulike former for brukermedvirkning, nemlig det å være lydhør for brukernes ønsker og hjelp til selvhjelp. Flere peker på at det i en hektisk hverdag kan oppstå situasjoner der man står overfor valget mellom å hjelpe brukerne og det å la brukerne hjelpe seg selv. I slike tilfeller er det ikke uvanlig at man av tidsnød faller ned på det første alternativet, selv om man ideelt sett ønsker å velge det siste.

Det siste spørsmålet dreier seg om hvorvidt brukermedvirkning er en *utfordring for det representative politiske systemet*, dvs. at vi får et dobbelt styringssystem der stemmer teller (politisk valg), men ressurser avgjør (deltakelse i brukerorgan). Det vil være å trekke det for langt å konkludere med at så er tilfelle. Dette har sammenheng med at de ulike formene for brukermedvirkning ser ut til å ha liten innvirkning på de overordnede politiske spørsmålene. Samtidig ligger det i sakens natur at brukermedvirkning på systemnivå i det minste har et maktpotensial, noe som aktualiserer spørsmålet om representativitet. Den makten man legger til ulike typer brukerråd eller -utvalg, bør dermed ses i lys av hvor representative de er.

Det siste spørsmålet aktualiserer med andre ord spørsmålet om reell brukermedvirkning og hvor langt man skal eller bør gå i å overføre makt til enkeltindividet eller ulike typer organ på systemnivå. Brukermedvirkning anses normalt som et utvetydig gode. Mennesker som mottar offentlige tjenester skal ha muligheten til å øve innflytelse over dem. Videre antas brukeren å ha en særegen kompetanse når det gjelder sine egne behov og vilkårene for å imøtekomme dem. Uten en slik mulighet risikerer de mye. Tjenestene kan bli dårlig tilpasset behovene, og de kan undergave autonomi, fremmedgjøre og virke ydmykende.

Å legge vekt på brukermedvirkning innebærer å sette brukeren i sentrum. Det bidrar til at vårt blikk på offentlige tjenester fokuserer på brukeren som subjekt og på selve den relasjonen tjenesten utgjør; på brukeren som en myndig og kompetent aktør i en relasjon der tjenestene blir til i fravær av herredømme. I dette perspektivet er de to viktigste forutsetningene for reell medvirkning. For det første at tjenestetøverne faktisk er sensitive nok, og for det andre at brukere med begrenset autonomi/myndighet (for eksempel utviklingshemmede og mennesker med senil demens) får den best mulige kompensasjonen, slik at deres myndighet blir reell. Når disse forutsetningene er på plass, kan brukeren bli en reell deltaker. Gode tjenester avhenger aldri av tjenesten som en ”objektiv” størrelse alene; de er tett knyttet til det vi kan kalle tjenestemottakerens ”identitetsprosess” – arbeidet med å vedlikeholde selvrespekt, verdighet og autonomi. Selv om man er avhengig av en tjeneste,

kan det være vel så viktig for den opplevde kvaliteten at man samtidig får beholde sin autonomi som selvstendig individ.

Brukermedvirkning stiller store krav til organisasjonen som skal realisere dette målet. En god illustrasjon på dette er det enkle, grunnleggende spørsmålet: hva er en ”bruker” og hvem har retten til å definere denne identiteten? ”Brukeren” er, i en bokstavelig forstand, en slags kunde og konsument. I enkelte sammenhenger betyr dette at hun eller han velger mellom ulike tilbud og tar i bruk den tjenesten som i størst grad tilfredsstillende balansen mellom pris og kvalitet/mengde hun er ute etter. I det norske systemet er dette sjelden situasjonen. Den norske velferdsstatsmodellen har gått langt i å ”avkommersialisere” offentlige tjenester. Prioriteten har vært å realisere ambisjonen om universalisme, likhet og tilgjengelighet, mens oppmerksomheten mot tilpasningen av selve tjenestene har vært begrenset og i hovedsak et lokalt ansvar. En konsekvens av dette er at identiteter eller statuser som ”pasient”, ”klient” og ”mottaker” tradisjonelt har vært de dominerende. Det er atskillig grunn til å anta at dette har fungert forholdsvis godt i Norge, blant annet fordi de tjenesteytende institusjonene som oftest har vært små, lokale, desentraliserte og dermed relativt sensitive. Det har aldri eksistert en utbredt mistillit overfor disse institusjonene i befolkningen med utgangspunkt i redselsfulle erfaringer med dominerende byråkratier eller inkompetente/arrogante fagfolk.

