Brukermedvirkning i sykehusavdelinger – helsepersonellens erfaringer

Sammendrag

Bakgrunn. Brukermedvirkning er lovpålagt i helsevesenet i Norge. Likevel finnes det lite kunnskap om hvordan dette gjøres i praksis. Målet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med brukermedvirkning i sykehusavdelinger.

Materiale og metode. Vi har gjort en kvalitativ intervjustudie med 18 ansatte fra 12 sykehusavdelinger i Helse Midt-Norge HF.

Resultater. Helsepersonellet fortalte at det var de som initierte brukermedvirkning i avdelingen. Brukerrepresentanter ble oppnevnt av sykehusets brukerutvalg eller plukket ut på grunnlag av personlige egenskaper ut fra avdelingens behov. De ansatte var positivt overrasket over representantenes kvalifikasjoner. De fant det likevel utfordrende å oppnå likeverdighet mellom brukerrepresentantene og personellet. De ansatte satte grenser for brukernes medvirkning, spesielt i medisinfaglige spørsmål.

Fortolkning. Oppfatningen av at det er helsepersonellet som både initierer og setter grenser for brukermedvirkningen, kan tyde på at brukernes medvirkning i sykehusavdelinger i stor grad skjer på de ansattes premisser.

Marit Solbjør

marit.solbjor@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Aslak Steinsbekk

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Det er lovpålagt med brukermedvirkning i de norske helseforetakene (lov om helseforetak § 35). Pasientenes og de pårørendes erfaringer skal gis en sentral plass i arbeidet med planlegging og drift av virksomheten (1, 2). På grunnlag av dette har helseforetakene opprettet brukerutvalg på foretaksnivå. Brukermedvirkning er også aktuelt på individuelt nivå, da handler det om hvordan pasientene vurderer den behandlingen de har fått (3).

I sykehusene er avdelingen møtepunktet mellom system og individ. I en spørreskjemaundersøkelse ble det fra 72 % av sykehusavdelingene i Helse Midt-Norge HF oppgitt at de hadde brukermedvirkningstiltak (4). Helsepersonellet kan være skeptisk til medvirkning fra brukerne fordi de føler at dette står i motsetning til profesjonell behandling av pasientene eller fordi det kommer i veien for arbeidet (5–7). Likevel kan personellet være viktige initiativtakere til innføring av brukermedvirkning (6–8). Målet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med brukermedvirkning i sykehusavdelinger.

Materiale og metode

Studien er en oppfølging av en spørreskjema-basert kartlegging av brukermedvirkning på avdelingsnivå i Helse Midt-Norge (4). På bakgrunn av kartleggingen ble det gjort et strategisk utvalg av 12 avdelinger – for å sikre variasjon i type avdeling og i former for involvering av brukerne. Avdelingene hadde selv trukket frem kontaktpersoner med erfaring fra brukermedvirkningstiltak. Helsepersonell fra ti avdelinger sa seg villige til å delta, mens to avdelinger ikke svarte på henvendelsen. I tillegg ble to ansatte rekruttert ut fra opplysninger fra de intervjuede.

Det ble gjennomført 12 kvalitative intervjuer – ni individuelle intervjuer og tre gruppeintervjuer – med 18 ansatte fra 12 sykehusavdelinger i Helse Midt-Norge HF (fire psykiatriske enheter, tre rehabiliteringsavdelinger, fem somatiske avdelinger). Ni avdelinger tilhørte det regionale sykehuset og tre tilhørte to

lokalsykehus. De intervjuede var leger, sykepleiere, sosionomer og fysioterapeuter, og det var sju avdelingsledere/klinikksejere, fire avdelingssykepleiere, to kvalitetsrådgivere og fem underordnede ansatte.

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter (MS). Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide med spørsmål om intervjupersonenes erfaringer med brukermedvirkning i avdelingen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert til tekst. Utskriftene ble lest av begge forfattere. Fra hvert intervju ble hovedtemaer kondensert og deretter vurdert i kategorier for videre analyse (9). Hvis det var uenighet om fortolkningen, ble problemet løst ved at vi gikk tilbake til ordlyden i sitatene og diskuterte disse til enighet ble oppnådd.

