

# Brukermedvirkning

## i helse- og omsorgssektoren

HEIDI HAUKELIEN, GEIR MØLLER OG HALVARD VIKE

TF-rapport nr. 284

2011

### 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 tilfelle 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 debathefte med historier om brukermedvirkning i kommunal helse- og omsorgssektor. Heftet 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 brukene gir uttrykk for ønsker og behov i det daglige stedet 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 brukerrettede ordninger og forvaltningsorienterte ordninger. Institusjonelle ordninger innebærer at brukerne medvirker gjennom organer som brukerråd, brukerutvalg, høringsrunder, brukermøter etc. Individuelle brukerrettede 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 pleierens 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 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 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 brukermedvirkning 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 brukermedvirkning må forstås i lys av den norske og nordiske modellen. Ambisjonene om økt brukermedvirkning 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. Brukermedvirkning 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.