I norsk offentlig forvaltning – som i tjenestesammenheng primært dreier seg om kommunene – har brukerperspektivet vært mer forankret i ambisjonen om ”å ha et ord med i laget” når tjenester som i utgangspunktet er rettet mot abstrakte behovskategorier skal tilpasses den enkelte tjenestemottaker. Ambisjonen har framfor alt vært å tilføre et element av gjensidighet og korreksjon, og – kanskje framfor alt – modifisere eller overvinne tap av verdighet. Samtidig har brukerne gjort seg gjeldende gjennom sine organisasjoner, som tradisjonelt – etter mønster fra de brede folkebevegelsene i Norge – har hatt et bredt virkefelt og gjort seg mer gjeldende som generell velferdspolitisk aktør enn som talerør for brukeren i snever forstand.

Den norske velferdsstatsmodellens universalisme er en sentral mekanisme i realiseringen av ønsket om at tjenester skal gjøre fri og ikke ydmyke. Den står i sterk kontrast til velferdsordninger som bygger på behovsprøvningsprinsippet, hvor tjenestene først gis når brukeren har maktet å bevise sin status som verdig trengende. Det er fra slike sammenhenger at brukermidvirkningstiltak henter noe av sin ideologiske inspirasjon. De innfører en kundeidentitet og transaksjonslogikk i en ram-

me som i utgangspunktet er dypt hierarkisk og paternalistisk. Begrepet ”empowerment” uttrykker paradokset i å forsøke å endre en dynamikk ved å rette blikket mot andre mekanismer enn de som skaper den, eller i en annen formulering: å gjøre noe med symptomet snarere enn årsaken. Vi vil imidlertid understreke at brukermedvirkning kan forstås annerledes og fylle en viktig funksjon i den norske, universelle modellen. Forutsetningen er at den tilpasses de institusjonelle og organisatoriske utfordringene som kjennetegner denne modellen.

Når velferdstjenester er (reelt eller moralsk) mer en rett enn noe som ytes til de virkelig trengende, er det en annen (og som oftest mildere) form for paternalisme som kan tre inn. Også den norske modellen skaper et potensielt maktforhold mellom brukeren og tjenesteyterapparatet. Det kan skje ved at selve tjenesten er møteplass for motstridende forventninger. I mange tilfeller forventer brukeren og hennes pårørende/omgivelser flere og bedre tjenester enn hun faktisk får, og opplever å bli sviktet av tjenesteapparatet – representert ved tjenesteutøveren – som ikke innfrir forventningen. Dette kan forsterkes av at brukeren opplever at tjenesteapparatet er utilgjengelig og/eller at det ikke evner å gi holdbare begrunnelser, for eksempel når tjenestetilbudet reduseres med referanse til brukerens behov – mens det i realiteten skyldes økonomiske prioriteringer/kapasitetsproblemer. I slike tilfeller ser vi at relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver henger direkte sammen med det uavklarte forholdet mellom statlige garantier og kommunal yteevne. Et annet uttrykk for problemet er brukere (og/eller deres pårørende og involverte organisasjoner) som henvises til å konkurrere med andre brukere om tilgang på tjenester de har rett på. Å bli hensatt til å vente i ubestemt tid i kø på at en rett kanskje blir innfridd, og/eller bli hindret i å få tilgang til tjenesteleverandøren, skaper potensielt en usikkerhet og ydmykelse som et større fokus på brukermedvirkning neppe kan løse. Et tredje uttrykk for problemet er at brukeren blir en kasteball i relasjonen mellom organisasjonens politiske, administrative, økonomiske og faglige interesser. Et sentralt mål i brukermedvirkning er også å hindre at brukeren blir prisgitt tjenesteleverandørens makt. Mye tyder på at det avgjørende er hva som skjer lokalt og hvordan handlingsrommet utnyttes der.