Resultater

Hvorfor brukermedvirkning?

Etter helsearbeidernes oppfatning var hensikten primært å få innspill til spørsmål om kvalitetsutvikling og service. Brukerrepresentantene ga nyttige tilbakemeldinger når de påpekte mangler eller ulikheter mellom fagfolkenes og brukeres oppfatning av situasjonen. Respons fra brukerne ble sett på som nyttig – men også som politisk korrekt.

Et annet aspekt var at brukermedvirkning kunne styrke ledelsens prioriteringer overfor de ansatte på avdelingen. «Det forsterker på en måte noen av satsningene våre. Fordi vi får tilbakemelding fra brukerne om at ja, det punktet der er et problem» (avdeling B).

Flere så brukermedvirkning som en måte å oppnå avdelingens mål på, slik at man kunne gi pasientene et bedre tilbud. Brukerne hadde ofte sterkere gjennomslagskraft enn helsepersonellet, spesielt innenfor pasientopplæringen.

Hvem tar initiativet?

Ifølge de ansatte kom initiativet til å ta brukerne med først og fremst fra personellet

Hovedbudskap

- Brukermedvirkning blir ofte initiert av helsepersonell
- Helsepersonellet ønsker medvirkning fra brukerne for å få eksterne synspunkter
- Brukerne blir ikke involvert i faglige spørsmål

selv. Det var imidlertid unntak. Noen avdelinger var blitt pålagt å involvere brukerrepresentanter i byggeprosjekter. Ved andre avdelinger hadde man opplevd at pårørende krevde å få medvirke.

Rekruttering av brukerrepresentanter

Representanter til avdelingenes bruker- eller styringsgrupper ble som regel oppnevnt av brukerutvalg eller pasientorganisasjoner. Brukere som skulle medvirke i pasientoppfølging eller behandlingsopplegg, ble oftere valgt ut av helsepersonellet selv. Ved noen avdelinger ønsket man ikke å ha sine egne pasienter som brukerrepresentanter, siden dette kunne føre til rollekonflikter. Noen ganger var det også vanskelig å få tak i representanter for brukerne.

Brukerrepresentantens kvalifikasjoner

Helsearbeiderne trakk frem representativitet og integritet som viktige kvalifikasjoner for brukerrepresentantene. For noen avdelinger var det viktig at representantene fikk innspill fra et nettverk, for eksempel en brukerorganisasjon. Videre måtte de kunne generalisere ut fra sin egen og andres erfaringer. Brukerrepresentantene burde kunne tilby et alternativt perspektiv, men samtidig ha kjennskap til avdelingen. Flere hadde erfart at opplæring av brukerrepresentantene bedret mulighetene for god medvirkning.

Ved mange avdelinger ble tidligere pasienter brukt som foredragsholdere. Personlige egenskaper var viktig der brukeren skulle være et forbilde for andre pasienter. Samtidig var det for helsepersonellet avgjørende at de faglige hensynene kom først, brukerens representativitet kom i annen rekke. «Det å ha brukere som terapeuter er ikke bare en organisasjonssak for brukerorganisasjonen, synes jeg. Der må vi som fagfolk inn, vi må være med og vurdere egnetheten» (avdeling D).

Begrensninger for brukermidvirkning

Noen fant at brukermidvirkning var en ekstra belastning i en allerede presset hverdag, for andre tok samarbeid med brukerne ikke så mye tid. Enkelte områder av virksomheten ble sett som for «faglige» for brukermidvirkning – det kunne dreie seg om behandlingstilbud eller ressursprioriteringer i avdelingen. Noen ansatte var bekymret for

at brukermidvirkning kunne bli redusert til symbol. Dette gjaldt spesielt hvis tilstedeværelse av en brukerrepresentant var nok til at det ble oppfattet som reell medvirkning, selv om vedkommendes synspunkter ikke påvirket beslutningene.

