

Brukermedvirkning i avtaleverket for samhandlingsreformen

Marit Solbjør

Førsteamanuensis

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Marit.Solbjor@ntnu.no

Birgitte Ljunggren

Førsteamanuensis

Dronning Mauds Minne Høgskole for barnehagelærerutdanning (DMMH)

ebl@dmmh.no

Hanne Hestvik Kleiven

Seniorforsker

Trøndelag Forskning og Utvikling

hanne.hestvik.kleiven@tfou.no

SAMMENDRAG

Artikkelen analyserer brukermedvirkning i utformingen av samhandlingsreformens avtaleverk mellom kommuner og helseforetak, i forhandlinger organisert som oppdragsnettverk. Vårt teoretiske perspektiv er Tritters teori om brukermedvirkning som direkte og indirekte. I denne artikkelen undersøker vi hvordan ulike former for brukermedvirkning gjennomføres innenfor oppdragsnettverk, en underkategori av nettverksstyring. Brukermedvirkning var pålagt forhandlingene gjennom en veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet, men ble ulikt praktisert i studiens fire case. Bare to case hadde med brukerrepresentanter i selve forhandlingene. Brukerrepresentantenes rolle i oppdragsnettverket var uklar for partene. De medvirket primært indirekte, blant annet gjennom å påvirke og fremme innholdet i begrepet «pasientens beste». Struktureringen av oppdragsnettverket tok mest hensyn til kommunenes og helseforetakenes interesser og ressurser, og mindre hensyn til brukerrepresentantenes ressurser. I denne typen styringsnettverk ser vi at evnen til å mobilisere ressurser for å løse oppdraget, lese det sosiale spillet og forhandle fram egne interesser og forståelser er spesielt viktig for reell brukermedvirkning

i oppdragsnettverk. Artikkelen diskuterer hvorvidt dette kan forstås gjennom begrepene direkte og indirekte brukervedvirkning.

Nøkkelord

brukervedvirkning, nettverksstyring, samhandlingsreformen, helseforetak, kommuner, casestudie

USER INVOLVEMENT IN THE NEGOTIATIONS FOR THE COORDINATION REFORM

This article analyses user involvement in the negotiations for the Coordination Reform in Norway. User involvement was mandatory, but it varied whether and how it was practiced. Our theoretical perspective is built on Tritter's concepts of direct and indirect user involvement. We explore how such forms of user involvement are practiced within mandatory networks. User involvement was instructed through a manual from the Ministry of Health and Care Services. Two out of four cases included user representatives within their negotiations. The role of the user representatives within the network was unclear for participants. User representatives influenced negotiations indirectly through the term «the patient's best interest». Arrangements for negotiations prioritized the needs of health trusts and municipalities, and focused less on user involvement. The ability to mobilize resources to solve the task of the mandatory network, read the game, and negotiate users' interests within such networks are important for achieving user involvement within mandatory networks. We discuss the utility of the concepts of direct and indirect user involvement for our study.

Keywords

user involvement, network governance, coordination reform, municipalities, case study

INNLEDNING

Pasienten i sentrum og økt brukervedvirkning var sentrale verdier i samhandlingsreformen da den ble innført i 2012. Samhandlingsreformen skulle reformere fordelingen av oppgaver mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og innebar en ny utforming av tjenestetilbudet i helsesektoren. Et første ledd i reformen var at alle landets kommuner og lokale helseforetak ble pålagt i ny helse- og omsorgstjenestelov å forhandle fram samarbeidsavtaler innen områder som eksempelvis utskrivningsklare pasienter, kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og gjensidig kunnskapsoverføring. Det var kommunene og helseforetakene som var juridiske parter i forhandlingene, men en veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet med retningslinjer for forhandlingene påla brukervedvirkning i samarbeidsavtalenes gjennomføring: «Pasient- og brukerorganisasjoner skal også medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Hvorvidt og hvordan slik brukerved-

virkning ble gjennomført i første forhandlingsrunde er gjenstand for analyse og diskusjon i denne artikkelen.

Brukermedvirkning i tjenesteutvikling har vært pålagt helsetjenestene i Norge siden innføring av helseforetak i 2002 (Andreassen 2005). Det har vist seg vanskelig å finne målbare effekter av brukermedvirkning (Coulter og Ellins 2006; Crawford, Rutter, Manley, Weaver, Bhui, Fulop, Tyrer 2002; Nilsen, Myrhaug, Johansen, Oliver og Oxman 2007). Dette kan forklares med at helsetjenestene ofte har fokusert på prosesser heller enn resultater når brukere har blitt involvert (Attree, Morris, Payne, Vaughan og Hinder 2011). Både nasjonalt og internasjonalt har brukermedvirkning i helsevesenets tjenesteutforming inkludert å involvere brukere i styringsgrupper, i utvikling av informasjons- eller evalueringmateriale, samt ulike former for innspill fra brukere (Daykin, Sanidas, Tritter og Rimmer 2004; Fudge, Wolfe, og McKevitt 2008; Nilsen mfl. 2007). Styrings- og koordineringsmekanismer i helsevesenet er dermed sentrale for å forstå brukermedvirkning i sektoren. Med styring forstår vi i denne artikkelen ulike måter å påvirke, koordinere og endre samfunnet på en bevisst og planmessig måte, ofte forstått gjennom de tre idealtypene hierarki, marked og nettverk (Røiseland og Vabo 2012).

Hierarkisk styring har vist seg å være en utfordring for brukermedvirkning i tjenesteutformingen (Dent og Pahor 2015). I norske sykehus sameksisterer hierarkiske styringsformer med markedsbasert styring, profesjonell styring og nettverksstyring (Byrkjeflot og Gulbrandsøy 2013). Samhandlingsreformen med sitt fokus på koordinering og samhandling har blitt beskrevet som nettopp «nettverksstyring» (Rommetvedt, Opedal, Stigen og Vrangbæk 2014). Nettverksstyring innebærer en prosess der parter med ulike interesser forhandler med hverandre gjennom nettverk med gjensidig avhengighet, tillit og varierende frihetsgrader (Røiseland og Vabo 2012; Sørensen og Torfing 2007). Oppdragsnettverk er en form for nettverksstyring hvor en tredjepart pålegger aktører å samarbeide i nettverk for å løse kollektive oppgaver (Rodriguez, Beland og Denis 2007). Organiseringen av forhandlingene rundt de lovpålagte avtalene i samhandlingsreformen ble organisert som oppdragsnettverk (Ljunggren, Solbjør og Kleiven 2015). Det fins lite forskning på brukermedvirkning rundt samhandlingsreformen generelt og spesielt i møte med nettverksstyring. En analyse av dokumenter, avtaler og surveydata indikerer imidlertid at helseforetakene og kommunene i varierende grad har fulgt påleggene om brukermedvirkning (Brekke og Kirchhoff 2015). Målet med denne artikkelen er derfor å undersøke hvilke former for brukermedvirkning som ble gjennomført i forhandlingene mellom kommuner og helseforetak ved innføringen av samhandlingsreformen. I tillegg studeres brukermedvirkning innenfor konteksten av nettverksstyring. Analysen danner grunnlag for en mer generell diskusjon av brukermedvirkning i nyere styringsformer som oppdragsnettverk, koblet til spørsmål om makt og demokratisk deltakelse.

Samhandlingsreformen og avtaleprosessene

Helsevesenet i Norge har som i andre europeiske land gjennomgått reformer de siste tiår. Reformen på 1990-tallet, slik som f.eks. sykehusreformen, innebar oppdeling av ansvar gjennom målstyring og resultatenheter, noe som førte til at samarbeid mellom sektorene ble vanskeliggjort (Christensen og Lægred 2007; Christensen, Lægred og Stigen 2006;

Fimreite og Aars 2001). Samhandlingsreformen ble lansert for å bøte på den manglende samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, spesielt knyttet til tilbudet for pasienter med komplekse behandlingsbehov.