Det er vesentlig å holde fast ved at den norske universalismemodellen trolig gjør brukermedvirkningen langt mer relevant og anvendbar enn i behovsprøvde modeller. Grunnen er altså at brukeren har en viss grad av reell makt i kraft av å være rettighetshaver. Muligheten for at brukeridentiteten kan brukes som redskap til å

transformere (en passiv) mottakerrolle til en aktiv deltakerrolle, og på den måten investere eget skjønn i utformingen av tjenesten og motvirke ydmykelse, er da relativt stor. Den avhenger framfor alt av to faktorer: (1) brukernes egen myndighet og (2) tjenesteleverandørens evne til å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer, relasjoner, roller, arenaer og beslutningsformer.

Det utfordrende arbeidet med å bistå brukere i myndiggjøring – for eksempel psykisk utviklingshemmede og mennesker med senil demens – synes framfor alt å være avhengig av kompetanse. Slikt arbeid må oppfattes som faglig/etisk interessant, og det må eksistere rammer som gjør det mulig å arbeide meningsfullt med det. Forutsetningen for dette er at det eksisterer levende fagmiljøer som utvikles felles, og som motiveres av det å fortolke brukernes erfaringer. Slikt aktivt fortolkingsarbeid blir ofte undervurdert. Essensen i det byråkratiske arbeidet med å tilpasse tjenestene til enkeltpersoner, er å skape felles forståelse og å koordinere den praktiske oppfølgingen av det. Når brukeren mottar en engangsyttelse, er dette sjelden et problem, men det er til gjengjeld en avgjørende utfordring når tjenestene involverer langvarige, mangfoldige relasjoner, mange tjenesteutøvere og mange ulike organisatoriske nivå. Brukermedvirkning handler ikke om å undervise tjenesteutøverne i henhold til manualkunnskap, men å utnytte muligheten til å mobilisere faglige interesser; ikke bare blant enkeltpersoner i personalet, men som en kollektiv prosess. Muligheten for å realisere dette avhenger samtidig av at det faktisk er en prioritert oppgave i alle ledelsesfunksjoner.

Brukermedvirkning forutsetter nærvær av brukerens egen stemme. Derfor er det vesentlig at det finnes arenaer der brukernes erfaringer faktisk kan komme til uttrykk, at brukeren kan få en reell rolle å spille der, og ikke minst at det finnes organisatoriske mekanismer som sikrer at brukererfaringer og brukersynspunkt faktisk følges opp. Brukeren skal med andre ord bli et reelt korrigerende element. Derfor må brukererfaringer bli artikulert på flere organisatoriske nivå samtidig. Brukererfaringer er samtidig nært knyttet til etikk, men også til faglighet, ledelse, økonomi og politikk. Dersom hensikten med brukermedvirkning er at den skal bli et reellt korrektiv, må brukererfaringene bli systematisk oversatt til alle de dominerende samtalene og forståelsesformene som råder i den tjenesteytende organisasjonen. I relasjon til de interessene som former slike organisasjoner i deres daglige liv, er brukerne den svakeste part og kan bare sjelden korrigere i kraft av sin selvstendige tyngde og makt.

7. Litteraturliste

Andersen, J., O.P. Askheim, I.S. Begg, I. Guldvik (2006): *Brukerstyrt personlig assistanse. Kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal.

Andersen, L., Brok P.N., Mathiasen, H. (1998): *Empowerment på dansk*. Dafolo Forlag, Fredrikshavn.

Andreassen, T.A. (2005): *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal.

Ankestyrelsen (2007): *Frit valg i eldreplejen – det frie leverandørvalg til personlig pleje*. Ankestyrelsen, marts 2007.

Arbeids og administrasjonsdepartementet (1998): *Kvalitetsutvikling og serviceerklæringer. Hvordan utvikle serviceerklæringer i staten*.

Arnstein, S.R. (1969): "A Ladder of Citizen Participation", i *JAIP*, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224.

Asplan Viak/Kaupangen (2007): *Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgsordningen innen bydelens hjemmesykepleie: Bydel Vestre Aker, Delrapport 1*. Oktober 2007, Asplan Viak/Kaupangen.

Asplan Viak/Kaupangen (2008): *Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgsordningen innen bydelens hjemmesykepleie: Bydel Vestre Aker, Sluttrapport*. August 2008, Asplan Viak/Kaupangen.

Askheim, O.P (2006): *Å leve er mer enn å overleve : funksjonshemmede med brukerstyrt personlig assistanse forteller*. Oslo : Gyldendal akademisk.

Askheim, O.P. og B. Starrin (2007): *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Asplan Viak/Kaupangen (2008). *Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgsordningen innen bydelens hjemmesykepleie: Bydel Vestre Aker, Sluttrapport*. August 2008, Asplan Viak/Kaupangen.

