

Brukermedvirkning i sykehusavdelinger?

Sammendrag

Bakgrunn. Pasienters og pårørendes erfaringer skal gis en sentral plass i utviklingen av tilbud i helsetjenesten. Likevel finnes det ingen oversikt over omfang av og former for brukermedvirkning ved norske sykehusavdelinger.

Materiale og metode. Alle administrative enheter, dvs. én eller flere avdelinger/klinikker, i Helse Midt-Norge (n = 63) fikk tilsendt et spørreskjema om brukermedvirkning. Svar ble mottatt fra 53 enheter (84 %). 60 oppgitte kontaktpersoner fikk tilsendt et mer omfattende spørreskjema, som ble besvart av 41 (68 %).

Resultater. 38 av 53 administrative enheter (72 %) oppga å ha involvert brukere i utviklingen av tjenester. Det var stor variasjon i former for brukermedvirkning. Det finnes egne brukerutvalg på avdelingsnivå, brukerrepresentant i styringsgrupper og i opplæringstiltak, ansatte brukere, kontakt med brukerorganisasjoner samt brukerundersøkelser. Å engasjere pasienter i egen behandling (individuell plan) og mer uformell kontakt med pasienter ble også oppgitt som brukermedvirkning.

Fortolkning. Det er stor variasjon i hva slags interaksjon med brukere helsepersonell rapporterer som brukermedvirkning. Det er usikkert om alle interaksjonene kan karakteriseres som brukermedvirkning med reell innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet i sykehusavdelinger.

Aslak Steinsbekk

aslak.steinsbekk@ntnu.no

Marit Solbjør

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Medisinskteknisk forskningssenter
7489 Trondheim

Brukermedvirkning i helseforetak er lovpålagt (helseforetaksloven § 34). Helseforetakene har opprettet brukerutvalg på direktornivå. Dette har ført til økt oppmerksomhet på brukere generelt, mens det er vanskeligere å vise til konkrete resultater (1). Det er lite kunnskap om hva slags brukermedvirkning som eksisterer på andre nivå, spesielt der den direkte pasientkontakten foregår.

Selv om brukermedvirkning står sentralt i helsepolitikken både nasjonalt og internasjonalt (2–4), er det relativt lite forskning på feltet. Systematiske oversiktsartikler om effekten av brukermedvirkning i utformingen av helsetjenester har kun identifisert noen få randomiserte studier, og ingen av disse omhandlet utformingen av helsetjenester (5–7). Former for brukermedvirkning i disse studiene varierer fra å ha egne faste utvalg bestående av brukere til generelle brukerundersøkelser.

Det eksisterer ingen entydighet i hva som regnes som brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan defineres som «aktiv deltagelse fra pasienter, pasientrepresentanter eller potensielle pasienter, i planlegging, overvåkning og utvikling av helsetilbud» (7). Dette er i samsvar med det som er uttrykt i offentlige dokumenter, men definisjonen sier likevel lite om hvilke typer tiltak som regnes som brukermedvirkning.

Det er ikke funnet studier som beskriver utbredelse av eller former for brukermedvirkning på avdelingsnivå i norske sykehus. Hensikten med denne studien var derfor å beskrive dette innenfor Helse Midt-Norge.

Materiale og metode

Dette er en eksplorerende undersøkelse der det er brukt spørreskjemaer og intervjuer for å samle inn data. Et enkelt spørreskjema ble sendt til ledere ved 63 avdelinger og klinikker (administrative enheter) innen somatikk og psykiatri ved alle sykehus og rusforetaket i Helse Midt-Norge. 53 (84 %) svarte. De ble bedt om å skrive inn navn på avdelingen(e) og angi for hver avdeling om det var «brukere med i utforming av tjenestetilbud (ja/nei)». Dersom de svarte ja, ble de også bedt om å «oppgi navn på person(er) i avdelingen

som kan kontaktes for å gi utfyllende informasjon».

De 60 kontaktpersonene som ble oppgitt, fikk et mer omfattende spørreskjema med spørsmål om beskrivelse av tiltaket, kategorisering av type tiltak, hva hensikten var, hvem som tok initiativet og hvem som var brukerne. Fordi det var lite kunnskap om disse forholdene, hadde spørsmålene både åpne og lukkede svarkategorier. 41 kontaktpersoner (68 %) svarte.