Reformen ble offisielt innledet med iverksettingen av den nye helse- og omsorgstjenesteloven 1.1.2012. Juridisk bindende samarbeidsavtaler på 11 avtaleområder mellom alle landets kommuner og de lokale helseforetakene var et sentralt virkemiddel i reformen. Fordi man ønsket lokal forankring og muligheter for lokale tilpasninger, krevde implementeringen forhandlinger mellom kommunene og helseforetakene om det konkrete innholdet i disse avtalene. Målet med forhandlingene var å finne løsninger for samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene på den nye ansvarsfordelingen som samhandlingsreformen innebar. Denne ansvarsfordelingen hadde både organisatoriske og økonomiske konsekvenser for samhandlingspartene. Noen av disse avtaleområdene hadde store økonomiske konsekvenser. Spesielt gjaldt dette samarbeid rundt utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. En avtale om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling hadde ikke like sterke økonomiske konsekvenser og ble ikke gjenstand for harde forhandlinger (Ljunggren, Solbjør og Kleiven 2015).

Forhandlingene ble gjennomført i to faser ved at fire overordnede avtaler hadde tidsfrist 31. januar 2012, mens forhandlingene om de resterende avtalene hadde frist 1. juli 2012. Forhandlingene var et oppdrag gitt av staten gjennom den nye loven og veilederen, og oppdraget ble løst gjennom danning av ulike inter-organisatoriske nettverk (oppdragsnettverk) hvor representanter for organisasjonene skulle forhandle om innhold (Ljunggren mfl. 2015). Det enkelte helseforetak og nærliggende kommuner avgjorde selv organiseringen av forhandlingene. Likevel hadde de mange likhetstrekk, blant annet samarbeidet kommunene i regionene og partene i et felles utvalg for å forhandle om innholdet i teksten for hvert avtaleområde (Ljunggren mfl. 2015). Noe av likhetene i forhandlingene kan skyldes veilederen for forhandlingene som ble utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Selv om veilederen påla at brukerne skulle medvirke i avtaleutforming, oppga bare ca. 30 prosent av kommunene i en spørreskjemaundersøkelse at de hadde involvert brukere (Ljunggren, Haugset, og Solbakk 2014).

Brukermedvirkning og nettverksstyring

Med bakgrunn i en demokratisk ide om borgernes deltakelse og rettigheter har brukermedvirkning gradvis vokst fram som en motbevegelse til ensidig profesjonell styring av helsetjenestene. En tidlig modell av Arnstein (1969), handlet om overføring av makt fra myndigheter til borgerne, med manipulasjon som det laveste trinnet på stigen, opp til brukerstyring som den ultimate formen for medvirkning (Arnstein 1969). I dagens europeiske helsevesen kan brukermedvirkning kategoriseres innenfor tre typologier: pasienten som velgende konsument («choice»), pasienten som deltakende co-produzent av tjenester («co-production»), og pasienten som medborger med retten til å bli hørt («voice») (Dent og Pahor 2015). Flere har argumentert for at det har skjedd en endring i offentlige styrings- og koordineringsmekanismer gjennom at hierarkisk sentralstyring erstattes av eller suppleres med indirekte styringsformer, slik som nettverksstyring. I denne konteksten

kan brukermedvirkning forstås innenfor organisasjonenes behov for legitimering av styring, blant annet gjennom at brukermedvirkning kan gi en mer lydhør og effektiv organisasjon (Callaghan og Wistow 2006; Johansen og Solbjør 2012). Brukerne blir slik en dialogpartner for statens styring av tjenestene, og brukerne kan dermed få indirekte makt gjennom ulike prosesser hvor helsetjenestene har behov for brukernes støtte (Tritter og McCallum 2006).

I konteksten av indirekte styringsformer argumenterer Tritter (2009) for at det fins ulike former for brukermedvirkning i helsevesenet som alle er reell brukermedvirkning, også uten direkte brukerstyring. I tillegg til å skille mellom brukermedvirkning på individuelt nivå og systemnivå, klassifiserer Tritter brukermedvirkning som *direkte* og *indirekte*, *reaktiv* og *proaktiv*, slik at han får åtte idealtyper som kan benyttes til å beskrive brukermedvirkning. Proaktiv brukermedvirkning innebærer at brukerne tar initiativet til medvirkningen, mens reaktiv brukermedvirkning skjer når brukerne responderer på henvendelser fra helsetjenestene (Tritter 2009). Direkte brukermedvirkning innebærer at brukerne deltar i beslutningstaking. Indirekte brukermedvirkning skjer når profesjonelle aktører i helsetjenestene samler informasjon fra brukerne for å benytte den i beslutningsprosesser. Innenfor helsevesenet har brukermedvirkning i mindre grad handlet om direkte brukerstyring og mer om at representanter for brukerne har delt sine erfaringer og meninger med de profesjonelle tjenesteutøverne. Et argument for å trekke brukerstemmen inn i beslutningstaking er at brukererfaringer er en annen form for kunnskap enn den profesjonelle kunnskapen, og at den gjennom sin egenart kan bidra til bedre tjenester (Hui og Sticklely 2007). Dette betyr ikke at brukerkunnskap behandles som likeverdig med profesjonell kunnskap. Det er ofte de profesjonelle helsearbeiderne som avgjør hvor og hvordan brukermedvirkning skal inkluderes (Fudge mfl. 2008; Solbjør og Steinsbekk 2011).

Inklusjon av brukerrepresentanter i grupper med profesjonelle helsearbeidere har synliggjort hvordan ulikheter i ekspertise skaper utfordringer, blant annet knyttet til legitimitet (Martin og Finn 2011). Profesjonell ekspertise gir legitimitet til å gjennomføre beslutninger rundt leveransen av helsetjenester. I et demokratisk perspektiv kan brukerrepresentanter få legitimitet gjennom representativitet. Spørsmålet om hva som er en representativ brukerrepresentant synliggjør et paradoks knyttet til brukermedvirkning. Martin påpeker i sin studie fra Storbritannia hvordan brukerrepresentanter settes i en klemme gjennom forventningen om at de skal representere «vanlige folk» samtidig som de skal være i stand til å delta i samtaler og forhandlinger med profesjonelle helsearbeidere eller ledere (Martin 2008).

Demokratisk deltakelse har historisk sett vært et kjerneelement i de skandinaviske velferdsstatene. Idealet har vært at brukerne av helsetjenestene gis mulighet til å ha en kollektiv stemme inn i utformingen av tjenestene (Vrangbæk 2015). Vrangbæk (2015) beskriver hvordan brukermedvirkning i Danmark impliserer både medborgerskap, valgfrihet og co-produksjon av tjenester. I Norge har brukerne en stemme inn i feltet gjennom helseforetakenes brukerutvalg og får slik mulighet til å påvirke utformingen av helsetjenestene, men dette innebærer ikke at brukerne gis beslutningsmakt (Andreassen 2005). Prosesser med brukermedvirkning kan fortolkes som forhandlinger om symbolsk makt der aktørene forsøker å få støtte til sin virkelighetsforståelse (Contandriopoulos 2004). I oppdragsnettverkene som ble etablert for å forhandle fram avtaleverket til samhandlings-

reformen ble ulike former for makt satt i spill, blant annet formell autoritet (lovgitt rett), kontroll over kritiske ressurser (penger, kunnskap og tid) og diskursiv legitimitet som viser til aktørers definisjonsmakt over problemforståelser og løsninger (Ljunggren mfl. 2015). Betydningen av diskursiv legitimitet og definisjonsmakt i styringsnettverk understreker hvordan muligheten til å delta og det å ha en stemme i slike nettverk er viktig også sett i et demokratisk perspektiv. At ulike parter deltar i nettverkets diskusjoner kan bidra til demokrati gjennom det som Dryzek (2007) kaller «diskursivt demokrati». Ethvert nettverk er en arena hvor ulike diskurser kan møtes, og blir slik del av større prosesser som konstituerer diskursive demokrati (Dryzek 2007). Utestengelse fra slike nettverk vil hindre grupper i å påvirke problemforståelser og løsninger de utsettes for. Hvilken karakter inkludering av brukerne har i slike nettverk blir derfor viktig å undersøke.

Veilederen for forhandlingene rundt samhandlingsreformen påla brukermedvirkning i forhandlingene, men uten å presisere hvordan dette skulle gjennomføres (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Basert på veilederens formuleringer kan det antydes at målet for brukermedvirkning i disse prosessene både skulle være å involvere brukerne som medprodusenter («co-production») av tjenestene, samt å gi brukerne som medborgere en stemme inn i prosessen («voice»), slik Dent og Pahor (2015) har beskrevet. Nettopp denne tvetydigheten rundt brukernes rolle i forhandlingsprosessen gjør det relevant å benytte Tritters idealtypiske former for brukermedvirkning til å utforske hvordan brukermedvirkning ble gjennomført og argumentert for i oppdragsnettverkene som ble etablert for å forhandle fram de lovpålagte avtalene.