- Aune, I.-K. Ellingsen (2006): *Evaluering av "Best på tvers". Et kompetanseprogram for utvikling og implementering av ansvarsgruppe og individuell plan*. Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for helse- og sosialfag.
- Berg, C. og S. Helgesen (2001): *Driftsstyreforsøk ved tre skoler i Stavanger*. Rogalandsforskning, Rapport RF – 2001/016.
- Bollig, Pedersen og Førde (2009): "Etikk i sykehjem og hjemmetjenester", i *Sykepleien Forskning*, 2009, 4(3).
- Bollingmo, Høium og Johansen (2004): *Dette er mitt liv – brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Borge, L. E. og Sunnevåg, K. (2005): *Effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren: rapportering for 2004*. SØF-rapport nr 05/05, Senter for økonomisk forskning, Trondheim.
- Cech, B.N (2007): "Forskningssirkel med personer med utviklingshemming – fra ord til handling", i Askheim, O.P. og B. Starrin (red): *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Cegala, D.J. m.fl. (2001): "The effects of patient communication skills training on the discourse of older patients during a primary care interview", i *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001;49:1505–11
- Dahlberg og Vedung (2001): *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Ducan, E., C. Best og S. Hagen (2010): *Shared decision making interventions for people with mental health conditions (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub2
- Eide, T. og Aadland, E. (2008): *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Kommuneforlaget, Oslo.
- Eldebalk og Svensson (2005): *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden*. TemaNord 2005:507. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn.
- Eskelinen, L., E.B. Hansen og M. Frederiksen (2004): *Frit valg – erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp*. AKF Forlaget Oktober 2004.

- Forsberg, E. (1997): *Frigörande kraft: empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia
- Norges forskningsråd (2009): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Divisjon for vitenskap.
- Gautn, H. og A. Grønningsæter (2002): *Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid?* Fafo-rapport 403.
- Gudvik, I. (2003): *Selustyrt og velstyrt? Brukernes erfaringer med brukerstyrt personlig assistanse*. Østlandsforskning: ØF-rapport nr 03/2003
- Griffin, S.J. m.fl. (2004): "Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to Alter the Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials", i *Annals of Family Medicine*, Vol. 2, NO. 6, 2004
- Grue, L. (1999): "Tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper – Myte eller realitet", *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol. 2, nr. 3.
- Hagner, David (1995): "Empowerment Issues in Services to Individuals With Disabilities", i *Journal of Disability Policy Studies*, vol 6, nr. 2.
- Hansen, T.H. (2004): "Deltakelse uten ord – en utfordring for tjenesteyters utforming av hjelperollen", i Bollingmo, Høium og Johansen (red.): *Dette er mitt liv – brukarmedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Harrington J, Noble LM, Newman SP (2004): "Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies", i *Patient Educ Couns*. 2004 Jan;52(1):7-16.
- Haukelien, H. (2000): *Kall og byråkrati. Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleiere*. Hovedoppgave ved sosialantropologisk institutt UIO.
- Haukelien, H. (2008): *I velferdsstatens randsoner. Evaluering av Boteam, Porsgrunn*. Høgskolen i Telemark: Rapport 1-2008.
- Helgesen, M. og T. Hansen (2001): *Driftsstyrer i Osloskolen – styring eller bare drift? Evaluering av driftsstyreordningen i Osloskolen*. NIBR-rapport 2001:18.
- Helgesen, M. (2003): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR: NOTAT 2003:117.

