

Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene?



ÅGE BREKK OG RALF KIRCHHOFF

Nøkkelord: samhandlingsreformen, brukermedvirkning, iverksetting, samarbeidsavtaler

Keywords: The Coordination Reform, user participation, implementation, service agreements

INNLEDNING

I litteraturen sees en reform ofte på som en avskjed fra status quo, noe som reformforkjempere ser på som en forbedring (Cain 2001). I dette perspektivet kan også den norske samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) forstås. Reformen tok sikte på å løse en rekke utfordringer i norsk helse- og omsorgstjeneste. En av disse var at tjenester kan fremstå som fragmenterte pga. mangelfull koordinering mellom spesialist- og primærhelsetjenestene (St.meld. nr. 47 (2008–2009:13)). Reformen er også beskrevet som en rettingsreform (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a). Dette impliserer at utfordringene ikke lar seg løse umiddelbart, og underforstått at de vedtatte virkemidler er de «rette» til å svare på disse utfordringene. Kommuner, helseforetak (sykehusene) og brukere/brukerorganisasjoner var helt fra starten ansett som helt sentrale aktører for å implementere reformen i helse- og omsorgstjenesten. Eller som Helse- og omsorgsdepartementet skrev:

Sentralt i arbeidet med samhandlingsreformen vil være å utvikle prosesser som legger bedre til rette for medvirkning fra alle berørte aktører slik at det i større grad enn i dag utvikles felles forståelse om hva som er gode pasientforløp, og hva dette medfører av krav til samarbeid mellom aktørene. (St.meld. nr. 47 (2008–2009:25))

Formålet med reformer, slik som samhandlingsreformen, er ofte å løse ulike problemer i samfunnet eller å oppnå bestemte politiske mål. Slike problemer «ber om å bli løst» av politikere, eller som Aberbach og Christensen (2014)

poengterer: «Something is wrong and we want to fix it» (Aberbach og Christensen 2014:3). Forskning viser imidlertid at implementering av offentlig politikk sjelden er uproblematisk (Aberbach og Christensen 2014; Lipsky 1980; Matland 1995; Van Meter og Van Horn 1975). Å fremskaffe kunnskap om det som kan hemme eller fremme slik implementering, kan således være viktig for å forstå ulike aspekt ved reformstyrt samfunnsutvikling.

Siden starten på 1970-tallet har teoretiske perspektiv og forskning som kan sorteres under implementeringsparaplyen, gitt økt forståelse knyttet til utfordringer som følger i kjølvannet av at reformer skal iverksettes (Aberbach og Christensen 2014; Hoppe, van de Graaf og van Dijk 1987; Lipsky 1980; McLaughlin 1987; Van Meter og Van Horn 1975). Uintenderte konsekvenser på grunn av svikt i implementering av reformer blir i litteraturen ofte forklart med at mål som ligger til grunn for reformer og beslutninger i organisasjoner, kan være tvetydige, komplekse og konfliktfylte (Aberbach og Christensen 2014; March og Olsen 1976).

Samhandlingsreformen er også en stor lovreform der et sentralt siktemål var å harmonisere regelverket innen helse- og omsorgstjenestene. En viktig målsetting med regulering av samhandlingen mellom ulike aktører ved ytelse av tjenester har vært å oppnå en rasjonaliseringsgevinst. I et juridisk perspektiv blir begrepet 'implementering' i stor grad knyttet til ulike former for etterkontroll av vedtatte lover: «The process of bringing any piece of legislation into force» (Law og Martin 2009). Ifølge Van Meter og Van Horn (1975) omfatter politikimplementering (engelsk *policy implementation*) «... those actions by public and private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions» (Van Meter og Van Horn 1975:447). Slik sett retter implementeringsforskning seg i stor grad mot å utvikle systematisk kunnskap om det som foregår i fasen(e) før og etter at en lov eller reform er vedtatt, og deretter skal iverksettes på ulike myndighets-/forvaltningsnivåer. Lovevaluering er en vanlig form for etterkontroll av lovgivning. En lovevaluering er definert som «en systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av et regelverk med tanke på utforming, målrealisering, effekter og/eller utvikling og anvendelse» (Justis- og politidepartementet 2009:3). En ting er altså å ha oversikt over innholdet i regler og rutiner for samarbeid, noe annet er å ha kunnskap om hvordan disse reglene blir praktisert i arbeidsprosesser i pasientforløp.

Implementeringslitteraturen er variert, omfattende og favner de fleste politikkområder og land. Fenomenet implementering er studert både som rasjonelle og ikke-rasjonelle prosesser (Pressman og Wildavsky 1973; Van Meter og Van Horn 1975). Sistnevnte perspektiv synes å dominere nåtidens forståelse av implementering. Videre er implementering studert både som ovenfra-og-ned- (Jordan, Wurzel og Zito 2005) og nedenfra-og-opp-prosesser (Lipsky 1980). Ovenfra-og-ned-modellen har ofte fokus på overordnede

myndigheters evne til å iverksette politiske mål eller lover ved hjelp av regionale og/eller lokale forvaltningsnivåer, dvs. via tradisjonell hierarkisk styring. Matland (1995) har forsøkt å kombinere disse teoriene, med utgangspunkt i at det er ikke et enten–eller. Iverksetting kan foregå både ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp. Videre legger Matland (1995) vekt på situasjonen omkring iverksettingen, der det politiske aspektet omkring iverksettingen trekkes inn i forståelsen av hva som skjer. Sentralt hos Matland (ibid.) er graden av usikkerhet (engelsk *ambiguity*, der Matland skiller mellom lav vs. høy usikkerhet) og graden av konflikt (lav vs. høy) omkring iverksettings-situasjonen. Ulike iverksettings-situasjoner kan gi ulike typer utfall (engelsk *outcomes*), som avhenger av hva slags type iverksetting det er snakk om (f.eks. administrativ, politisk, eksperimentell eller symbolsk, jf. Matland 1995).

I litteraturen finner man en rekke eksempler som tyder på at lokale og regionale forvaltningsnivå i større grad er blitt forhandlere av egne rammebetingelser. I internasjonal litteratur beskrives denne utviklingen ofte som «multilevel governance» (Bache og Flinders 2004; Entwistle og Laffin 2003; Hill og Hupe 2002; Peters 2010), og i norsk litteratur som «vertikal samstyring» (Røiseland 2013; Røiseland og Vabo 2008) eller flernivåstyring (Fimreite og Selle 2013). I artikkelen sees slike styringsformer som supplement til hierarkiske styringsvirkemiddel. Vertikal samstyring eller flernivåstyring innebærer stor grad av gjensidig avhengighet mellom nasjonale myndigheter og lokale/regionale forvaltningsnivå. Det innebærer at ingen enkeltaktør har tilstrekkelig kunnskap eller kapasitet til å dominere alene (Røiseland og Vabo 2008). Styringsverktøy som kan inngå i denne form for samstyring, ved siden av tradisjonell hierarkisk lovstyring, kan være formaliserte partnerskap (Røiseland 2013). Bruken av avtaleformen for å regulere samarbeidet mellom to ulike organisasjoner som spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil innebære at et nytt rettslig styringsvirkemiddel blir innført ved siden av lovgivning. Samtidig gir samarbeidsavtalene rettsregler med et nytt innhold som vil kunne variere mellom ulike avtaleparter. Disse lovfestede avtalene organiserer og normerer samarbeidsrelasjoner i pasientbehandling lokalt, mellom de to nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Pollitt og Bouckaert (2011) viser til at partnerskapsmodellen fikk et gjennombrudd rundt midten av 1990-tallet, og kan oppfattes som et «mykere» styringsverktøy enn tradisjonell «hard» lovstyring. Ifølge McQuaid (2010) er partnerskap et variert og tvetydig begrep. En tilsynelatende oppfatning i offentlig politikk synes å være at jo mer komplekst problemet er, jo mer velegnet vil det være å etablere et partnerskap for å håndtere samstyringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten (Hunter mfl. 2010). Partnerskapsmodeller innenfor helsevesenet, og som ledd i implementeringen av helsereformer, er anvendt både i Danmark, Sverige, Norge og en rekke andre vest-

lige land (Hunter mfl. 2010; Saltman, Calltorp og de Roo 2011; Vabo 2012; Wadmann, Strandberg-Larsen og Vrangbæk 2009). Her anvender vi OECD sin definisjon av partnerskapsmodellen:

Systems of formalised co-operation, grounded in legally binding arrangements or informal understandings, co-operative working relationships, and mutually adopted plans among a number of institutions. They involve agreements on policy and programme objectives and the sharing of responsibility, resources, risks and benefits over a specified period of time. (OECD 1990:19)

AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Det er særlig én endring som vi oppfatter som et tydelig brudd med institusjonalisert praksis i primær- og spesialisthelsetjenestene i Norge etter 2012. I vår artikkel har vi valgt å ha fokus på implementering og vertikal samstyring i lys av samarbeidsavtalene og krav i lovgivningen om ulike former for brukermedvirkning. Samarbeidsavtalene var et nytt styringsvirkemiddel da det ble vedtatt innført i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L (2010–2011)). Et særtrekk ved samarbeidsavtaler er at det i større grad ansvarliggjør partene, dvs. kommuner og helseforetak (sykehus), når det gjelder å inngå i gjensidig forpliktende samarbeid på en rekke fagområder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 om krav til samarbeidsavtalenes innhold som gjelder fra 1.1.2012. Bruk av avtaleformen som rettslig styringsvirkemiddel gir både de to tjenestene som avtaleparter og profesjonene som tjenesteytere mer selvbestemmelse enn ved lovstyring. Det forhold at pasient- og brukergruppen ikke er gitt noen som helst partstatus i samarbeidsavtalene, gjør det imidlertid svært viktig å oppfylle kravene i lovgivningen om pasient- og brukermedvirkning.

Ett sentralt punkt i den norske samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester (St.meld. nr. 47 (2008–2009):47). Selv om pasienter eller deres organisasjoner ikke var part i samarbeidsavtalene, så forelå det krav om at kunnskap bygd på pasient- og brukererfaringer lokalt skulle inngå i avtaleforhandlingene (se helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd).

Det er ulike definisjoner på brukermedvirkning innenfor helsefeltet. Ifølge Austvoll-Dahlgren og Johansen (2013) er felles for dem alle at brukere og brukerorganisasjoner gis anledning til å påvirke beslutninger eller utforming av tjenester. Analytisk kan man skille mellom brukermedvirkning på individ- og systemnivå (ibid.:226). Tema i vår undersøkelse er ivaretagelse av et pasientperspektiv på overordnet systemnivå i helse- og omsorgstjenesten. Brukermedvirkning på systemnivå er både i Norge og Norden regulert

i nasjonale lover og forskrifter, og kan sees i lys av retoriske og politiske begrunnelser i en rekke offentlige reformer som startet rundt 1990-tallet (Magnussen, Vrangbæk og Saltman 2009; Pollitt og Bouckaert 2011).

Den overordnede problemstillingen i studien tar utgangspunkt i et sentralt aspekt ved fenomenet implementering og samstyring, belyst gjennom nasjonal og lokal brukermedvirkning i avtaleprosessene. *Vi spør om nasjonale føringer om brukermedvirkning ble fulgt opp av de kommuner og helseforetak som inngår i vårt utvalg, etter at helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft. Har kommuner og helseforetak, i samarbeidsavtalene, tatt hensyn til brukere eller brukerorganisasjoner ved å etablere systemer for systematisk innhenting av bruker- og pasienterfaringer? Har brukermedvirkningen variert innenfor vårt utvalg, dvs. Helse Midt-Norge RHF?*

Valgt forskningsdesign er «mixed methods» (Creswell 2014). Våre data stammer i hovedsak fra kommuner og helseforetak (somatiske sykehus) som er tilknyttet Helseregion Midt-Norge RHF. Hovedgruppen av data er møteprotokoller fra brukerutvalgsmøter i helseforetakene fra august 2011 til april 2012, samarbeidsavtaler (førstegenerasjonsavtaler) fra 2012 og surveydata fra 2013.

I tillegg til tradisjonelle organisasjonsteoretiske perspektiv på implementering, samstyring og brukermedvirkning er det redegjort for samarbeidsavtalene som et rettslig styringsvirkemiddel. Det har sammenheng med dataenes egenart, dvs. som empiriske uttrykk og resultat for den vertikale samstyringstenkningen i norsk helsevesen. Et supplerende rettslig perspektiv kan fange opp andre aspekt ved implementering som er relevant for samfunnsvitenskapen, men som sjelden fanges opp i denne typen studier.

I neste seksjon plasserer vi avtalene i et rettslig perspektiv. Deretter følger en kort redegjørelse for muligheter, men også begrensninger som ligger til grunn for økende bruk av medvirkning og pasienterfaringer på systemnivå i helsetjenestene. Slik påvirkning på systemnivå omfatter tiltak og prosedyrer som retter seg mot alle ledd i organisasjonene med myndighet til å planlegge og vedta allmenne tjenester og tiltak for befolkningen. Artikkelen avslutter med en metode-, resultat- og diskusjonsdel.

SAMARBEIDSAVTALER I ET RETTLIG PERSPEKTIV

Det er et overordnet prinsipp ved regelutforming i helse- og omsorgstjenesten at pasient eller bruker skal være i fokus på bekostning av for eksempel profesjonshensyn, geografi og organisatoriske forhold. Rettsregler gir rammer for organisering av hjelpetjenestene og utøvelse av faglig virksomhet i tjenesteytelse, samtidig som de styrer prioriteringen av tjenester til pasientene. I pasient- og brukerrettighetsloven er koblingen mellom borgerens individuelt bestemte behov for hjelp og tjenesteyters forpliktelse til handling

og bruk av nødvendige ressurser sentrale elementer. Prosessuelle rettighetsbestemmelser styrer saksbehandling og yrkesutøvelse i pasientforløpene. Fagkunnskapen i helse- og omsorgstjenestene vil imidlertid alltid være sentral når hjelpebehov blir vurdert og tjenester blir ytt.

Samhandlingsbegrepet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenestelovens § 2-1e er et uttrykk for den samlede offentlige helse- og omsorgstjenestens evne til å foreta en rasjonell og koordinert oppgavefordeling i et totalt pasientforløp. Et pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser og handlinger som utgjør en pasients møte med forskjellige helse- og omsorgstjenester. Et godt pasientforløp innebærer at pasienten får oppfylt sine lovfestede rettigheter, det vil si sitt rettskrav på tjenesteytelse, på rett sted til rett tid. Kvaliteten på tjenesteytelsen vil være påvirket av flere, ulike forhold knyttet til pasientens behov, fagfolks yrkesutøvelse og koordinering av de enkelte organisatoriske enhetene i helse- og omsorgstjenesten. For å sikre at tjenestene i innhold og omfang er i samsvar med lovens krav, skal institusjoner og tjenester etablere overordnede systemer for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd.

Ideelt sett ville koordineringen av forskjellige tjenester og profesjoner lettest kunne ivaretas i en helhetlig organisasjon under en felles ledelse. For å organisere samarbeidet mellom tjenesteytere, på de to forvaltningsnivåene og på tvers av administrative grenser, suppleres lov som styringsvirkemiddel med en lovfestet plikt etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e til å inngå lokale samarbeids- og tjenesteavtaler. Parter i avtalene er en eller flere kommuner på den ene siden og enten det regionale helseforetaket eller et helseforetak på den andre. Det overordnede formålet med en innføring av samarbeidsavtaler i helse- og omsorgslovgivningen var «å få til tilstrekkelig samhandling om å gjennomføre gode pasientforløp» (Prop. 91 L (2010–2011):327). Dette må forstås slik at pasientene skal oppleve et mest mulig sømløst behandlingsforløp. For å oppnå dette må avtaletekstene som styringsvirkemiddel stimulere til bedre samarbeid mellom tjenesteytere, bedre koordinering av tjenester og samtidig sikre at pasientene mottar de tjenester de har et rettskrav på etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det vesentlige sett fra pasients og brukers ståsted vil på bakgrunn av dette være den faktiske organiseringen av samarbeidet i den løpende ytelsen av tjenester. Samarbeidsavtalenes funksjon vil være å regulere og legge til rette for dette samarbeidet.