KILDER OG METODE

Denne artikkelen bygger på data fra en casestudie med kvalitative intervju. Data er samlet inn som del av prosjektet «Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen» (SPIS), finansiert gjennom den nasjonale evalueringen av Samhandlingsreformen. Det overordnede målet for dette delprosjektet var å belyse forhold rundt forhandlingene av de nye avtaleleverkene mellom kommunene og helseforetakene (Ljunggren mfl. 2015). Brukermedvirkning inngikk som et av flere tema som ble utforsket i de kvalitative intervjuene i casestudien.

Et eksplorerende design ble valgt for å nærme seg en forhandlingssituasjon som var ny for alle parter. Det ble derfor valgt å gjennomføre en komparativ multi-casestudie fordi slike studier er spesielt godt egnet til å utforske «hvordan og hvorfor» (Yin 2014). Casene ble utforsket gjennom kvalitative intervju med personer som hadde deltatt i forhandlingene rundt samhandlingsreformen. Kvalitative intervju er egnet til å få innblikk i hvordan et tiltak har blitt gjennomført og hvordan personer har opplevd å være deltakere i en hendelse eller på et felt. I denne studien ble det gjennomført en kombinasjon av individuelle intervju og gruppeintervju, noe som kan gi rikere data (Lambert og Loisel 2008). Individuelle intervju er spesielt egnet til å få innblikk i individers personlige erfaring på et område (Kvale og Brinkmann 2008). Gruppeintervju er en god metode for å samle informasjon om det som er felles erfaringer blant en gruppe personer, samt å studere dynamikken i gruppen (Barbour 2005; Hydén og Bülow 2003). Fordi denne studien ble gjennomført etter at avtaleforhandlingene var gjennomført, var det ikke mulig å studere

casene gjennom observasjon av møter og forhandlinger. Gruppeintervjuene ga slik en mulighet til å få innblikk i hvordan informantene samtalte om sine erfaringer i forhandlingsutvalget.

Utvalg av case og rekruttering av informanter

Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert gjennom fire regionale helseforetak, som igjen er organisert i lokale helseforetak. Det var de lokale helseforetakene som forhandlet med kommunene om et avtaleverk knyttet til samhandlingsreformen. I denne studien er hver av de fire regionale helseforetakene representert med ét case. En oversikt over hvert case og dets form for brukermedvirkning gis i tabell 1. Hvert case omhandler forhandlinger mellom et lokalt helseforetak og et nettverk av kommuner i dette geografiske området. Casene ble valgt ut for å sikre variasjon i materialet, basert på en målbevisst utvalgsstrategi (Patton 2002). En tidlig analyse av avtaleverket indikerte at avtaleinnholdet varierte i grove trekk mellom de fire regionale helseforetakene. Andre utvalgsriterier som lå til grunn for utvalgene var hvorvidt det forelå tidligere samarbeid mellom kommuner og helseforetak, graden av forberedelse til reformen og kommunestørrelse. For en grundigere beskrivelse av utvalgsstrategien for de enkelte casene, se Ljunggren mfl. (2015).

Organiseringen av forhandlingene i oppdragsnettverk resulterte i at et stort antall personer deltok i forhandlingsprosessene. Vi valgte å intervjuer nøkkelpersoner med spesielt god innsikt i forhandlingene. I hovedsak var dette informanter som hadde representert enten helseforetak eller kommunesammenslutninger i forhandlingene, eller satt som ledere for eksisterende samarbeidsorgan mellom kommuner og lokale helseforetak. Vi brukte ulike metoder for å identifisere nøkkelpersoner i forhandlingsprosessen. KS viste seg å være en nyttig døråpner til forhandlingenes persongalleri fordi de i noen regioner hadde vært delaktige i forhandlingene fra kommunenes side. Ved søk på de lokale helseforetakenes hjemmesider fikk vi informasjon om ansvarlige for samhandling som vi kontaktet. Det var lite skriftlig informasjon å hente fra helseforetakenes og kommunenes hjemmesider som kunne belyse i detalj hvem som hadde vært involvert i underutvalgene. Informantene ble rekruttert gjennom direkte kontakt enten via telefon eller e-post. Alle informantene fra kommunene og helseforetak ble spurt om hvilke brukerrepresentanter som hadde deltatt i arbeidet med avtalene. Basert på denne informasjonen ble totalt 3 brukerrepresentanter fra 2 helseforetak identifisert og invitert til intervju. De to siste helseforetakene oppga at de ikke hadde hatt med brukerrepresentanter i forhandlingene.

Totalt 24 personer som alle hadde vært med i forhandlingsutvalgene ble intervjuet til denne studien. Av disse er 3 brukerrepresentanter, 10 ansatte i helseforetakene og 11 kommunalt ansatte. De ansatte i helseforetakene hadde stillinger knyttet til ledelse og/eller samhandling i foretakene. De kommunalt ansatte var enten rådmenn eller andre med administrative posisjoner i kommunen, eller fastleger som hadde fått rollen som representant for kommunesammenslutninger i forhandlingene. De tre brukerrepresentantene var alle representanter fra helseforetakenes brukerutvalg.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden 2012–2013. Det ble gjennomført individuelle intervju med tre brukerrepresentanter, syv ansatte i helseforetakene og seks kommunalt ansatte. De individuelle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt eller som telefonintervju. I tre av intervjuene ble to personer intervjuet sammen fordi den forespurte informanten ønsket å inkludere flere medarbeidere som informanter til studien. I et av casene ble det gjennomført to gruppeintervju med henholdsvis fem kommuneansatte og tre helseforetaksrepresentanter. Dette ble gjort fordi flere av informantene var vanskelige å få tak i, og vi foreslo å gjennomføre datainnsamlingen som et felles intervju for hver av gruppene i forbindelse med at helseforetakets administrative samarbeidsutvalg skulle møtes. Dette administrative samarbeidsutvalget hadde fungert som forhandlingsutvalg i avtaleforhandlingene og deltakerne på møtet var derfor aktuelle som informanter for vår studie.

Intervjuene med representantene fra kommunene og helseforetakene ble gjennomført som del av det overordnede prosjektet om avtaleforhandlingene. Intervjuguiden for disse intervjuene inneholdt derfor en rekke spørsmål om temaet, samt et eget spørsmål om brukermedvirkning: «Hvordan har dere gjennomført brukermedvirkning i forhandlingsprosessen?». Brukerrepresentantene ble intervjuet med utgangspunkt i en egen intervjuguide med spørsmål om deres erfaringer med brukermedvirkning i avtaleforhandlingene. Hvert intervju tok mellom 1 og 2 timer. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert til tekst. Sitatene som presenteres i resultatdelen av artikkelen er omformet fra muntlig uttrykksmåte til skriftlig bokmål for å ivareta meningsinnholdet.

Analysen

Datamaterialet til denne artikkelen består av intervjuene med brukerrepresentantene, samt svarene på spørsmålet om brukermedvirkning i intervjuene med informanter fra helseforetak og kommuner. For å sikre at alle data om brukermedvirkning ble inkludert i analysene ble det også søkt etter ordet «bruker» i det fullstendige intervjumaterialet fra helseforetak og kommuner. Alle sitat som omhandlet brukermedvirkning ble slik inkludert i analysene.

Analysene i denne artikkelen er basert på en induktiv tematisk analyse inspirert av *grounded theory* (Braun og Clarke 2006). Tematisk analyse innebærer at man ser etter bestemte tema eller mønster på tvers av hele datasettet. Vi identifiserte temaene i analysen gjennom en induktiv koding av intervjudata. Alle medforfatterne leste alle intervjuene og foreslo tematiske koder, slik som «ressurser», «konflikt og makt», og «tempoet i forhandlingene». Disse tematiske kodene ble diskutert i forskergruppen til konsensus om kodenes innhold var oppnådd. Hele datamaterialet om brukermedvirkning ble deretter kategorisert i disse kodene i NVivo. Hver av de tematiske kategoriene ble deretter fortolket (Kvale og Brinkmann 2008). Etter en åpen lesing og koding av data valgte vi å belyse deler av analysene med Tritters teori om brukermedvirkning (Tritter 2009), mens en annen teoretisk tilnærming var nettopp hvilke rammer nettverksstyring ga for brukermedvirkningen. Analysene i denne artikkelen er slik empirisk fundert og induktivt sprunget ut av data, samtidig som den endelige analysen innebærer en teoretisk fortolkningsprosess.