- Hirschman, A.O. (1970): *Exit, voice, and loyalty : responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Hoffmann, Bjørn (2002): ”Pasientautonomi som etisk rettesnor – en gjennomgang”, i *Sykepleien* 2002, 90(17).
- Holum, L.C. (2010): ”Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: en evaluering”, i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol. 47, no. 4 (2010).
- Homme, A. (2007): *Vurdering av ordningen med driftsstyre ved Paradis skole*. Stein Rokkan Senter for Flerfaglige Samfunnsstudier, Universitetsforskning Bergen. Juni 2007
- Hovik, S. og I.M. Stigen (2004): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2004:124.
- Hovik, S. og I.M. Stigen (2008): *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2008:20.
- Huseby, B.M. og B. Paulsen (2009): *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* SINTEF Helsetjenesteforskning, rapport A11522.
- Høium, K. (2004): ”Selvbestemmelse for voksne utviklingshemmede – hva vil det kreve?”, i Bollingmo, Høium og Johansen (red.): *Dette er mitt liv – brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, V., O.P. Askheim, J. Andersen og I. Guldvik (2010): *Stabilitet og endring - Utviklingen av brukerstyrt personlig assistanse*. Forskningsrapport nr. 143, Høgskolen i Lillehammer.
- Karolliussen, M. (2007): *Undervisningssykehjemsprosjektets Brukerundersøkelse*. Høgskolen i Telemark: HiT-skrift 2007.
- Kaupangen (2004): *Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgsmodellen i hjemmehjelpstjenester i Oslo kommune: Sluttrapport*. September 2004, Kaupangen.
- Kieffer, C.H. (1984): ”Citizen empowerment: a developmental perspective”, i Rapport J, Hess R (red): *Studies in empowerment: steps toward understanding and action*. New York: Howarth Press, 1984.

- Kimberlin, C. m.fl. (2001): "Questions elderly patients have about on-going therapy: a pilot study to assist in communication with physicians", i *PharmacyWorld & Science* 2001; 23(6):237–41.
- Kinnersley, P. m.fl. (2008): "Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: systematic review", i *BMJ* 2008;337:a485.
- Kirkevold (2005): "Bruk av tvang i norske sykehjem", i *Tidsskr Nor Lægeforen*, Nr. 10 – 19. mai, 2005.
- Krogstrup, H.K. (1999): *Brugerinddragelse og Organisatorisk Læring i Den Sociale Sektor*. Århus: Forlaget Systime.
- Leknes, E., Laudal, T. og Hauge, J. (2003): *Frie brukervalg og lokaldemokratiet*. Rapport RF – 2003-110, Rogalandforskning (IRIS).
- Martinussen, I. S. (2004): "Dette er mitt hjem! Med Snoezelen som mulighet for brukermedvirkning", i Bollingmo, Høium og Johansen (red.): "Dette er mitt liv – brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering", Universitetsforlaget.
- Myrvold, T. (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer: Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12.
- Myrvold, T. og M. Helgesen (2009): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. NIBR-rapport 2009:4
- Nilsen, E.S. m.fl. (2009): *Methods of consumer involvement in developing health-care policy and research, clinical practice guidelines and patient information material (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004563. DOI: 10.1002/14651858.CD004563.pub2.
- NOU 2001:3 *Velgere, valgordning, valgte*. Kommunal- og regionaldepartementet.
- NOU 2006:7 *Det lokale folkestyret i endring?* Kommunal- og regionaldepartementet.
- Nyseth, T. & Aarsæther, N. (2002): *Nærdemokrati. Teori og praksis*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Næss, Mikael (2009): "Informasjon for enhver pris? Kasuistikk fra respiratorbehandling av en pasient", i *Sykepleien Forskning* 2009, 4(2).

- Olsen, T., M.T. Jensen og A. Vangstad (2003): *Veien til arbeid. Aktørmodellen som kilde til motivasjon og jobbeffekt?* Agderforskning, FoU-rapport nr. 8/2003.
- Petersen, K. (2009): *Brugerinddragelse i rehabilitering. En kvalitativ undersøkelse av borgerens perspektiv.* Det Sundhedsvidenskapelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Rolland, A. (2003): "Fornøyde brukere uvesentlig for det offentlige". I Stat og styring, nr. 1/2003.
- Rappaport, J. (1981): "In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention", i *American Journal of Community Psychology*, 9:1 (1981:Feb.) p.1.
- Rusten, G., K.J. Sunnevåg, T.M. Ektvedt (2004): *Valgets kval. Erfaringer ved innføring av brukervalg.* SNF-rapport nr. 12/04.
- Rønning og Solheim (2000): *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Samuelsen, B.M. & Silseth, P.R. 2003. "Metodeutfordringer i brukerundersøkelser", i Rolland m.fl. (2003): *Evaluering av kommunale brukerundersøkelser.* SSB og BI. Hovedrapport, 19.12.2003.
- Servicebedriftenes Landsforening (2007): *Status for valgfrihet i omsorgssektoren i Skandinavia.* Rapport 2007.
- Sitter, M. (2008): *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.* Sintef: rapport A5204.
- Socialstyrelsen (2007): *Kundeval innom äldreomsorgen.* Socialstyrelsen, april 2007.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse,* Rapport IS-1315
- Staskonsult (2002): *Brukerretting og mekanismer for brukermedvirkning,* notat 2002:09.
- Sunnvåg, K. J. (2003): *Kommunal tjenesteyting og frie brukervalg.* SNF-rapport nr. 29/03.
- Storm, M. (2009): *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.* Oslo: Gyldendal.