Svarene på de åpne spørsmålene ble kategorisert og ved tvil ble kategoriseringen basert på kunnskap ervervet fra en studie om helsepersonells erfaring med brukermedvirkning der det ble gjennomført kvalitative intervju med 18 personer (under publisering). Begge forfatterne deltok i analysen.

Resultater

Av de 53 administrative enhetene som svarte på det enkle spørreskjemaet, oppga 38 (72 %) at de hadde brukermedvirkning. Tallet tar ikke hensyn til form eller omfang av brukermedvirkningen. Noen av enhetene hadde brukermedvirkning kun i deler av virksomheten.

Typer brukermedvirkning

85 ulike brukermedvirkningstiltak ble rapportert og kategorisert i åtte hovedgrupper (tab 1). Hvert tiltak ble kun inkludert under én kategori.

Av de seks enhetene som oppga å ha brukerutvalg, var det tre enheter som hadde faste brukerutvalg som kan sammenliknes med foretakenes brukerutvalg. De øvrige hadde ulike typer samlinger med brukere. I avdelingene med faste brukerutvalg deltok leder ved enheten. Brukerutvalgene diskuterte oftest saker fra ledelsen, men kunne også selv ta opp saker. Eksempler på saker var prosesser rundt endring av tilbud, innspill til prioriteringer og praktiske problemer som for

Hovedbudskap

- Det er lite forskning om brukermedvirkning i sykehusavdelinger
- Om lag tre firedeler av de enheter som svarte, oppga å ha involvert brukere i utvikling av tjenester
- En strammere definisjon av brukermedvirkning ville medført en lavere andel

eksempel informasjon til pasienter, logistikk eller håndtering av tilbakemeldinger fra brukere. Avdelingene samarbeidet med sykehusekets brukerutvalg både i saker de behandlet og for å utnevne medlemmer.

Styringsgrupper hvor det deltok en bruker i tillegg til ansatte var i avdelingsråd, kvalitetsråd, HMS-utvalg, referansegruppe og strategigruppe. Dette var faste utvalg og råd ved avdelingen. Det var også brukerrepresentasjon, det vil si bruker som ressursperson, i tidsavgrensede prosjekter. Eksempler på slike prosjekter var planlegging av ny avdeling, bygging, organisasjonsutvikling og utvikling av opplæringstiltak.

Resultater fra ulike former for brukerundersøkelser ble benyttet i evaluering og planlegging av virksomhet ved avdelingene. Dette kunne være intervjuundersøkelser, generelle brukerundersøkelser og tilfredshetsundersøkelser.

Kontakt med brukerorganisasjonene varierte fra jevnlig og formell kontakt til enkeltforespørslar. Forespørslar kunne gå fra avdelingen til organisasjonen – og motsatt. Organisasjonene hadde typisk avdelingens egne pasientgrupper eller pårørende som medlemmer.

Noen hadde ansatt brukere som hadde kompetanse basert på egne erfaringer som pasient. Primært var ansatte brukere knyttet til opplærings- eller mestringstiltak som var en del av behandlingen. I kategorien bruker som ressursperson i behandlingstilbudet inngikk både individuell medvirkning (individuell plan) og likemannsarbeid (at pasienter kunne kontakte brukere). Brukere var med i opplæring i regi av avdelinger og i regi av lærings- og mestringssentrene (LMS). De sistnevntes ideologi er å sidestille brukere og fagpersoner i opplæring av pasienter (8). Dette kan forklare hvorfor det var så mange tiltak i denne kategorien.

Initiativ og hensikt

De fleste oppga både leder og ansatte som initiativtakere til brukermidvirkning. Ved fire enheter ble kun leder oppgitt som initiativtaker, mens to enheter oppga kun ansatte. Brukere og brukerorganisasjoner ble også beskrevet som initiativtakere, men ingen oppga at initiativet kun kom fra disse.

De fleste oppga flere grunner til at brukermidvirkningen ble igangsatt. Dette indikerer sammensatte årsaker til at avdelingene har brukermidvirkning. Blant disse var utvikling av nytt tiltak, ønske om å utvikle tilbudet til pasientene, heve kvaliteten på tjenesten, ha med brukernes erfaring og eksternt krav om at brukerne skulle være med.

Hvem er brukerrepresentantene?