Presentasjonen av studiens funn i den påfølgende delen av artikkelen gir derfor først en analyse av hvordan brukermedvirkningen i forhandlingsprosessene kan forstås ut fra Tritters begreper. Dernest presenteres en analyse av hvordan brukermedvirkning påvirkes av ressurser og makt i oppdragsnettverkene rundt samhandlingsreformen.

Etikk

Forskningsprosjektet er innmeldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Alle informantene mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og underskrev skjema for informert samtykke. Intervjudataene er anonymisert og sitater presenteres kun med informantens rolle i forhandlingene. Fordi det i hvert case var få personer involvert, har vi også valgt å anonymisere casene slik at det ikke skal være mulig med indirekte identifisering av informanter. I en liten populasjon kan det likevel være mulig for deltakerne i studien å gjenkjenne hverandre. Dette gjelder spesielt brukerrepresentantene fordi kun få personer hadde deltatt i forhandlingene på vegne av brukerne. Også andre roller i forhandlingene kjennetegnes av få mulige informanter. Rekrutteringen av informanter gjennom nøkkelpersoner i hver helseregion gir også utfordringer knyttet til anonymisering, selv om forskerne ikke rapporterte tilbake hvilke personer som ble intervjuet.

RESULTATER FRA STUDIEN: BRUKERMEDVIRKNING I FORHANDLINGENE

Denne delen av artikkelen presenterer resultater fra analysene av prosjektets innsamlede datamateriale om brukermedvirkning. Forhandlingene mellom kommunene og helseforetakene ble gjennomført av representanter fra flere nivå i organisasjonene. Felles for alle var at arbeidet ble gjort i en hovedforhandlingsgruppe samt i undergrupper rundt hvert avtaleområde som skulle forhandles. I disse hovedutvalgene satt primært administrativt ansatte fra partene, blant annet rådmenn fra kommunene og samhandlingssjefer fra helseforetakene, mens det i underutvalgene satt klinikere fra helseforetak og kommuner. Undergruppene drøftet avtaleutforming på ett eller flere avtaleområder. Avtaleforslagene fra undergruppene ble deretter sendt til hovedforhandlingsgruppen. Forhandlingsprosessen innebar at en rekke personer fra både kommuner og helseforetak møttes regelmessig og hyppig, samt gjorde forarbeid og etterarbeid innad i sin organisasjon. Forhandlingene innebar ulike grader av konflikt i de fire casene, og forhandlingene måtte gjennomføres i flere runder for å sikre forankring i organisasjonene. En nærmere beskrivelse av forhandlingene finnes i Ljunggren mfl. (2015).

Måten forhandlingene ble organisert på fikk betydning for hvordan brukerrepresentanter ble inkludert i forhandlingene, og det ga ulike veier inn i forhandlingene for brukerrepresentantene. I et case ble forhandlingene organisert gjennom et allerede eksisterende administrativt samarbeidsutvalg. Dette var et samarbeid mellom kommunene i regionen, helseforetaket og helseforetakets brukerutvalg. En brukerrepresentant fra helseforetaket var derfor alt representert i utvalget, og dette ble videreført gjennom forhandlingene. Den allerede eksisterende strukturen for brukermedvirkning i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak forenklet vurderingen rundt brukermedvirkning i forhandlingene. I denne

forhandlingsprosessen var møtestrukturen slik at forhandlingene i hvert av underutvalgene foregikk samtidig, noe som gjorde at brukerrepresentanten kun kunne delta i ett underutvalg, og det ble ikke oppnevnt flere brukerrepresentanter.

I de tre andre casene deltok ingen brukerrepresentanter i første fase av forhandlingene. Et helseforetak oppnevnte en brukerrepresentant til hovedforhandlingene i fase to av forhandlingene. Brukerrepresentanten deltok deretter på alle møtene i hovedforhandlingsutvalget. Underutvalgene for de ulike faglige problemstillingene ble organisert uavhengig av hovedutvalget og det ble oppnevnt brukerrepresentanter til flere av underutvalgene knyttet til forhandlingene, men ikke alle undergruppene hadde brukerrepresentasjon. De to siste casene involverte ikke brukerrepresentanter direkte i forhandlingsprosessene. I de neste delene av resultatpresentasjonen vil vi benytte Tritter (2009) sin inndeling av brukermedvirkning i direkte og indirekte, reaktiv og proaktiv, for å belyse funnene i artikkelen, før vi i siste del belyser hvordan nettverksstyring gir en ny kontekst for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning som deltakelse i oppdragsnettverk

Tritter (2009) sine fire idealtyper for brukermedvirkning på systemnivå inneholder både proaktiv og reaktiv direkte brukermedvirkning. I denne studien fant vi ingen direkte proaktiv brukermedvirkning. Ingen av forhandlingsprosessene i de fire casene ga brukerne initiativet og beslutningsmakten i forhandlingene. Men brukerrepresentantene ble inkludert i oppdragsnettverkets forhandlingsgrupper i case 1 og case 2. De var dermed direkte deltakere i nettverket, selv om de ikke hadde beslutningsmakt. Deltakelsen i forhandlingsgruppene ga dem mulighet til å påvirke innholdet i avtalene ut fra brukernes interesser og verdier, gitt de oppgaver som ble delegert til forhandlingsgruppen.

I case 1 var oppnevningen og inklusjonen av brukerrepresentanter i oppdragsnettverket en reaktiv prosess. Brukerrepresentantene ble forespurt av helseforetaket om å delta i nettverket og responderte på dette. Oppgaven om å forhandle fram avtaler i samarbeid med kommunene og helseforetakene framstod likevel som noe utenom det vanlige for brukerutvalget som skulle utnevne brukerrepresentanter. For brukerne var det vanskelig å forstå hva som var deres mandat i forhandlingene.

Det var nok litt kommunikasjonssvikt, og det var nok også litt vegring i forhold til å være med [...] For å være helt ærlig jeg tror vi rett og slett ikke så verken nytteverdi eller noe i det. Vi skjønnte det ikke.

Brukerrepresentant, case 1

Brukerutvalget måtte fortolke hva som skulle foregå i forhandlingene, uten at de ble framlagt informasjon som var tilstrekkelig for å forstå disse nye prosessene. Den nye styringsformen oppdragsnettverk ser ut til å ha krevd en annen kunnskap enn de styringsformene brukerutvalget tidligere hadde forholdt seg til. Likevel ble case 1 et eksempel på hvordan organiseringen av forhandlingene åpnet for brukermedvirkning. Siden forhandlingsgruppene rundt avtaleverket ble basert på et allerede eksisterende samarbeid mellom helseforetak, brukerutvalg og et nettverk av kommunene i regionen ble brukerrepresentanter automatisk inkludert i prosessen. Dette nettverket hadde gjennom år bygd opp en struktur

basert på tillit og avhengighet mellom parter som også inkluderte helseforetakets brukerutvalg.

I case 2 opplevde brukerrepresentantene at de selv måtte initiere brukermedvirkning i forhandlingene. Brukerutvalget i case 2 begynte å forberede seg på å delta i prosessene, men opplevde å få lite informasjon fra helseforetaket om avtaleforhandlingene. Først etter at de første fire avtalene mellom helseforetaket og kommunene var inngått, ble brukerutvalget informert om prosessen. Ingen brukerrepresentant hadde vært oppnevnt i første fase.

Brukerne ble ikke betraktet som viktige i inngåelsen av de første avtalene.

Brukerrepresentant, case 2

Brukerne måtte selv argumentere for å bli del av oppdragsnettverket og dermed også involvert i forhandlingene. Da veilederen for avtaleinngåelsen ble distribuert kunne brukerne benytte pålegget om brukermedvirkning som argument for å bli med i prosessen. Likevel opplevde brukerrepresentanten at helseforetaket definerte i hvilken grad brukerne skulle få tilgang til oppdragsnettverket. Inkluderingen i nettverket skjedde til slutt gjennom at en brukerrepresentant fikk en personlig forespørsel fra helseforetaket om å delta i hovedforhandlingsgruppen. For å få innflytelse måtte altså brukerne gå aktivt inn for å bli inkludert i oppdragsnettverket. Det viser viktigheten av å være proaktiv i møte med oppdragsnettverk for i det hele tatt å få tilgang til prosesser med mulige konsekvenser for brukerne.