Slike lokale samarbeidsavtaler skal derfor gi regler for en rasjonell og forsvarelig fordeling av nødvendige arbeidsoppgaver i et pasientforløp mellom avtalepartene, med formål å sikre tjenester av god kvalitet for den enkelte pasient. Avtalene vil derfor måtte inneholde instruksjoner med konkrete prosedyrer for samarbeid om behandling av pasienter og for aktørenes utførelse av

nødvendige arbeidsoppgaver i et samlet forløp. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd angir minimumskravene til hva disse samarbeids- eller tjenesteavtalene skal omfatte. Partene kan også avtale andre samarbeidstiltak enn de som er lovfestet, hvis det er ønsket av partene. Partene kan enten inngå én samlet samarbeidsavtale eller flere tjenesteavtaler for ulike nivå eller områder av virksomhetene (Prop. 91 L (2010–2011):498).

Som et generelt utgangspunkt må samarbeid mellom forskjellige tjenester for å avhjelpe pasienter og brukeres behov bygge på de aktuelle aktørenes evne og vilje til fleksibilitet knyttet til oppgaveløsning i forløpene. På denne bakgrunn kan det kanskje fremstå som et paradoks at bruken av avtaleformen er innrettet mot å skulle etablerere rettigheter og plikter mellom avtalepartene. 'Plikter' med utgangspunkt i en faktisk beskrivelse av rutiner for samarbeid, informasjonsutveksling og den arbeidsinnsatsen som hver av avtalepartene skal legge inn i pasientforløpene. 'Rettigheter' refererer her til at hver av avtalepartene kan kreve at den andre parten leverer de ressurser og den informasjon i pasientforløpene som følger av avtalen. Rettigheter og plikter i partsforholdet vil bli uten innhold hvis avtalene blir for generelt utformet. Dette kan skje fordi det generelt sett vil være praktisk vanskelig å avtalefeste driftsmessige detaljer hos hver av avtalepartene, for eksempel hvilke arbeidsoppgaver som skal inn i avtalene, og hvilke som skal holdes utenfor. Det samme er selvfølgelig også tilfellet uansett detaljeringsnivå hvis avtalene ikke er kjent og/eller ikke blir etterlevd av dem som i praksis yter tjenester i forløpene.

Slike avtalers legitimitet kan sikres ved at avtaleprosessen forankres i toppledelsen hos avtalepartene, at fagmiljøene involveres og at brukermedvirkning og et pasientfokus ivaretas både i forhandlinger og utforming av avtaletekst. Ved lovstyring ville statlige myndigheters definisjoner og vurderinger av samhandling være avgjørende. Ved bruk av avtale som styringsvirkemiddel vil aktørene i forhandlingene kunne fremføre argumenter bygd på lokale verdier, erfaringer, ønsker, forventninger og målsettinger ved utformingen av reglene for samarbeidet i pasientforløpene. Avtalepartenes handlingsfrihet i utforming av ordlyden vil også være bestemt av krav i lovgivningen knyttet til forsvarlig praksis og pasientrettigheter. Dersom samarbeid vil kreve en ny organisering av tjenester, oppstår spørsmålet om endring i egen organisasjon vil være en intern sak for hver av avtalepartene. Kan slike endringer overhodet avtales mellom to uavhengige institusjoner? Eller må omorganisering spilles inn i det løpende planarbeidet hos hver av avtalepartene, og avklares i forhold til deres ansatte etter gjeldende lov- og avtaleverk i arbeidslivet? Sistnevnte er noe som det tradisjonelt ikke blir samarbeidet om. Lov kan derfor være bedre egnet enn avtale til å skape organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten.

Siden pasienter/brukere eller deres organisasjoner ikke er parter i tjenesteavtalene, kan en enkelt pasient eller bruker vanskelig kunne påberope individuelle rettigheter utledet fra ordlyden i avtaleteksten. På denne bakgrunn blir det også viktig å følge den lovgivningen som ivaretar et brukerperspektiv, i avtaleforhandlinger og avtaletekst.

I en tidlig fase av arbeidet frem mot samhandlingsreformen ble det uttalt et behov for at også «tilretteleggere og planleggere av helsetjenester på alle nivåer» må arbeide med utgangspunkt i et pasientperspektiv (NOU 2005: 3 kapittel 10.2). Dette bygde på kunnskap om helhetlig tenkning i planlegging og utforming av tjenestetilbud, for å sikre at fokus også er på pasientens totale livssituasjon og ikke bare på en liten del av denne helheten når spesialiserte profesjoner vurderer hjelpebehov. Med et pasientperspektiv på et system- eller tjenestenivå har vi i dette arbeidet spesielt fokus på:

- Deltakelse- og medvirkning i beslutnings- og planprosesser på et overordnet nivå i tjenesten.
- Etablering av systemer for innhenting av pasienters erfaringer og for implementering av denne kunnskapen i tjenestene.

Generelle bestemmelser om pasient- og brukermedvirkning på et slikt overordnet nivå er gitt i helseforetaksloven § 35 for spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det følger to krav av disse reglene:

- Det skal sørges for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med planlegging og utforming av helse- og omsorgstjenestene.
- Det skal sørges for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Når det gjelder plikten til å inngå tjenesteavtaler, er det i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd gitt en særskilt regel med krav til pasientperspektiv i avtaleprosess og avtaletekst:

- Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.
- Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen.

Kravet om å ivareta et pasientperspektiv ved utarbeiding av samarbeidsavtaler er altså todelt. Det skal være reell pasient- og brukermedvirkning i prosessen frem mot inngåelse av avtaler, og det skal etableres systemer som

sikrer at individuelle pasient- og brukererfaringer samles og bearbeides for å inngå som en premissleverandør i forhandlinger om samarbeidsavtaler. Begge disse tiltakene bør være regulert i en overordnet samarbeidsavtale.

Etter Primærhelsemeldingen skal dette regelverket praktiseres slik at:

Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeidet vi nå står foran. Pasientene og brukernes behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes fra pasientenes perspektiv. (Meld. St. 26 (2014–2015):45)

ET BRUKERPERSPEKTIV I AVTALEBASERT SAMARBEID

I juridisk teori er individuelle avtaler ansett for å gi faktaopplysninger som «normalt ikke har betydning for bedømmelsen av generelle rettsspørsmål» (Eckhoff 2001:25). Avtaleformen er imidlertid brukt som et rettslig styringsvirkemiddel. Bakgrunnen for dette er at kunnskaps- og teknologiutvikling har stor betydning både for samfunns- og rettsutvikling. Et kjennetegn ved dette er at oppgaveløsningen i samfunnet blir stadig mer spesialisert, og at den er i stadig endring (Sand 2013:465–467). I et slikt perspektiv kan en også se samhandlingsreformen som et krav om ytterligere faglig spesialisering, både i statlige og kommunale helse- og omsorgstjenester. I lovens forarbeider er det uttalt at:

Utviklingen innenfor medisinsk kunnskap, teknologi og de ulike helseprofesjonene går fort. På mange områder der det er utviklet nye og enklere metoder som krever mindre kompetanse eller utstyr, fører utviklingen til at tjenester som tidligere måtte utføres innenfor spesialisthelsetjenesten, nå kan utføres av primærhelsetjenesten. En slik utvikling vil antagelig fortsette fremover. (Prop. 91 L (2010–2011):328)

Økt kunnskapsutvikling vil ha betydning for rettens utvikling, fordi økende spesialisering og hyppige endringer kan skape en viss usikkerhet rundt hva som egner seg for styring ved lov, slik at de virkninger som er tilsiktet av lovgiver, oppnås. Lovgivning har som en overordnet funksjon å ivareta verdier gjennom å uttrykke forventninger om ønsket atferd i samfunnet. I de senere årene har staten prøvd å påvirke institusjoners atferd gjennom mykere styringsvirkemidler. Prosessorientert regelutforming kan delegeres til lokale nivåer for selvregulering, «på grundlag af generelle standarder og spesifikke procedurer» (Sand 2013:469). Det som kjennetegner slike reflekse rettslige ordninger, er at de består av normer rettet mot «organisasjon, prosedyrer og kompetanse», og ikke direkte mot atferdsstyring på individnivå (Graver 1988:83). Bruk av samarbeidsavtaleformen er et eksempel på slik intern rett eller selvregulering. Også samarbeidsavtalene som styringsvirkemiddel

kan skape organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenestene, og bedre koordineringen mellom ulike tjenester i ett og samme forløp.