- Svensson, M. og P.G. Edebalk (2006): *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*. Stockholm: Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6.
- Sverdrup, S. (2007): *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: sammenstilling av resultater fra fem prosjekter*. Diakonhjemmets Høgskole: Rapport 2007/2
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009): *Kundval i hemtjänsten – erfarenheter av information og oppfølging om framtidens hemtjänst*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sydvoid, W. (2009): *Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunenes omsorgstjeneste*. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap: Master of Public Health 2009:6
- Synovate/MMI: *Brukermedvirkning og brukerundersøkelser i norske kommuner. Resultater og erfaringer 2002–2007*.
- Tengquist (2007): ”Å begrense eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentareidet”, i Askheim, O.P. og B. Starrin (red): *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Thesen, G. og Malterud, K. (2001): ”Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg”, i *Tidsskr Nor Lægeforen*, nr. 13, 2001; 121: 1624–8.
- Thesen, G. (2006). *Evaluering av friere brukervalg i Eide kommunes hjemmehjelpstjeneste*, Arbeidsnotat 2006/011, IRIS.
- Vatne, S. (1998): *Pasienten først?: Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vestregionen (2009): *Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA). Status for ordningen og prinsipper for god organisering*. Mars 2009.
- Wetzels, R. m.fl. (2008): *Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004273. DOI: 10.1002/14651858.CD004273.pub2
- Ørstavik, Sunniva (1996). *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*, Oslo: INAS-notat.

8. Vedlegg

Tabell 8.1 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på brutto driftsutgifter per innbygger i 2002/2003.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstantledd	14,935	19,128	3,964
BM-indeks	-1,528 ***	-0,472	-0,244
Innbyggere 02/03 i 1000		-0,006	-0,005
Andel som bor i tettsteder		-0,091 ***	-0,016 **
% innbyggere 80+, 02/03			0,301 *
Mottaker_pr_innb 02/03			1,730 ***
R ² (forklart varians)	0,052	0,322	0,623

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.2 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på brutto driftsutgifter per innbygger 2007/2008.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstantledd	18,136	22,932	7,557
BM-indeks	-1,110 ***	-0,330	-0,072
Innbyggere 07/08 i 1000		-0,008	-0,007
Andel som bor i tettsteder		-0,010 ***	-0,040 ***
% innbyggere 80+, 07-08			0,532 **
Mottaker pr innb 07/08			1,523 ***
R ² (forklart varians)	0,028	0,296	0,509

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.3 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) i både 2004 og 2008 på endringer i brutto driftsutgifter per innbygger 2002/03-2007-08.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstantledd	19,197	13,599	19,405
BM-virkemiddel 04 og 08	4,788 ***	1,325	0,950
Innbyggere 02/03 i 1000		-0,056 **	-0,047 **
% endring innbyggere		0,640 ***	0,480 **
Andel som bor i tettsteder		0,142 ***	-0,106 ***
% innbyggere 80+, 02/03			-0,331
% endring av eldre 80%			0,106
Mottaker pr innb 02/03			-0,541
% endring av mottakere			0,077
R ² (forklart varians)	0,012	0,178	0,192

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.4 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på brutto driftsutgifter per bruker i 2002/2003.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstantledd	261.064	259.096	342.739
BM-indeks	-3.977	-3.816	-5.110
Innbyggere 02/03 i 1000		-.103	-.122
Andel som bor i tettsteder		.060	-.351 ***
% innbyggere 80+, 02/03			4.254
Mottaker pr innb 02/03			-15.216 ***
R ² (forklart varians)	0,000	0,000	0,120

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.5 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på brutto driftsutgifter per bruker 2007/2008.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstantledd	303.0085	286.657	403.514
BM-indeks	-8.900 ***	-0.137	-0.283
Innbyggere 07/08 i 1000		-0.143 ***	-0.150 ***
Andel som bor i tettsteder		-.529 **	-46.914 ***
% innbyggere 80+, 07/08			15.876 ***
Mottaker pr innb 07/08			-30.664 ***
R ² (forklart varians)	0,000	0,013	0,172