Diskusjon

Resultatene gir et innblikk i helsearbeideres erfaring med brukermidvirkning. De intervjuede var sykehusansatte med brukermidvirkningserfaring. De var plukket ut på bakgrunn av en forutgående spørreskjemaundersøkelse. Resultatene vil derfor være påvirket av at det ikke er tilfeldig hvem som blir involvert i brukermidvirkning, besvarer spørreskjemaer og dermed var aktuelle studiedeltakere. Dessuten er materialet hentet fra kun én helseregion, derfor blir ikke ulikheter mellom regionene angående vektlegging av brukermidvirkning belyst (10).

Helsepersonellet mente at det var opp til dem selv å legge til rette for medvirkning fra brukerne, til tross for at foretakene er pålagt å etablere systemer for dette. Hvis det er ønskelig med ensartede løsninger for brukermidvirkning i sykehusavdelinger, må rammene klargjøres.

Det er tidligere rapportert at helsepersonell kan se brukermidvirkning som vanskelig å forene med god faglig praksis (7, 11), men at kjennskap til hvordan det fungerer kan gi en mer positiv holdning (5–7, 11). Våre intervjupersoner ville ha innspill fra brukerne som en alternativ stemme, men ønsket å holde medisinfaglige spørsmål utenfor. Mange sa at erfaring med brukermidvirkning hadde fått dem til å bli mer positivt innstilt, ikke minst gjaldt det brukerrepresentantenes kvalifikasjoner. Man hadde opplevd at uenighet mellom brukere og fagfolk kunne få de ansatte på avdelingen til å se i nye retninger. Det var derfor bekymringsfullt dersom motsetninger forsvant fordi brukerrepresentanten ble sosialisert inn i avdelingens faglige fellesskap.

Sett fra helsepersonellens ståsted var ikke formålet med brukermidvirkningen å få i gang generelle faglige diskusjoner. Grensen for hva som er faglig og hvilke områder som er åpne for medvirkning fra brukerne er en viktig diskusjon. Bruk av faglig definisjonsmakt kan opprettholde maktbalansen på et felt (12).

Dersom helsepersonellet avgrenser brukermidvirkningen ut fra sine egne faglige vurderinger, kan man spørre om hvorvidt det fulle potensialet for medvirkning blir ivaretatt.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen presiserer at brukermidvirkning vil være et sentralt politisk krav fremover. Selv om det vil være motstand mot brukermidvirkning i sykehusene, kan erfaring med slike tiltak endre holdningene. Klarere føringer kan være nødvendig for at praksisen skal bli sammenfallende med de politiske målene om brukermidvirkning i helsetjenestene.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
2. Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermidvirkning og medbestemmelse. Oslo: Norges forskningsråd, 2007.
3. Thompson AGH. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1297–310.
4. Steinsbekk A, Solbjør M. Brukermidvirkning i sykehusavdelinger? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 20–1.
5. 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.
6. Evans S, Titterton J, Barley V et al. User involvement in UK cancer services: bridging the policy gap. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2003; 12: 331–8.
7. Arnetz JE, Winblad U, Arnetz BB et al. Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008; 7: 113–20.
8. Daykin N, Sanidas M, Titterton J et al. Developing user involvement in a UK cancer network: professionals' and users' perspectives. *Crit Public Health* 2004; 14: 277–94.
9. Kvale S, Brinkmann S. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. 2. utg. London: Sage, 2008.
10. Andreassen TA. Brukermidvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal, 2005.
11. Robert G, Hardacre J, Locock L et al. Redesigning mental health services: lessons on user involvement from the Mental Health Collaborative. *Health Expect* 2003; 6: 60–71.
12. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1988.

Mottatt 20.4. 2010, første revisjon innsendt 17.9. 2010, godkjent 4.11. 2010. Medisinsk redaktør Jon Arund Kyte.