Sherry R. Arnstein (1969) har utarbeidet en typologi om brukermedvirkning som tar utgangspunkt i en åttetrinns medbestemmelsesstige. Ifølge Arnstein (1969) er det kun reelt partnerskap (engelsk *partnership*), delegert maktfordeling (engelsk *delegated power*) og medborgerstyring (engelsk *citizen control*) som kan utjevne noe av asymmetrien i maktbalansen mellom helse- og omsorgstjenesten og brukeren. De fem nederste trinnene på denne medbestemmelsesstigen innebærer ikke reell brukermedvirkning, og kjennetegnes av skinninnflytelse (Arnstein 1969). «Skinninnflytelse» i tråd med Arnstein (1969) vil eksempelvis kunne være møter eller saker som berører brukere av helsetjenester, men der brukerorganisasjoner selv ikke deltar eller har vært invitert til å delta i prosesser som fører frem til forslag til vedtak fra administrasjonen i en kommune eller et helseforetak. Dette kan ha mange årsaker, men vi har her valgt å ta utgangspunkt i brukerorganisasjonenes rettslige stilling med hensyn til medvirkning overfor kommuner og helseforetak.

Noe av kritikken som har vært reist mot teorien til Arnstein (1969), er at den i altfor stor grad fokuserer på makt, og i liten grad klarer å beskrive kompleksiteten i fenomenet brukermedvirkning (Tritter og McCallum 2006). Tritter og McCallum (2006) viser til at noen brukere kan ha medvirkningsmakt som mål, men at de ikke bruker sin påvirkningskraft som middel til å forbedre helsetjenestene. Dette kan være et argument mot brukermedvirkning, selv om det sjelden diskuteres. I helse- og omsorgssektoren kan brukerinteressene komme i konflikt med representative styringssystemer, brukermedvirkning kan skape økte forventninger om helsetjenester, som igjen kan føre til økte kostnader, brukerrepresentanter kan bli «beslutningsgisler» og kooptert i det politiske systemet, og noen brukere mangler forutsetninger for, eller evne til, å utøve reell påvirkning (Haukelien, Møller og Vike 2011).

I Norge og andre land har det skjedd endringer i rettighetstenkning og krav til pasient-/brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenesten (Crawford mfl. 2002). Utviklingen har gått fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester til å legge til rette for at brukeren er en myndig og aktivt medvirkende mottaker av helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L (2010–2011):351). Brukermedvirkning i norsk helsevesen innebærer blant annet at brukere får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av helsetjenester (Johansen og Solbjør 2012). Endringene har rot i antakelsen om at det å involvere pasienter kan føre til bedre helsetjenester på sikt, samtidig som pasientmedvirkning kan bedre livskvaliteten til den enkelte pasient (Crawford mfl. 2002). Det norske perspektivet på pasient-/brukermedvirkning har siden 1980-tallet og frem til i dag kommet til uttrykk i en rekke helsepolitiske dokument. Analyser av disse dokument viser at idealet om

brukermedvirkning i Norge kan forstås ut fra ulike diskurser om demokrati, rettigheter, menneskeverd og konsumerisme (Johansen og Solbjør 2012).

Brukermedvirkning på tjeneste- eller systemnivå (Johansen og Solbjør 2012) kan inneholde flere elementer, som deltakelse og medvirkning i beslutnings- og planprosesser på et overordnet nivå i tjenesten, og etablering av systemer og rutiner for systematisk innhenting og bruk av kunnskap og erfaringer hos pasient og bruker.

Kravet til pasientperspektiv i avtaleprosessen og avtaleteksten er, som nevnt ovenfor, todelt. Det skal være pasient- og brukermedvirkning i prosessen frem mot inngåelse av avtaler, og det skal avtalefestes systemer (i avtalene) som sikrer at pasient- og brukererfaringene inngår som premisseleverandør ved senere revisjoner av teksten i samarbeidsavtalene. Lignende eller tilsvarende overordnede føringer er nedfelt i styringskrav (oppdragsdokumentet) fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (www.regjeringen.no) og plan for brukermedvirkning i helseforetakene, f.eks. Helse Midt-Norge RHF (ekstranett.helse-midt.no).

I forbindelse med arbeidet med å lage den nasjonale veilederen for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak ble arbeidsgruppen som fikk oppdraget med å utarbeide veilederen, pålagt å innhente innspill fra bruker- og pasientorganisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a:4). Det deltok ingen representanter for nasjonale brukerorganisasjoner i den sentrale arbeidsgruppen.

Brukermedvirkning på systemnivå innebærer ideelt sett at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteyter og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser. Brukerorganisasjonene skal ivareta brukernes interesser gjennom å videreformidle deres erfaringer inn i prosessen med å utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Stikkord er deltakelse på møter, f.eks. i brukerutvalg, i høringer og prosjekter knyttet til planlegging og styringen av hjelpetjenester. Selv om brukerorganisasjoner ikke var part i samarbeidsavtalene, så skulle de involveres i forhandlingene før avtalene ble vedtatt. Dette ble påpekt i den nasjonale veilederen utgitt i forkant av avtaleprosessene mellom kommuner og helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet 2011:14). På generelt grunnlagt anbefalte nasjonale helsemyndigheter at helseforetakenes brukerutvalg kunne gis et utvidet mandat, slik at brukerutvalget fikk ansvaret for å overvåke og fremme samhandlingen mellom avtalepartene. Dette skulle bidra til at man på en representativ måte kunne sikre at alle pasienters og brukeres erfaringer ble hørt. Forutsatt at modellen ble valgt, ble det videre anbefalt at brukerutvalget skulle gis opplæring i den kommunale organiseringen av helse- og omsorgstjenesten. Gitt en slik modell anbefalte den nasjonale arbeidsgruppen at brukerutvalget skulle involveres i det løpende arbeidet med avtalene før de ble vedtatt i kommunestyret og i styret for helseforetaket (Helse- og

omsorgsdepartementet 2011b:14). Hvor mange kommuner og helseforetak som fulgte anbefalingen, er usikkert. Argumentet som lå til grunn for rådet fra den nasjonale arbeidsgruppen, var at de fleste norske kommuner ikke har organisert et samlet brukerorgan slik som helseforetakene. Etter helse- og omsorgstjenesteloven er det opp til den enkelte kommune selv å organisere beslutningsprosesser, for å sikre at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste (Prop. 91 L (2010–2011):477). Ulik organisering og tilrettelegging av brukermedvirkning i de enkelte kommuner gir slik sett åpning for stor variasjon med hensyn til hvordan og i hvilken grad norske kommuner valgte å involvere kommunale brukerorganisasjoner i avtaleprosessene.

DATA OG METODE

For å svare på studiens forskningsspørsmål har vi brukt «mixed methods» som forskningsdesign (Creswell 2014:215–240). I studien har vi brukt både kvalitative og kvantitative metoder. Ifølge Creswell vil en slik type studie kunne klassifiseres som «the convergent mixed methods approach» (Creswell 2014:219). Hovedantakelsen som ligger til grunn for denne tilnærmingen, er at kvalitative og kvantitative data gir ulike typer informasjon, men til sammen genererer likeartete resultater (ibid.).

Samarbeidsavtaler vil inneholde faktiske beskrivelser av systemer, ansvar- og oppgavefordeling samt rutiner for utførelse av nærmere definerte arbeidsoppgaver. Avtaleteksten normerer som tidligere nevnt de plikter som gjelder mellom avtalepartene. Tjenesteavtaler vil altså i større utstrekning enn generell lovgivning inneholde konkrete faktaopplysninger av betydning for samarbeid i pasientforløpene. Slike faktaopplysninger trenger ikke å behandles etter juridisk metode når innholdet skal klargjøres, selv der det er brukt generelle og elastiske ord i avtaleteksten. Det «fremkommer umiddelbart av kontraktens ordlyd hvilken mening kontraktsvilkåret skal tillegges» (Woxholth 2014:381). Dette er med på å underbygge forsvarligheten av å benytte rene innholdsanalyser på avtaletekstene for å bestemme hva som gjelder vedrørende etablering av systemer for brukermedvirkning og tilbakeføring av pasient- eller brukererfaringer i avtaleforhandlinger. Rene innholdsanalyser kan selvfølgelig ha svakheter der ordlyden i avtalene åpner opp for stor grad av tolkningsrom, som igjen gir et vidt spillerom for faktiske avgjørelser og handlinger fra avtalepartenes side.