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.6 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) i både 2004 og 2008 på endringer i brutto driftsutgifter per bruker 2002/03-2007-08.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstantledd	16.315	12.899	24.269
BM-indeks	-0.646	-0.107	-0.825
Innbyggere 02/03 i 1000		-0.010	-0.050 **
% endring innbyggere		-0.618 **	0.365
Andel som bor i tettsteder		0.077	0.087 **
% innbyggere 80+, 02/03			-0.986
% endring av eldre 80%			0.047
Mottaker pr innb 02/03			-0.231
% endring av mottakere			-0.968 ***
R ² (forklart varians)	0,000	0,006	0,562

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.7 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten til pleie- og omsorgstjenester

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
(Constant)	4.513	5.021	5.359
BM-indeks	-.112 **	-.089 **	-.016
Andel årsv. m/vg.skole		-.672	-1.907 **
Andel årsv. m/høyskole		-.908	-.930
Sykefraværsdager per årsverk		-6.054 **	-4.678 *
Brutto driftsutgifter per innbygger		.044 ***	.010
Antall innbyggere i 1000 personer			-.002
Andel som bor i tettsteder			-.776 ***
Andel innbyggere 80+			-.067
Brukere per innbygger			.041 **
Kjønn			.028
Alder			.013 ***
Utdanning			-.037
Samlede brutto årsinntekt			-.032
R2	0,004	0,022	0,059

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.8 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på oppfatningen av brukernes tilfredshet med tjenestene.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
(Constant)	4.947	4.828	5.291
BM-indeks	-.140 ***	-.112 ***	-.043
Andel årsv. m/vg.skole		.141	-1.152
Andel årsv. m/høyskole		.017	.126
Sykefraværsdager per årsverk		-5.750 **	-4.498 *
Brutto driftsutgifter per innbygger		.042 ***	.023
Antall innbyggere i 1000 personer			-.004 **
Andel som bor i tettsteder			-.738 ***
Andel innbyggere 80+			-.067
Brukere per innbygger			.014
Kjønn			-.149 *
Alder			.018 ***
Utdanning			-.016
Samlede brutto årsinntekt			-.007
R2	0,008	0,024	0,073

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.9 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på brukerne av hjemmetjenestens tilfredshet med tjenestene (resultat, prosess og struktur)

	Resultat	Prosess	Struktur
(Constant)	3.368	3.379	3.230
BM-indeks	-.026 ***	-.021 **	-.033 ***
Andel årsv. m/vg.skole	.350 **	.359 **	.385 **
Andel årsv. m/høyskole	-.231	-.312 **	-.449 ***
Sykefraværstid dager per årsverk	-1.623 ***	-1.870 ***	-2.259 ***
Brutto driftsutgifter per innbygger	.001	-.005 *	-.003
Antall innbyggere i 1000 personer	-.001 ***	-.001 ***	-.001 ***
Andel som bor i tettsteder	.066	-.047	.099
Andel innbyggere 80+	-.001	-.009	.005
Brukere per innbygger	.006 **	.011 ***	.010 ***
R2	0,028	0,021	0,036

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå

Tabell 8.10 Effekten av systemer for brukermedvirkning (BM-indeks) på pårørende av institusjonsbeboeres tilfredshet med tjenestene (resultat, prosess og struktur).

	Resultat	Prosess	Struktur
(Constant)	2.687	3.359	3.009
BM-indeks	.064 ***	.015	.031 **
Andel årsv. m/vg.skole	-.105	-.011	.141
Andel årsv. m/høyskole	.357 *	.389 *	.598 **
Sykefraværstid dager per årsverk	-2.144 ***	-3.263 ***	-3.669 ***
Brutto driftsutgifter per innbygger	.001	-.002	-.003
Antall innbyggere i 1000 personer	-.002 ***	.000	.000
Andel som bor i tettsteder	.020	.013	.007
Andel innbyggere 80+	-.012	.011	.020
Brukere per innbygger	.017 ***	.007 **	.011 ***
R2	0,039	0,007	0,010

*** signifikant på 1%-nivå, ** signifikant på 5%-nivå, *signifikant på 10%-nivå