Brukermedvirkning som påvirkning i forhandlingene: direkte eller indirekte?

Brukernes tilstedeværelse i forhandlingsgruppene ga dem mulighet til å påvirke prosessene i oppdragsnettverket. Både diskusjonene i arbeidsgruppene og innholdet i avtaleutkast kunne påvirkes direkte ut fra brukernes interesser og verdier, uten fortolkende mellomledd slik indirekte medvirkning innebærer. Arbeidet i forhandlingsutvalget og de faglige undergruppene bar preg av dialog og diskusjon som i prinsippet kan sammenlignes med et diskursivt demokrati. Målet med forhandlingene var å definere og skrive ned de beste løsningene på den nye ansvarsfordelingen, men aktørene hadde ulike interesser, verdier og meninger i disse diskusjonene. Deltakernes mulighetsrom ble begrenset av de andre deltakernes interesser i forhandlingene. For helseforetakene var det vanskelig å argumentere mot kommunenes selvstyre i utformingen av kommunale tilbud, men gjennom allianser med brukerrepresentanter fikk de profesjonelle forhandlerne legitimitet til sine argumenter om hva som var best for brukerne. For brukerrepresentantene innebar dette å delta i nettverk med andre aktører som ønsket samme løsning. Ved å delta i allianser fikk de en måte å få gjennomslag for egne interesser på. Gjennom argumentasjon, fremming av egne synspunkter og allianser fikk de direkte tilgang til å påvirke innholdet i avtalene.

Den ene fra helseforetaket og den andre fra kommunehelsetjenesten. De dyttet meg foran. [...] Han ene sa det rett ut, da kan vi rett og slett forsvare dette med at dette her kommer fra brukerutvalget med sterk røst. Det var jeg komfortabel med.

Brukerrepresentant, case 1

Selv om brukerrepresentanten var oppmerksom på at andre parter i forhandlingene trakk med brukerne for å få gjennom sine argumenter, ble dette en proaktiv måte for brukerne å få gjennomslag for sine interesser på. Brukerrepresentantene deltok i spillet i forhandlingene gjennom sin posisjon som tjenestebrukernes stemme. Ideen om at brukerkunnskap er noe annet enn de profesjonelles kunnskap ser dermed ut til å gi legitimitet til avgjørelser som ble tatt i forhandlingene. Til tross for at brukerne ikke hadde legal makt til å underskrive de endelige avtalene, viser dette hvordan brukerstemmen har en diskursiv legitimitet som kan ha bidratt til å gi rom for direkte og proaktiv brukermedvirkning i form av å påvirke innholdet i avtaletekstene

Spesielt begrepet «pasientens beste» skapte diskusjoner i begge regionene hvor det var brukerrepresentasjon. Selv om både profesjonelle og brukerrepresentanter snakket om «pasientens beste», var tilnærmingen til begrepets plass i forhandlingene ulik. Informantene fra helseforetakene og kommunene uttrykte at pasientens beste lå som en grunnidé i forhandlingene og at deres kompetanse var nettopp å skape tjenester til beste for pasienten. Organisering av tjenestene og økonomi ble likevel sentralt i forhandlingsprosessene.

Jeg synes vi har vært ganske flinke til å ha pasientperspektivet inne, jeg altså. Jeg tror vi har vært enige om å finne gode løsninger for pasientene. Og vi har jo hatt brukerrepresentanter sterkt med.
Informant fra kommune, case 1

For brukerrepresentanter var derimot hovedformålet med deltakelse i avtaleforhandlingene å arbeide for å få begrepet «pasientens beste» inn i diskusjonen. De opplevde at diskusjonen om hva som var best for pasientene manglet i forhandlingene så lenge de profesjonelle måtte løse kommunenes og helseforetakenes problemer med økonomi og organisasjon. Fra brukerrepresentantenes perspektiv ble det et problem at ordet «pasienten» i liten grad ble benyttet i denne debatten.

Og etter hvert så ble det altså veldig viktig for meg dette her med at de, dette, gjelder det bare penger? De snakket da aldri om pasientene.

Brukerrepresentant, case 1

Gjennom selv å definere innholdet i begrepet «pasientens beste» ut fra et brukerperspektiv, medvirket brukerrepresentantene til at brukererfaringer ble tatt med inn i diskusjonene om de beste løsningene. Slik ble brukermedvirkning en del av en maktkamp der brukerperspektivet kjempet om plassen med andre interesser. Samtidig som brukerrepresentantene måtte kjempe for verdien av sitt perspektiv i forhandlingene, gav denne forståelsen av brukermedvirkning legitimitet til at brukerrepresentanter skulle delta i forhandlingsprosessen. Å definere brukerrepresentantenes perspektiv som et alternativ til det profesjonelle perspektivet, ga et mandat til at brukerrepresentantene skulle delta i disse forhandlingene.

Ja, det synes jeg er kjempepositivt. Og deres synsvinkel fra pasientens side på det vi som fagpersoner sitter og prater om, det er veldig nyttig og kjempefin korrigerende som er viktig å ha med.

Informant fra kommune, case 2

Samtidig ser vi at til tross for brukerrepresentantenes proaktive virksomhet for å påvirke begrepsbruken og resultatene av forhandlingene, var det de forhandlende partene fra kommunene og helseforetakene som hadde makten til å avgjøre den endelige ordlyden i avtalene – og dermed også i hvilken grad brukerperspektivet ble inkludert i forhandlingenes resultat. Fordi oppdragsnettverket var organisert slik at det var de juridiske partene som til sist besluttet det endelige innholdet i avtalene, og fordi brukerperspektivet ble ansett som et korrektiv, heller enn et grunnlag for en omveltning av avtalene, kan brukermidvirkningen også forstås som proaktiv og indirekte. Basert på våre intervjudata er det ikke mulig å påvise hvorvidt brukerrepresentantenes innspill faktisk hadde konsekvenser for de endelige avtalenes utforming.

Brukermedvirkning utenfor oppdragsnettverket: Indirekte og reaktiv

I de to regionene hvor brukermidvirkning ikke ble inkludert i forhandlingene, forklarte informantene manglende brukerrepresentasjonen ut fra den rådende forståelsen av oppdraget. Dette gjorde det vanskeligere for brukerrepresentanter å delta på lik linje med andre forhandlingspartnere, fordi de ikke hadde en juridisk rolle i forhandlingene. Løsningen for brukermidvirkning i disse casene var å ha kontakt med brukerrepresentanter via andre fora, slik som helseforetakenes brukerutvalg, overordnet samarbeidsutvalg eller kommunenes råd for funksjonshemmede. Kontakten med brukerrepresentantene i disse to casene handlet om å gi informasjon til brukergrupper om forhandlingsprosessen. Det ble i liten grad gitt innspill fra brukerne inn i forhandlingsprosessen. Brukermidvirkningen i disse to casene kan beskrives som reaktiv indirekte brukermidvirkning (Tritter 2009), der fagpersoner definerer de problemstillinger som skal vurderes av brukerrepresentanter og deretter tar avgjørelsen om hvilke innspill som skal bringes videre. Helt sentralt her er at brukerne ikke er medlemmer av oppdragsnettverket.

I disse casene hadde det vært diskusjon rundt forhandlingsmodeller og brukerrepresentasjon både innad i helseforetakene og med kommunene. For kommunene var det ikke ønskelig å ha med brukerrepresentanter i forhandlingene siden avtalene kom til å bli juridisk bindende for de to partene helseforetak og kommuner. Argumentene mot brukerrepresentasjon i forhandlingsprosessen handlet altså om hvordan de forstod oppdraget.

De sa det her var et partssammensatt utvalg og de vil i utgangspunktet ikke ha med noen som ikke hadde økonomi- og fagansvar.

Informant fra helseforetak, case 3

I denne definisjonen av forhandlingene var ikke brukerne part. I det man fortolker forhandlingene juridisk med to parter og ikke tenker forankring, representativitet og nettverksstyring, ser det ut til å være lettere å utelate brukerne som interessent i forhandlingene. Forhandlingene ble dermed organisert for de to partene kommuner og helseforetak, og brukerne fikk tilgang til nettverket. Dette ble spesielt tydelig i case 4 der en av informantene fra helseforetaket var kritisk til den forhandlingsmodellen som her ble valgt og mente at kliniske underutvalg ville åpnet for mer brukermidvirkning.