Primærkilder som er analysert i studien, er i hovedsak dokumenter (avtaler og møteprotokoller) og surveydata (se tabell 1). Møteprotokollene og avtalene er offentlige og ble lastet ned fra Helseregion Midt-Norge RHF sin webportal i 2014. Vi har brukt innholdsanalyse (Neuendorf 2002) som metode for å analysere de overordnede avtaler som Helseregion Midt-Norge

har med KS og tilhørende kommuner. Formålet var å finne ut hva slags brukermedvirkning det ble lagt til rette for i avtaleprosessen, jf. Arnsteins medbestemmelsesstige (1969), og i hvilken grad anbefalingene i den nasjonale veilederen ble fulgt (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). Videre ønsket vi å kartlegge hvorvidt brukermedvirkningen har variert innenfor Helse Midt-Norge RHF, og hvordan regler for brukermedvirkning er formulert i samarbeidsavtalene. Surveydataene stammer fra en nasjonal survey foretatt blant kommunale helse- og omsorgsledere i Norge høsten 2013 (Ljunggren og Haugset 2014).

Tabell 1 gir en oversikt over datakilder og metoder som er brukt. Tabell 2 gir en oversikt over antall kommuner i Helseregion Midt-Norge RHF, og størrelse på disse (innbyggertall pr. 31.12.2013), som deltok i den nasjonale surveyen.

Tabell 1: Oversikt over primærdatakilder og metoder som er brukt.

Dekker perioden	Type data	Type metoder
august 2011 – april 2012	Dokumenter/tekst. 18 møteprotokoller fra brukerutvalgsmøter i helseforetakene for Helse Midt-Norge RHF, dvs. Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs HF og Nord-Trøndelag HF.	Kvalitativ innholdsanalyse (Neuendorf 2002). Lastet ned fra Helseregion Midt-Norge sin webportal (https://ekstranett.helse-midt.no) i 2014.
januar 2012 – april 2012	Dokumenter/tekst. Overordnede samarbeidsavtaler og første-generasjonsavtaler mellom kommuner og helseforetak/regionalt helseforetak.	Kvalitativ innholdsanalyse (Neuendorf 2002).
høsten 2013	Nasjonale survey i perioden 26.11–18.12 i 2013. Undersøkelsen ble sendt til 429 kommuner. Henvendelsen ble gjort til hver enkelt kommunes offisielle e-postadresse med utgangspunkt i lister, samt til 15 bydeler i Oslo kommune. Målgruppen for undersøkelsen var øverste administrative leder for den etaten i kommunen som håndterer helsespørsmål, altså nivået under rådmannen/administrasjonssjefen. Denne lederen var forventet å ha overordnet oversikt over samhandling med helseforetaket. Svarprosent 58 prosent. 248 av 429 svarte på undersøkelsen.	Frekvensanalyser (Grønmo 2010). Dataene stammer fra Trøndelag Forskning og Utvikling (Ljunggren og Haugset 2014).

I Møre og Romsdal var det 21 kommuner som deltok i den nasjonale surveyen. Tilsvarende deltok 19 kommuner i Sør-Trøndelag og 13 kommuner i Nord-Trøndelag. Kommunene i Helse Midt-Norge RHF utgjør i undersøkelsen 20,5 prosent av kommunepopulasjonen i det nasjonale utvalget. Det

fremgår av tabell 2 at majoriteten av kommuner som deltok i undersøkelsen og som sogner til Helse Midt-Norge RHF, er relativt små og mellomstore kommuner (omtrent 91 prosent).

Tabell 2: *Kommuner som deltok i spørreundersøkelsen i Helse Midt-Norge RHF fordelt på størrelse, tre kategorier (innbyggertall pr. 31.12.2013).*

		Møre og Romsdal	Sør-Trøndelag	Nord-Trøndelag	Totalt
Små kommuner (0–4999)	Antall	8	10	7	25
	%	38,1 %	52,6 %	53,8 %	47,2 %
Mellomstore kommuner (5000–19 999)	Antall	11	8	4	23
	%	52,4 %	42,1 %	30,8 %	43,4 %
Store kommuner (20 000 og flere)	Antall	2	1	2	5
	%	9,5 %	5,3 %	15,4 %	9,4 %
Totalt	Antall	21	19	13	53
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Det er ett spørsmål i surveyen som direkte berører brukerdeltakelse i forbindelse med avtaleforhandlingene mellom kommuner og helseforetakene. Spørsmålet kommunene skulle svare på, var om brukerne ble inkludert i utformingen av avtalene. Langs en Likert-skala fra 1 til 5, der 1 representerte i liten grad og 5 i svært stor grad, skulle kommunene svare på spørsmålet. Et «vet ikke»-svaralternativ ble også inkludert. Vi har anvendt deskriptiv statistikk (frekvenstabeller) for å vise hvordan kommunene har svart på spørsmålet. Resultatene er sammenholdt med svarene vi har fra kommuner i de øvrige helseregionene.

RESULTAT

Tabell 3 viser at 35,5 prosent av kommunene i Helse Midt-Norge RHF svarer at de i liten grad (svaralternativene 1 og 2 slått sammen) har involvert brukere i utformingen av avtalene. 29,1 prosent svarer at de har involvert brukere i stor grad (4 og 5 slått sammen). Kun 2 kommuner (6,5 %) har svart vet ikke/ikke relevant på dette spørsmålet. Sammenligner man fylkene innenfor Helse Midt-Norge RHF, så har kommuner i Møre og Romsdal i større grad (4 og 5 slått sammen) involvert brukere (38,5 %) sammenlignet med kommuner i Sør-Trøndelag (25 %) og Nord-Trøndelag (20 %).

Tabell 3: I hvilken grad gjaldt følgende i avtaleforhandlingene i forbindelse med samhandlingsreformen? Brukerne ble inkludert i utformingen av avtalene. Svarfordeling kommuner i de tre fylkene i Midt-Norge*.

		Møre og Romsdal	Sør-Trøndelag	Nord-Trøndelag	Totalt
I liten grad	Antall	4	3	4	11
	%	30,8 %	37,5 %	40 %	35,5 %
Til en viss grad	Antall	3	3	3	9
	%	23,1 %	37,5 %	30 %	29 %
I stor grad	Antall	5	2	2	9
	%	38,5 %	25 %	20 %	29 %
Vet ikke/ikke relevant	Antall	1	0	1	2
	%	7,7 %	0 %	10 %	6,5 %
Totalt	Antall	13	8	10	31
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

*Ikke alle kommuner i utvalget svarte på spørsmålet.

Tabell 4: I hvilken grad gjaldt følgende i avtaleforhandlingene i forbindelse med samhandlingsreformen? Brukerne ble inkludert i utformingen av avtalene. Svarfordeling kommuner* fordelt på regioner/regionale helseforetak (RHF).

		Sør-Øst	Vest	Midt	Nord
I liten grad	Antall	21	9	11	13
	%	30 %	29 %	35,5 %	44,8 %
Til en viss grad	Antall	23	11	9	6
	%	32,9 %	35,5 %	29 %	20,7 %
I stor grad	Antall	20	8	9	10
	%	28,6 %	25,8 %	29 %	34,5 %
Vet ikke/ikke relevant	Antall	6	3	2	0
	%	8,6 %	9,7 %	6,5 %	0 %
Totalt	Antall	70	31	31	29
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %

*Ikke alle kommuner i utvalget svarte på spørsmålet.

Resultatene fra kommuner i Midt-Norge er sammenholdt med data fra øvrige regioner i Norge. Tabell 4 viser at 33,5 prosent (n = 54) av kommunene i utvalget på nasjonalt plan svarer at de i liten grad (svaralternativ 1 og 2 slått sammen) har involvert brukere i utformingen av avtalene. 29,2 prosent (n = 47) svarer at de har involvert brukere i stor grad (4 og 5 slått sammen). Kun 11 kommuner (6,8 %) har svart vet ikke/ikke relevant på dette spørsmålet. Sammenligner man regionene, så har kommuner i Helse Nord i større grad (4 og 5 slått sammen) involvert brukere (34,5 %, n = 10) sammenlignet med kommuner i Helse Midt-Norge (29 %, n = 9).