Brukerrepresentantene var som regel en tidligere eller nåværende pasient, en person oppnevnt av en brukerorganisasjon, eller en kombinasjon av disse. I tillegg ble pårørende til pasienter, eksterne personer som ikke hadde vært pasient ved avdelingen, pasient-

Tabell 1 Typer brukermidvirkning og antallet ganger de ulike typene ble rapportert. Totalt ble det oppgitt 85 ulike tiltak

Type brukermidvirkning	Tiltak	
	Antall	Prosent
Brukerutvalg for avdelingen	6	7
Brukerrepresentanter i avdelingens styringsgrupper	8	9
Bruker som ressursperson for ett bestemt prosjekt	16	19
Brukerundersøkelser	16	19
Ansatt bruker	5	6
Kontakt med brukerorganisasjoner	5	6
Bruker som ressursperson i behandlingstilbudet	10	12
Bruker som ressursperson i opplæring	19	22
Sum	85	100

organisasjoner og ansatte brukere oppgitt som representanter.

Diskusjon

Dette er den første undersøkelsen som beskriver omfang av og type brukermidvirkning ved norske sykehusavdelinger. Undersøkelsen er basert på egenrapportering fra helsepersonell ansatt ved avdelingene. Dette åpner muligheten for at svarene er farget av deres holdninger, men fordi det i hovedsak rapporteres om generelle forhold, anses dette likevel ikke å ha avgjørende betydning for funnene. Tre av fire «administrative enheter» (klinikker/avdelinger) hadde brukermidvirkning av svært varierende type og omfang.

Omfanget av brukermidvirkning kan virke omfattende, men det er noen viktige forbehold. På foretaksnivå vil 100 % ha brukermidvirkning fordi det er pålagt. Tar man utgangspunkt i de minste enhetene ved sykehusene som seksjoner, blir tallet mye lavere. Et anslag på 72 % må derfor tolkes i lys av nivå i organisasjonen. Det er ikke mulig å si at det er høyt eller lavt uten å sammenlikne med samme nivå andre steder. Videre har ulik forståelse av brukermidvirkning hos respondentene gjort at avdelinger har rapportert ulike typer tiltak, deriblant også individuell brukermidvirkning. Hvis brukermidvirkning defineres til bare å være det å ha en eksternt oppnevnt bruker i et fast utvalg, ville omfanget blitt redusert betraktelig. For å få sammenliknbare tall bør man i fremtidige undersøkelser om omfang av brukermidvirkning definere hvilke type tiltak man regner som brukermidvirkning.

Det kan være overraskende at initiativet til brukermidvirkning på avdelingene i så stor grad ligger hos de ansatte. Man kunne tenkt seg at brukerne ville presse på for å delta i utformingen av eget tilbud. Siden denne undersøkelsen kun omhandler de ansattes syn, kan det hende brukere ville sagt at de har jobbet i kulissene for å få til brukermidvirkningen. Samtidig har man tidligere funnet at det er nødvendig med oppfølging og tilrettelegging fra helsevesenet for å få brukermidvirkning til å fungere (9).

I denne studien har man for første gang beskrevet omfanget av og former for brukermidvirkning ved et utvalg norske sykehusavdelinger. Det er stor variasjon i hva helsepersonell rapporterer om brukermidvirkning. Det er også et åpent spørsmål hvorvidt en del av de rapporterte tiltakene kan karakteriseres som reell brukermidvirkning.

Vi takker Marit By Rise for hjelp i arbeidet med undersøkelsen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Andreassen TA, Lie T. Helseforetaksreformen – en brukermidvirkningsreform? Iverksetting og resultater av brukerutvalg i helseforetak. I: Norges forskningsråd, red. Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermidvirkning og medbestemmelse. Oslo: Norges forskningsråd, 2007: 116–27.
2. Hogg CNL. Patient and public involvement: What next for the NHS? *Health Expect* 2007; 10: 129–38.
3. Hubbard G, Kidd L, Donaghy E et al. A review of literature about involving people affected by cancer in research, policy and planning and practice. *Patient Educ Couns* 2007; 65: 21–33.
4. Frankish CJ, Kwan B, Ratner PA et al. Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1471–80.
5. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M et al. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD004563.
6. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions. A review of the evidence. London: The Health Foundation, 2006.
7. Crawford MJ, Rutter D, Manley C et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002; 325: 1263–5.
8. Steihaug S, Hatling T. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Trondheim: Sintef Helse, 2006.
9. Donaldson A, Lank E, Maher J. Sharing experiences of user involvement in shaping new services: the story of a national patient group. *Fam Cancer* 2007; 6: 249–56.

Manuskriptet ble mottatt 14.1. 2008 og godkjent 14.4. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.