Vi har vært tydelige på at vi kan ikke dra inn en bruker i en forhandlingssituasjon. Det mener vi er, altså da setter du en bruker i en særdeles vanskelig situasjon. [...] Så skal man si noe om svakheten i den modellen som kommunene ønsket da og som vi gikk med på det er nettopp det at det ikke åpnet spesielt rom for brukermedvirkning underveis. Så vi har da på vår side brukt våre tillitsvalgtmøter og brukerutvalgsmøter til å informere om de prosessene som har skjedd.

Informant fra helseforetak, case 4

Vi har i denne delen av artikkelen vist hvordan brukermedvirkningen i forhandlingene rundt samhandlingsreformens avtaleverk kan forstås ut fra Tritters begrep, men at oppdragsnettverk også utfordrer innholdet i disse begrepene. En oppsummering av disse funnene gis i tabell 2. I den kommende delen av artikkelen viser vi resultater fra våre empiriske funn som omhandler hvilke ressurser som ser ut til å være nødvendige for å oppnå brukermedvirkning i et oppdragsnettverk.

Ressurser og makt i oppdragsnettverket

Å få tilgang til nettverkene og mulighet til å påvirke forhandlingsprosessene krevde ressurser av deltakerne. Deltakelsen kunne legitimeres gjennom å synliggjøre ressurser som er spesifikke for brukerrepresentantene nettopp fordi de er brukere, men også ved å vise til legal makt slik den var beskrevet i lovverk og veilederen.

En gang jeg ble touchet på det med mandat, da refererte jeg tilbake til veilederen og sa at dette er brukerfokusert. Og det står faktisk i helsedirektoratet sin veileder at jeg skal være med.

Brugerrepresentant, case 2

Vi finner at et premiss for å bli en innflytelsesrik deltaker i et styringsnettverk er evne til å bidra i forhold til nettverkets oppdrag. Brukerrepresentantene måtte vise at de fortjente en plass i forhandlingene ved at de bidro med noe særegent som de andre deltakerne ikke hadde. Det er nettopp den erfaringsbaserte kunnskapen som gjør brukerrepresentantene unike, og denne kompetansen måtte synliggjøres. Gjennom å definere brukerrepresentantenes kunnskap som unik og nyttig kan brukermedvirkningen legitimeres. Men det unike med brukerperspektivet ble også benyttet som motargument mot brukermedvirkning. I de to casene uten brukerrepresentasjon i oppdragsnettverket ble det påpekt at brukere ikke har tilstrekkelig kunnskap til å kunne bidra i disse forhandlingene.

[Brugerrepresentantene] er kjekke, men det er klart at det er også noe med at du skal være ganske godt informert, ha gode kunnskaper, god analytisk kapasitet, det er ikke bare avtalestrukturen du må kunne men også kommunehelsetjenestens samspill, spesialisthelsetjeneste, sant, så det er klart at i utgangspunktet så stiller du med ganske store handicaps.

Informant fra kommune, case 3

En annen nødvendig kompetanse var evnen til å jobbe i forhandlingsgruppene. På arenaer hvor ansatte i helsetjenestene og brukerrepresentanter møtes, synliggjøres ulikheter i kompetanse og status. Helsevesenets hierarkiske oppbygning kommer til syne i slike

sammenhenger, og brukerrepresentantene erfarte at dette også var gyldig i forhandlingene om samhandlingsreformen. Likevel uttrykte aktørene fra helseforetakene og kommunene at brukerrepresentantene som deltok i forhandlingsprosessene ivaretok sin rolle på en god måte gjennom at de besatte kompetanse og kvaliteter som var nødvendige for å bidra.

Kommunene og brukerorganisasjonene ble enige om å bruke brukerrepresentanter fra sykehuset. For det var såpass overordnet nivå og det handler om at du må være litt tøff som bruker også, for å i det hele tatt matche det miljøet og. Der satt det jo folk med doktorgrad, og det er noe med at du lett kan bli gissel og. Men brukerrepresentanten var i aller høyeste grad på banen hele tida.

Informant fra kommune, case 2

Ikke bare kunnskap, men også styrke til å håndtere en situasjon hvor man var i en underordnet posisjon ble sett på som nødvendige ressurser. For brukerne kunne mobilisering av makt handle om å jobbe sammen, men også sende representanter med makt i egenskap av sin person.

Og jeg opplevde vel fort at det var ganske tøft å sitte der alene. Det var et veldig stort organ. Det var masse høye herrer (ler). Og det hadde vært veldig fint å ha en å diskutere med og samhandle med for meg også. Men det var det ikke snakk om i det hele tatt.

Brukerrepresentant, case 1

Husk at vi hadde med [en ekstra brukerrepresentant]. Som hjalp meg litt. [...] Har masse erfaring om ting og tang. Og når hun sier ting, så høres det. Og hun gav masse støtte. Vi satt sammen og samarbeidet om ting og vi hadde en god prosess.

Brukerrepresentant, case 2

Deltakelse i nettverket krevde altså ulike typer kompetanse og ressurser. At kritiske ressurser i nettverket var tid og personer å fordele arbeid på er også tydelig i materialet. Alle partene i forhandlingene nevnte i intervjuene at prosessen rundt avtalene og forhandlingene hadde korte tidsfrister og krevde intensivt arbeid i perioden forhandlingene pågikk. Både kommunene og helseforetakene hadde representanter som brukte sin arbeidstid på forhandlingene, og begge måtte sette inn ekstra ressurser for å gjennomføre prosessen. Også KS hadde personalressurser med tid til å drive nettverksarbeid inn mot forhandlingsprosessene, selv om de ikke hadde en formell rolle. Brukerrepresentantene som deltok i nettverket hadde kun sine personlige ressurser tilgjengelig. For dem kunne det høye tempoet i arbeidet være en utfordring.

Som bruker har man ikke tid til å sette seg inn i alt, for dette går jo fort vet du. Tanken om å kjøre fort og få ut underskrift på alle tingene fort som bare det ikke sant. [...] Første fokus var jo å få ferdig avtalene ikke sant, få de ut på høring, få det ut i kommunestyrene, få vedtak, for det var jo snakk om at disse avtalene skulle gjelde fra sommeren.

Brukerrepresentant, case 1

Strukturen på prosessen tok ikke hensyn til ulik tilgang til kritiske ressurser hos deltakerne i nettverket. Dette skapte derfor en barriere for jevnbyrdig deltakelse for aktører som ikke var i en profesjonell rolle på feltet.

En annen utfordring for brukerrepresentantene var at det foregikk uformelle forhandlinger og diskusjoner på arenaer som brukerne ikke hadde tilgang til. En erfaring var at andre deltakere i gruppen hadde snakket sammen alt før det offisielle møtet, eller at beslutningene alt var tatt på det tidspunktet brukerrepresentanten ble involvert i forhandlingene. En annen erfaring var å ikke bli innkalt til møter i grupper hvor det var oppnevnt brukerrepresentant. I case 2 ble det oppnevnt brukerrepresentanter i flere av de fagspesifikke gruppene, men ikke alle utvalgene innkalte den oppnevnte brukerrepresentanten til møtene.

Vårt fylke hadde sitt på plass lenge før andre fordi de hadde sittet og jobbet med dette så lenge. Så når jeg kom inn så, har jeg tenkt av og til, kanskje de da var kommet til kosepraten.

Brukerrepresentant, case 1

I den gruppen ble jeg ikke innkalt til møter. [...] Det var jo uformelle prosesser. [...] Ja men det er ikke sånn at dette her er skrevet ned noe sted.

Brukerrepresentant, case 2

For brukerrepresentantene hjalp det ikke å ha verken ressurser eller kompetanse så lenge det innenfor oppdragsnettverket ble praktisert uformelle og lukkede samtaler de ikke fikk tilgang til.

Til tross for at lovverket påla brukermedvirkning i avtaleforhandlingene, ble ikke dette fulgt opp på alle nivå i forhandlingene. Forklaringene på dette lå i hvordan forhandlingene ble gjennomført. Oppdragsnettverkene som var de formelle arenaene for forhandlingene var likevel ikke de eneste arenaene for arbeidet med avtalene. For det første hadde innføringen av samhandlingsreformen alt på dette tidspunktet en historie. I flere av casene hadde struktureringen av oppdragsnettverkene pågått lenge før selve forhandlingene ble igangsatt (Ljunggren mfl. 2015). I tillegg var det kun et case hvor brukerrepresentanten deltok i forhandlingene fra oppstarten. Uformelle aspekter ved oppdragsnettverk, slik som uklare grenser for hva som er et nettverk og hvem som skal delta ser slik ut til å vanskeliggjøre brukermedvirkning i et helsevesen preget av nettverksstyring.