Oppsummering – analyse av brukerutvalgenes møter i helseforetak tilknyttet Helse Midt-Norge RHF

Tidsfristen for inngåelse av samarbeidsavtalene ble styrt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD orienterte i brev av 3.10.2011 om at fristen for når første fase skulle være ferdig, var 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a). Innen denne fristen skulle partene (kommuner/helseforetak) ha fremforhandlet og vedtatt samarbeidsavtaler på de lovfestede områdene. Dette ga helseforetakene og kommunene stramme tidsrammer til å forhandle om innholdet i avtalene og å få disse vedtatt i helseforetakene og kommunestyrene innen oppsatt frist. Møtefrekvensen i brukerutvalgene i perioden (1.8.2011–30.3.2012) var hovedsakelig ett møte pr. måned. Normalt ble møtene holdt relativt få dager før selve styremøtene i helseforetakene. Det er helseforetakene som har sekretariatsfunksjon for brukerutvalgene, og det er helseforetakene som hovedsakelig styrer møteagendaen i brukerutvalgene. Brukerutvalgene fikk først og fremst muntlige orienteringer om avtaleprosessene.

Vår gjennomgang av møteprotokollene fra brukerutvalgsmøtene viser at helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF har håndtert brukermedvirkningen i avtaleprosessen ulikt. Mens brukerutvalgene i Nord-Trøndelag HF og Møre og Romsdal HF har hatt brukerrepresentasjon i avtaleforhandlingenes første fase, så var det fravær av brukerrepresentasjon i forhandlingene i Sør-Trøndelag/St. Olavs HF. Det førte til reaksjoner i brukerutvalget på St. Olavs HF. St. Olavs HF har ikke fulgt anbefalingene, verken i nasjonal veileder eller overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og KS i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Felles for alle de tre helseforetakene er at det ikke fremgår at brukerrepresentantene fikk opplæring i kommunal organisering av helse- og omsorgstjenesten i tråd med anbefalingene i den nasjonale veilederen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). I alle tre helseforetak har det vært korte frister for partene til å bli enige om innholdet i avtaletekstene. Samtlige helseforetak i Helse Midt-Norge RHF

praktiserer en form for brukermedvirkning som ligger på de laveste trinnene på Arnsteins (1969) medbestemmelsesstige.

OPPSUMMERING – ANALYSER

AV SAMARBEIDSAVTALENE I HELSE MIDT-NORGE RHF

God kvalitet på ytelse av tjenester skal, som nevnt tidligere, bl.a. sikres gjennom systemer for innhenting, bearbeiding og bruk av informasjon om pasienters forventninger eller krav til tjenestene og de erfaringer eller opplevelser de faktisk har hatt med tjenesteytelsen i pasientforløpet. Pasienterfaringer kan gi informasjon som skal tillegges vekt i det løpende arbeid med kvalitetsforbedring av tjenester. I Nasjonal veileder (2011) er det uttalt at samarbeidsavtalene skal bidra til «Å videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte» (ibid.:8). I Forslag til samarbeidsavtale, jf. vedlegg 1 til Nasjonal veileder (2011), er det benyttet følgende formulering i punkt 8 om involvering av pasient- og brukerorganisasjoner: «Etter helse og omsorgstjenesteloven § 6-1, 2 ledd skal pasient – og brukererfaringer inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal også medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.»

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning normalt skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved XX HF, eldrerådet og rådet for funksjonshemmede i XX kommune, skal tillegges vekt.

Denne veiledende utformingen av overordnede samarbeidsavtaler inneholder ikke noen målsetting knyttet til verdien av å bruke pasienterfaringer i kvalitetsforbedringsarbeid, noe som kunne vært formulert for eksempel i formålsbestemmelsen i punkt 3.

I vedlegg 2 til veilederen «Eksempler på samarbeidsorganer og -former» er fokus på partssammensetningen i ulike utvalg. Brukerrepresentasjon er ikke omhandlet i dette veiledende eksemplet.

Gjennomgang av et utvalg samarbeidsavtaler

Utgangspunktet for en gjennomgang av avtaletekstene er om samarbeidsavtalene inneholder reguleringer som omhandler systemer for innhenting av brukererfaringer, med prosedyrer for hvordan denne informasjonen skal implementeres i avtaleprosesser. Et avtalefestet system for systematisk tilbakemelding av pasienterfaringer, og for god integrering av denne informasjonen i avtaleforhandlinger, bør utformes mer konkret enn det som er tilfellet i mer overordnede styrings- og plandokumenter.

Av punkt 7 i samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i Møre og Romsdal følger det at partene «er samde om at kravet til brukarmedverknad skal bli oppfylt ved at synspunkt og tilbakemeldingar som kjem fram gjennom brukarundersøkingar, brukarutvalet ved Helse Møre og Romsdal HF, eldreråd, og rådet for funksjonshemma i kommunen skal bli tillagt vekt» i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Denne formuleringen er videreført i reforhandlet samarbeidsavtale som gjelder fra 2014. Partene forplikter seg ikke i avtalen til å etablere systemer for tilbakeføring av pasienterfaringer, utover denne generelle henvisningen til brukerundersøkelser. Denne formuleringen er brukt i punkt 7 i rammeavtale mellom kommunene og Helse Førde HF, i punkt 8 i samarbeidsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene, i punkt 9 i overordnet samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene, punkt 8 i samarbeidsavtale Oslo Universitetssykehus, punkt 7 i overordnet samarbeidsavtale Sørlandets sykehus HF og punkt 8 i overordnet samarbeidsavtale Universitetssykehuset Nord-Norge. I punkt 7 i avtale mellom Helse Bergen og 22 kommuner i Hordaland er følgende formulering brukt: «Brukarmedverknad skal også sikrast ved at det regelmessig og systematisk vert gjennomført brukarundersøking hos alle involverte partar.» Forslaget i den nasjonale veilederen er altså fulgt opp av alle de nevnte avtalene, slik at den i praksis har virket som en standardavtale. Det som er helt fraværende i samarbeidsavtalene, er avtalefestede systemer knyttet til implementering av pasient- og brukererfaringer i avtaleforhandlingene etter kravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd.

DISKUSJON

Styrken ved studien er at den tar utgangspunkt i ulike typer datakilder, som samlet sett indikerer hvordan helseforetak og kommuner, primært i Helse Midt-Norge RHF, har oversatt og fulgt opp nasjonale anbefalinger om brukarmedverknad på systemnivå i samhandlingsreformen. En svakhet ved studien er at også andre typer datakilder kunne vært brukt til å nyansere bildet om brukarmedverknad i samhandlingsreformen. Vi har kjennskap til pågående, men ennå upublisert forskning med lignende tematikk, som på sikt kan utfylle og nyansere bildet av det man har kunnskap om når det gjelder brukarmedverknad i reformen (Solbjør, Ljunggren og Kleiven 2014).

Ifølge Matland (1995) tar en organisasjonsteoretisk «top-down»-tilnærming på iverksetting utgangspunkt i forhold til graden av samsvar mellom sentrale politiske mål og måten denne (reform)politikken gjennomføres på i praksis. Hovedsakelig har vi i vår artikkel sett på brukarmedverknad i samhandlingsreformen med utgangspunkt i samarbeidsavtalene i den initiale fasen av reformen. Vi har beskrevet hvordan prosessen var styrt fra sentrale

myndigheter overfor lokale myndigheter, og hvilke politiske mål og argumenter som lå til grunn for disse målene. Videre har vi sett på graden av brukerutvalgenes involvering i avtaleprosessene lokalt i det enkelte helseforetak / den enkelte kommune. Våre dokumentdata (møteprotokoller) er sammenholdt med data fra samarbeidsavtalene og den nasjonale surveyen som ble gjennomført blant kommunale helse- og omsorgsledere i 2013.

Våre resultater indikerer at helseforetakene og kommunene i ulik grad har etterlevd nasjonale føringer om brukermedvirkning. Funnene er i tråd med tilbakemeldingene fra kommunale ledere i den nasjonale surveyen (se tabell 4). Manglende brukermedvirkning i ett av de undersøkte helseforetakene (St. Olavs HF) førte til sterke reaksjoner fra brukerhold: «... *Brukerutvalget er imidlertid ikke fornøyd med at de 4 foreliggende avtalene har vært fremforhandlet uten at brukerne har vært tatt med på råd*» (fra møte 21.2.2012, Styresak 4/12 Samhandlingsreformen – avtaler med kommunene). I de to andre helseforetakene ble brukerrepresentanter tatt med på råd da førstegenerasjonsavtalene ble fremforhandlet, og dermed i tråd med nasjonale føringer. Analysene av førstegenerasjonsavtalenes innhold, sett ut fra et juridisk perspektiv, viser at partene (kommuner/helseforetak) ikke har innbakt formuleringer som kunne ha sikret nye praksiser for systematisk innhenting av brukererfaringer.

Tidligere i artikkelen (jf. innledningen) viste vi til Matland (1995) og hans teoretiske firefeltsmodell for å analysere iverksetting av offentlig politikk. Her bruker vi modellen til å få frem mulige fortolkninger av våre funn. «Matland-modellen», på engelsk kalt *The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation* (Matland 1995), gir rom for at det kan være ulike grader av usikkerhet når det gjelder de politiske mål som manifesteres i reformer. Videre vil ofte konfliktpotensialet som bæres frem av reformideer, variere. Vi vil plassere samhandlingsreformens mål for brukermedvirkning i avtaleprosessen i kategorien *experimental implementation* (Matland 1995:165). Idealtypiske trekk her er policy-/iverksettingssettinger som kjennetegnes av høy grad av usikkerhet når det gjelder politiske mål og lav grad av konflikt. Når usikkerheten rundt utfallet av brukermedvirkningspolitikken er stor, og konfliktnivået rundt denne politikken er lav (det var ingen aktører som aktivt gikk imot idealet om brukermedvirkning), vil iverksettingsprosesser ofte foregå som rene prøve-og-feile-prosesser. Selv mener Matland (1995:166) at denne modellkonfigurasjonen har mange likheter med *garbage can* modellen (March og Olsen 1976). Lokale forhold (f.eks. ressurser, geografi, kunnskap og kompetanse, tidligere erfaringer med partssamarbeid m.m.), og av og til tilfeldigheter i beslutningsfasen i den enkelte kommune / det enkelte helseforetak, vil i stor grad bestemme utfallet. Dette fører som regel til variasjon med hensyn til hvordan politiske føringer blir oversatt

lokalt. Vi mener også at tidsfristen som var satt for å inngå lokale avtaler, var knapp. Dette kan ha ført til manglende fokus på brukermedvirkning.

Spørsmålet blir også hva sentrale og lokale myndigheter kunne ha gjort for å sikre større grad av samsvar mellom sentrale mål, dvs. nasjonale målsettinger på dette området, og en mer ensartet lokal praksis. Her vil vi legge frem noen alternativer for hvordan helseforetak/kommuner i fremtiden kan arbeide for å følge opp ambisjonene om økt brukermedvirkning på systemnivå.

I Meld. St. 10 (2012–2013) gis det signaler som må tillegges betydning når innholdet i regelverket om medvirkning og tilbakeføring av pasienterfaringer på systemnivå skal klargjøres. Det er uttalt som en overordnet målsetting for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene at pasienters og brukeres behov skal stå i sentrum, da det er et tegn på god kvalitet på tjenester. Det slås videre fast at formell «brukerrepresentasjon har vært et viktig skritt for å oppnå målet om mer brukerorientering» (se kapittel 4.8). Videre er det uttalt at: «Utvikling av nettbasert helseinformasjon og helsetjenester på nett, sosiale medier og blogger har lagt grunnlag for en ny pasient- og brukerrolle» (se kapittel 4.2). Dette legger til rette for å utvikle systemer for å håndtere tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, slik at slik informasjon inngår som premisser i arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenestene.

Denne form for «behovsdrivet innovasjon» handler om å kartlegge og forstå brukerens behov og bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling av «tjenester og organisasjonsformer». Når brukeren blir involvert i hele forløpet, kan det øke sannsynligheten for å utvikle tjenester og organisasjonsformer som i større grad svarer til brukernes reelle behov. Forutsetninger for å få dette til er «forankring av prinsippene for brukerorientering i alle ledd, oppfølging av resultater og aktiv involvering av pasienter og pårørende i alle plan- og endringsprosesser» (ibid.: kapittel 4.8).

Denne tenkningen er også fulgt opp i NOU 2014: 12 på s. 132–133:

Et tiltak i helsetjenesten kan gi ulike typer effekter, både positive og negative. Den avgjørende effekten er helsegevinster. Verdsetting av helsetilstander bør være basert på pasienters erfaringer eller på velinformerte preferanser i representative befolkningsutvalg.

Innhenting og bruk av pasienterfaringer byr på utfordringer knyttet både til metode for innhenting av slik informasjon og pasienters og ansattes personvern. Dette gjelder ikke minst representativitet, for eksempel dersom det er de mest fornøyde pasientene som har størst ønske om å delta ved tilbakeføring av pasienterfaringer (Rambøll Management Consulting 2010:83). En annen utfordring er knyttet til veksten i antall pasient-/brukerorganisasjoner. Dette fører til økt fragmentering, fordi med en ny spesialitet følger ofte

en ny pasientorganisasjon (Grimsmo, Kirchhoff og Aarseth 2015). Dette gir utfordringer blant annet når det gjelder å ivareta de multisyke sine behov og i forhold til brukermedvirkning.

En tredje utfordring og en forutsetning for pasientmedvirkning vil være at pasienter er «i stand til å danne seg et reelt bilde av de tilbud som finnes og den behandling som blir gitt, samt konsekvenser, risiko for skader og bivirkninger og sannsynlighet for å bli bedre eller helt frisk, ved de ulike tilbud» (Prop. 72 L (2013–2014), kapittel 9.3.4). Ny pasientjournallov (trådt i kraft 1.1.2015) kan åpne opp for etablering av pasientadministrative systemer med pasienterfaringer som vil kunne gi helsetjenesten informasjon og kunnskap som vil ha betydning ved vurderingen av kvaliteten på de tjenester som ytes. Etter ny lovgivning kan pasienter få elektronisk tilgang til egne data. Dette vil kunne gi pasienter informasjon som kan gjøre deres tilbakemeldinger om erfaringer mer treffsikre i kvalitetsarbeidet i tjenestene.

Andre måter å innhente brukererfaringer på kan være 1) at kommuner som samarbeider i forhandlingene om tjenesteavtaler, etablerer et felles brukerutvalg for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, 2) å etablere avtalefestede systemer for tilbakemelding av pasienterfaringer i forløp, for eksempel krav om regelmessig gjennomførte brukerundersøkelser, eller etablering av brukerportaler med elektroniske tilbakemeldingsskjema for pasienter og pårørende, 3) å avtalefeste systemer for å utnytte erfaringsdata i avtaleprosesser som ledd i kvalitetsarbeidet i tjenestene.

Den viktigste konklusjonen vi vil trekke, er at brukermedvirkningen i samhandlingsreformens initiale fase synes å ha vært preget av varierende grad av medvirkning i kommuner og helseforetak. Siden reformen er en rettingsreform, er det imidlertid ikke for sent å etablere bedre systemer for å integrere brukere i utformingen av helsetjenestene.

Når det gjelder kommende reforhandlinger av eksisterende samarbeidsavtaler, er det viktig å ta høyde for tjenestelovgivningens krav om evaluering av tjenesteytelsen, med systematisk innhenting av informasjon om kjenne-tegn ved tjenestene og effekten av tjenesteytelsen. En slik evalueringstilnærming kan kobles direkte til kravene i lovgivningen om innhenting av informasjon om pasienterfaringer. Tjenester skal uansett ytes i samspill mellom den som yter og den som mottar tjenesten. Derfor vil pasienterfaringer være sentral kunnskap i prosessen frem mot reforhandling av nye samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene kan vanskelig oppfylle sin funksjon som et styringsvirkemiddel uten integrering av et pasientperspektiv i avtaleforhandlingene.