DISKUSJON

I denne artikkelen har vi presentert resultater fra en studie om brukermedvirkning i avtaleforhandlingene rundt samhandlingsreformen. Både graden av brukermedvirkning og formen på denne brukermedvirkningen gjør det relevant å spørre hvorvidt det faktisk kan sies å ha vært reell brukermedvirkning i forhandlingene om avtaleverket. Et slikt spørsmål er også interessant å diskutere i forhold til brukermedvirkning i (oppdrags)nettverk mer generelt fordi det er lite kunnskap på feltet. Denne studien er en av få studier som tar for seg slike problemstillinger. Det er en svakhet ved studien at den er gjennomført etter at avtaleforhandlingene var ferdige, og at informantenes fortellinger om avtaleforhandlingene

derfor er retrospektive. Avtaleforhandlingene foregikk i små grupper mellom personer som også i ettertid skulle samarbeide med hverandre. Det kunne være en fare for at personer som deltok i samme forhandlinger (case) som dem selv, kunne gjenkjenne situasjoner eller beskrivelser i materialet. Validiteten til data må derfor fortolkes ut fra at informantene kan ha holdt tilbake informasjon eller fremhevet annen informasjon om forhandlingene basert på de konsekvenser slik informasjon kunne ha for videre samarbeid. Likevel framstod informantene som åpne og informative i sine fortellinger om brukermedvirkning i forhandlingene. Både negative og positive sider ved brukermedvirkningen i forhandlingene ble trukket fram av informantene.

Artikkelens teoretiske grep er Tritters typologi for brukermedvirkning, der også deltakelse i prosesser beskrives som reell brukermedvirkning (Tritter 2009). Tritters tilnærming setter brukermedvirkningen inn i en ny kontekst sammenlignet med Arnsteins teori fra 1960-tallet (Tritter og McCallum 2006). Den nye konteksten er den indirekte styrende staten som benytter seg av ansvarliggjøring og samarbeid mellom parter for å oppnå resultater som skal gi utslag på bestemte målingsindikatorer. Innenfor de nye styringsregimene defineres nye former for brukermedvirkning, der brukermedvirkningen kun er en av flere «aktører» eller kunnskapsformer som skal formes mot hverandre for å oppnå resultater slik staten ønsker (Callaghan og Wistow 2006). Avtaleforhandlingene rundt samhandlingsreformen kan forstås som oppdragsnettverk (Ljunggren mfl. 2015) som nettopp innebærer at brukermedvirkning må gjennomføres på nye måter. Helsetjenestenes prioritering av prosesser heller enn resultater når brukere blir involvert (Attree mfl. 2011) blir tydeligere når brukermedvirkningen skal gjennomføres i et oppdragsnettverk.

I forhandlingene rundt samhandlingsreformen fant vi at brukermedvirkningen primært tok en indirekte form. Medvirkningen er indirekte fordi den ikke gir brukere muligheten til å delta direkte i beslutningstaking (Tritter 2009). Men Tritters inndeling i direkte og indirekte brukermedvirkning var ikke fullstendig dekkende for den brukermedvirkningen som foregikk i forhandlingene. I vår fortolkning kan dette sees som både direkte og indirekte medvirkning. Deltakelsen i nettverket ga nemlig brukerne en direkte medvirkning på prosessene som foregikk i forhandlingene og en mulighet til å fremme sine interesser og verdier. Samtidig var den samme medvirkningen indirekte fordi brukerrepresentantene var avhengige av at de profesjonelle partene inkluderte deres argumenter i det endelige resultatet. Den høye graden av indirekte medvirkning kan sees på som særskilt for nettopp disse forhandlingene, fordi brukerne ikke var juridiske parter i de endelige avtalene. Det er derfor grunn til å undersøke videre forholdet mellom direkte og indirekte medvirkning i andre typer nettverk som brukere deltar i. Selv om Tritter (2009) slik kan kritiseres for at typologiene ikke gir en uttømmende teori om brukermedvirkning, gir han likevel et viktig fundament for videre teoribygging om brukermedvirkning i nye styringsformer.

I vår studie fant vi at det ikke var brukerrepresentasjon i alle forhandlingsgruppene. Fra tidligere forskning vet vi at det er et hinder for brukermedvirkning at oppnevning av brukerrepresentanter kan kritiseres for mangel på demokratisk representasjon (Martin 2008). Innenfor oppdragsnettverk er selve deltakelsen sentral for alle som ønsker innflytelse på nettverkets prosesser. Mulighet for direkte medvirkning ser ut til å bero på brukernes deltakelse i nettverket. I vår studie fant vi at brukerne hadde både reaktive

og proaktive roller i forhold til inkludering i nettverkene. Helt sentralt er det derfor at brukerne forstår betydningen av deltakelse i slike nettverk. En barriere for brukermedvirkning er eksklusjon fra oppdragsnettverket, noe som kan skje hvis oppdraget defineres snevert. Vår studie fant at veilederens pålegg om brukermedvirkning ga legitimitet til brukerrepresentanters deltakelse i forhandlingene. Struktureringen av oppdragsnettverkene i denne studien ble delvis påvirket av veilederen som kom fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011), men det var en utfordring at veilederen kom på et sent tidspunkt. Flere av forhandlingsgruppene hadde alt etablert seg før veilederen kom (Ljunggren mfl. 2015). Veilederen var heller ikke klar på hvordan brukermedvirkning skulle gjennomføres. Vår studie indikerer at politiske føringer for brukermedvirkning i oppdragsnettverk må være mer presise enn de var i veilederen for avtaleforhandlingene til samhandlingsreformen for å sikre brukernes tilgang til nettverkene.

Legitimitet er en kjent utfordring ved brukermedvirkning, spesielt ved inklusjon av brukerrepresentanter i grupper med profesjonelle helsearbeidere der ulikheter i ekspertise skaper utfordringer (Martin og Finn 2011). Et argument som gir legitimitet til å trekke inn brukerstemmen er at brukererfaringer er en annen form for kunnskap enn den profesjonelle kunnskapen, og at den gjennom sin egenart kan bidra til bedre tjenester (Hui og Stickley 2007). Brukerrepresentantene forventes å bringe noe unikt til feltet, noe som kan gi de profesjonelle et nytt perspektiv (Solbjør og Steinsbekk 2011). Samtidig kan forståelsen av brukermedvirkning som «voice» (Dent og Pahor 2015), altså at pasienten som medborger har en rett til å bli hørt, legitimere brukermedvirkning i tjenesteutviklingen. I denne studien har vi sett at dette i stor grad handlet om definisjonsmakt. Brukerrepresentantene erfarte at deres stemme var viktig for å sikre at begrepet «pasientens beste» ble inkludert i forhandlingene, mens de profesjonelle uttrykte at brukerne supplerte de etablerte diskusjonene om organisering og økonomi. Fordi denne diskursen ikke bare var dominerende, men absolutt hegemonisk for brukerrepresentantene, ble også resten av nettverket tvunget til å inkludere den i sine diskusjoner. Inklusjonen av brukermedvirkning i styringsnettverkene kan slik sies å ha en utvidende demokratisk funksjon.

Samtidig ser det ut til at muligheten for å etablere slike tverrdiskursive utvekslinger ikke bare er avhengig av ulike typer makt og ressurser som aktørene kan legge bak egne interesser, men også av tilliten som er mellom deltakerne i nettverket. I de to casene hvor det var lite tillit mellom helseforetak og kommuner (Ljunggren mfl. 2015), ga strukturen på forhandlingene lite rom for brukermedvirkning, mens nettverkene med en lengre historie dro fordel av dette i den nye situasjonen som forhandlingene til samhandlingsreformen var. Dette peker mot hvordan nettverksstyring ikke kan bygges på krav fra overordnet myndighet. Den må bygges gjennom formelle og uformelle nettverk der hver av partene bidrar til nettverket med ressurser, relasjonsbygging og økt oppmerksomhet på forankring og inkludering.

Det er en demokratisk utfordring når styringen skjer gjennom nettverk med uformelle strukturer fordi slike nettverk kan ha liten gjennomsiktighet (Sørensen og Torfing 2007). Når det ikke er gitt formelle føringer for hvordan forhandlingene skal foregå må deltakerne i styringsnettverkene ha kompetanse til å lese spillet som foregår, for å få reell medvirkningsmulighet i slike styringsnettverk. Resultatene fra vår studie indikerer at evnen til å forhandle frem egne problemforståelser og løsninger i samspill med evnen til å lese det

sosiale spillet i slike nettverk, som i dette tilfelle var å kunne stå «mellom barken og veden», er spesielt viktig for reell brukermedvirkning i styringsnettverk.

Åpenheten rundt utfordringer ved brukermedvirkning er viktig for fremtidig brukermedvirkning i tjenesteutvikling innenfor helsevesenet. Spesielt er det nødvendig at tjenesteytere og politiske myndigheter problematiserer sine egne roller og retningslinjer innenfor styringsformer med økende kompleksitet. I fremtidig tjenesteutvikling er det ikke tilstrekkelig med politisk vilje til brukermedvirkning. Retningslinjer og veiledere må være tydelige på hvilken brukermedvirkning som skal inkluderes i helsevesenets tjenesteutvikling. Ikke minst må politiske føringer for brukermedvirkning være på plass i god tid før prosessene skal gjennomføres. Da kan både profesjonelle tjenesteutviklere og brukerrepresentanter sikre seg tilstrekkelig og relevant kompetanse til å gjennomføre reell brukermedvirkning i fremtidens helsetjenester.

LITTERATUR

- Andreassen, T.A. (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arnstein, S.R. (1969) Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4):216–224.
- Attree, P., S. Morris, S. Payne, S. Vaughan og S. Hinder (2011) Exploring the influence of service user involvement on health and social care services for cancer. *Health Expectations*, 14(1):48–58.
- Barbour, R.S. (2005) Making sense of focus groups. *Medical education*, 39(7):742–750.
- Braun, V. og V. Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77–101. DOI:10.1191/1478088706qp063oa.
- Brekke, Å. og R. Kirchhoff (2015) Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3):37–62.
- Byrkjeflot, H. og K. Gulbrandsøy (2013) Både hierarkisk styring og nettverk; en studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4):463–526.
- Callaghan, G. og G. Wistow (2006) Governance and public involvement in the British National Health Service: understanding difficulties and developments. *Social science and medicine*, 63(9):2289–2300.
- Christensen, T. og P. Lægred (2007) The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67(6):1059–1066. DOI:10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x.
- Christensen, T., P. Lægred og I.M. Stigen (2006) Performance management and public sector reform: The Norwegian Hospital reform, *International Public Management Journal*, 9(2): 113–139.
- Contandriopoulos, D. (2004) A sociological perspective on public participation in health care. *Social science and medicine*, 58(2):321–330.
- Coulter, A. og J. Ellins (2006) *Patient-focused interventions. A review of the evidence*, retrieved from London: The Health Foundation and Picker Institute Europe.
- Crawford, M. J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui, N. Fulop og P. Tyrer (2002) Systematic review of involving patients in the planning and development of health care, *British Medical Journal*, 325(7375), 1263.

- Daykin, N., M. Sanidas, J. Tritter og J. Rimmer (2004) Developing user involvement in a UK cancer network: professionals' and users' perspectives. *Critical Public Health*, 14(3):277–294.
- Dent, M. og M. Pahor (2015) Patient involvement in Europe – a comparative framework. *J Health Organ Manag*, 29(5), 546–555. DOI:10.1108/JHOM-05-2015-0078.
- Dryzek, J.S. (2007) Networks and democratic ideals: equality, freedom, and communication, i E. Sørensen og J. Torfing (red.), *Theories of democratic network governance* (pp. 262–273): Palgrave Macmillan.
- Fimreite, A.L. og J. Aars (2001) Introduksjon: NAV – forvaltningsreform for velferd. *Nordiske organisasjonsstudier*, 13(3):3–8.
- Fudge, N., C.D. Wolfe og C. McKeivitt (2008) Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *British Medical Journal*, 336(7639):313–317.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Oslo: Nasjonal veileder.
- Hui, A. og T. Stickley (2007) Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4):416–426.
- Hydén, L.C. og P.H. Bülow (2003) Who's talking: drawing conclusions from focus groups—some methodological considerations. *International Journal of Social Research Methodology*, 6(4):305–321. DOI:10.1080/13645570210124865.
- Johansen, B. og M. Solbjør (2012) Brukermedvirkning som «universalmiddel» for helsevesenets problemer. In A. H. Tjora (red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (307–326), Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2008) *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing* (2 utg.), London: Sage.
- Lambert, S.D. og C.G. Loiselle (2008) Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J Adv Nurs*, 62(2):228–237. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04559.x.
- Ljunggren, B., A.S. Haugset og N. Solbakk (2014) *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekten av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse til helsesejfer i norske kommuner høsten 2013. Arbeidsnotat*, Steinkjer: Trøndelag Forskning og Utvikling.
- Ljunggren, B., M. Solbjør og H.H. Kleiven (2015) Strukturering av oppdragsnettverk – om samhandlingsreformens avtaleprosesser, *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 13–36.
- Martin, G.P. (2008) 'Ordinary people only': knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociology of Health and Illness*, 30(1), 35–54.
- Martin, G.P. og R. Finn (2011) Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams, *Sociology of Health and Illness*, 33(7), 1050–1065.
- Nilsen, E.S., H.T. Myrhaug, M. Johansen, S. Oliver og A.D. Oxman (2007) Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material (review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Patton, M.Q. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rodriguez, C.L., A. Beland og J.-L. Denis (2007) Governance, power and mandated collaboration in an interorganizational network, *Administration and Society*, 39(2):150–193.
- Rommetvedt, H., S. Opedal, H. Stigen og K. Vrangbæk (2014) *Hvordan har vi det i dag, da?: flernivåstyring og samhandling i dansk og norsk helsepolitikk*, Bergen: Fagbokforlaget.

- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2012) *Styring og samstyring : governance på norsk*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Solbjør, M. og A. Steinsbekk (2011) User involvement in hospital wards: Professionals negotiating user knowledge. A qualitative study, *Patient Education and Counseling*, 85, e144–e149. DOI:10.1016/j.pec.2011.02.00985, e144–e149.
- Sørensen, E. og J. Torfing, (2007) Introduction: Governance network research: towards a second generation, i E. Sørensen og J. Torfing (red.), *Theories of Democratic Network Governance*, New York: Palgrave Macmillan.
- Tritter, J.Q. og A. McCallum (2006) The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76(2):156-168.
- Tritter, J.Q. (2009) Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world, *Health Expectations*, 12(3):275–287.
- Vrangbæk, K. (2015) Patient involvement in Danish health care, *J Health Organ Manag*, 29(5):611–624. DOI:10.1108/JHOM-01-2015-0002.
- Yin, R.K. (2014) *Case study research. Design and Methods* (5 utg.), Thousand Oaks: SAGE.

TABELLER TIL ARTIKKELEN

Tabell 1: Brukermedvirkning i casene

	Brukerrepresentant i hovedutvalget	Brukerrepresentasjon i underutvalg	Kontakt med brukerne gjennom
Case 1	Gjennom hele forhandlingsprosessen	I ett underutvalg etter brukerrepresentantens valg basert på sak	Helseforetakets brukerutvalg
Case 2	I fase 2 av forhandlingene	Oppnevnt i flere underutvalg, ikke dokumentert	Personlig oppnevnt etter press fra brukerne
Case 3	Nei	Nei	Informasjon til brukergrupper i kommuner og helseforetak
Case 4	Nei	Nei	Informasjon til brukergrupper i kommuner og helseforetak

Tabell 2: Typer brukermedvirkning i forhandlingene om avtaleverket

	Indirekte brukermedvirkning	Direkte brukermedvirkning
Reaktiv	Kontakt med brukerrepresentanter i andre fora enn forhandlingsgruppene. Informere brukergrupper	Oppnevning av brukerrepresentanter fra helseforetaket. Deltakelsen i forhandlingsgruppene
Proaktiv	Brukerrepresentanter ba om å få være med. Påvirket måten begrepet «pasientens beste» ble benyttet	Ingen