REFERANSER

- Aberbach, J.D. og T. Christensen (2014). Why Reforms So Often Disappoint. *The American Review of Public Administration* 44 (1): 3–16. doi: 10.1177/0275074013504128
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4): 216–224.
- Austvoll-Dahlgren, A. og M. Johansen, (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi* 23 (2): 225–230.
- Bache, I. og M. Flinders (2004). *Multi-level governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitiske utvikling det siste sekel*. Tidsskrift for den norske legeforenings skriftserie. Oslo: Den norske legeforening.
- Cain, B.E. (2001). Reform: Political. I: J. S. Editors-in-Chief: Neil og B.B. Paul (red.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 12888–12891). Oxford: Pergamon.
- Crawford, M.J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui, N. Fulop mfl. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325 (7375): 1263. doi: 10.1136/bmj.325.7375.1263
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design* (4. utg.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Eckhoff, T. (2001). *Rettskildelære*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Entwistle, T. og M. Laffin (2003). The multiple strategies of the Local Government Association: partner, player and think-tank? *Policy & Politics* 31 (1): 37–50.
- Fimreite, A.L. og P. Selle (2013). Er offentlige partnerskap mulig? *Tidsskrift for velferdsforskning* 16 (2): 65–78.
- Graver, H.P. (1988). Refleksiv rett og makt. I: A. Born, N. Bredsdorff, L. Hansen og F. Hansson (red.). *Refleksiv ret*. København: Nyt fra samfundsvitenskaberne.
- Grimsmo, A., R. Kirchhoff og T. Aarseth (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier* 17 (3): 3–12.
- Grønmo, S. (2010). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hals, K. (2012). *Statusrapport. Samhandlingsreformens implementeringsfase – kommunale samarbeidsgrupper i avtaleinngåelser med helseforetakene*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Haukelien, H., G. Møller og H. Vike (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. Kommunens Sentralforbund. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a). *Iverksetting av samhandlingsreformen – informasjon om lovpålagte samarbeidsavtaler, ikrafttredelsestidspunkt og arbeidet med en nasjonal veileder*. (201100518-/PO). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/foretak*. Nasjonal veileder: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hill, M. og P. Hupe (2002). *Implementing Public Policy*. London: Sage publication.
- Hoppe, R., H. van de Graaf og A. van Dijk (1987). Implementation research and policy design: problem tractability, policy theory, and feasibility testing. *International Review of Administrative Sciences* 53 (4): 581–604. doi: 10.1177/002085238705300407.
- Hunter, D.J., N. Perkins, C. Bamba, L. Marks, T. Hopkins og T. Blackman (2010). *Partnership Working and the Implications for Governance: issues affecting public health partnerships*. Final report (s. 156): NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Johansen, B. og M. Solbjør (2012). Brukermedvirkning som «universalmiddel» for helsevesenets problemer. I: A. Tjora (red.). *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 307–324). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jordan, A., R.K.W. Wurzel og A. Zito. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies* 53 (3): 477–496. doi: 10.1111/j.1467-9248.2005.00540.x

- Justis- og politidepartementet (2009). *Evaluering av lover*, Veileder.
- Law, J., og E.A. Martin (red.). (2009) *Dictionary of Law* (7. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ljunggren, B. og A.S. Haugset (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013*. Trondheim: Trøndelag Forskning og Utvikling.
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24-30.
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02-61.
- Magnussen, J., K. Vrangbæk og R.B. Saltman (red.) (2009). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes* (1. utg.). Berkshire: Open University Press.
- March, J.G. og J.P. Olsen (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Matland, R.E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 5 (2): 145–174.
- McLaughlin, M. W. (1987). Learning From Experience: Lessons From Policy Implementation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 9 (2): 171–178. doi: 10.3102/01623737009002171
- McQuaid, R. (2010). Theory of organizational partnerships: partnership advantages, disadvantages and success factors. I: S. Osborne (red.). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (s. 127–148). London: Routledge.
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nasjonal veileder 2011. *Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Neuendorf, K.A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks [u.a.]: Sage Publ. Hentet fra <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0656/2001004115-d.html>
- Norges offentlige utredninger (2005). NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norges offentlige utredninger (2014). NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*.
- OECD. (1990). *Partnerships for rural development*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Peters, G. (2010). Meta-governance and public management. I: S.P. Osborne (red.). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (s. 36–51). London: Routledge.
- Pollitt, C. og G. Bouckaert (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State* (3. utg.). Oxford University Press.
- Pressman, J.L. og A.B. Wildavsky (1973). *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

- Prop. 72 L (2013–2014). *Pasientjournalloven og helseregisterloven*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll Management Consulting (2010). *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid – sluttrapport* (s. 90). Oslo: Helsedirektoratet.
- Reitan, M., J. Saglie og E. Smith, (2012). *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Røiseland, A. (2013). Forhandle, friste eller fasilitere? En teoretisk forståelsesramme for styring av offentlig-private partnerskap. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 29 (4): 309–326.
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 24 (1/2): 87–107.
- Saltman, R.B., J. Calltorp og A.A. de Roo (2011). *Health sector innovation and partnershipHealth Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities* (s. 143–172). OECD Publishing, doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-8-en>
- Sand, I.-J. (2013). Nyere tysk retts sosiologi: refleksiv ret, vidensamfund og globalisering. I: O. Hammerslev og M.R. Madsen (red.) *Retts sosiologi: klassiske og moderne perspektiver*. København: Hans Reitzel.
- Schartum, D.W. (2008). *IT-støtte for arbeid med lovsaker*, Complex 4/08. Senter for rettsinformatikk.
- Solbjør, M., B. Ljunggren og H.H. Kleiven (2014). *Blir brukerne hørt i helse reformen?* Lastet ned 29.05.2015 fra <http://www.tfou.no/default.asp?id=1943>.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, Sosial- og helsedirektoratet 2006.
- Tritter, J.Q. og A. McCallum (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76 (2): 156–168. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.05.008.
- Vabo, S.I. (2012). Tiltakende statlig styring av kommunesektoren – også på eldreområdet. I: M. Reitan, J. Saglie og E. Smith (red.). *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Van Meter, D.S. og C.E. Van Horn (1975). The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society* 6 (4): 445–488. doi: 10.1177/009539977500600404.
- Wadmann, S., M. Strandberg-Larsen og K. Vrangbæk (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care* 9: e04.
- Woxholth, G. (2014). *Avtalerett*. Gyldendal Akademisk.

SAMMENDRAG

Artikkelen utforsker i hvilken grad det er samsvar mellom sentrale føringer som lå til grunn for pasient-/brukermedvirkning i den norske samhandlingsreformens initiale fase, og hvordan brukermedvirkningen ble håndtert lokalt av helseforetak og kommuner. Hovedperspektivet er implementeringsteori sett opp mot normative og regulative begrunnelser for brukermedvirkning på systemnivå. Empirien baserer seg på møteprotokoller fra brukerutvalgsmøter i tre helseforetak, lovpålagte samarbeidsavtaler (førstegenerasjonsavtaler) mellom kommuner og helseforetak, og data fra en nasjonal survey som ble gjennomført blant kommunale helse- og omsorgsledere. Resultatene viser at helseforetak og kommuner i varierende grad har etter-

levd overordnede anbefalinger om brukermedvirkning. Videre inneholder de lokale fremforhandlede, lovpålagte samarbeidsavtaler få konkrete formuleringer som kunne ha sikret etablering av nye praksiser for systematisk innhenting av brukererfaringer. En forklaring på våre resultater kan være at de politiske målene i reformen var preget av høy grad av usikkerhet mht. oppnåelse av målene for denne politikken, men lav grad av konflikt om brukermedvirkningsmålene. Denne formen for eksperimentell implementering kan ha ført til en uensartet praksis mht. hvordan politiske signaler ble oversatt lokalt. Ulikheter mellom norske kommuner og stramme tidsfrister da avtalene skulle fremforhandles, sees som supplerende forklaringer.

ABSTRACT

This article examines whether there is consistency between main goals that underlay user participation in the Norwegian Coordination Reform (NCR) initial phase, and how user participation were handled by local health authorities (hospitals) and municipalities (primary care). The main perspective is implementation theory seen against normative and regulative justifications for user participation at system level. The empirical data is based on records from user committee meetings, statutory service agreements (first generation agreements) between municipalities and local health authorities, and data from a national survey conducted among municipal healthcare managers. Results indicate that local health authorities and municipalities in various ways have followed up national recommendations on user participation. Furthermore, service agreements contain few specific formulations that could have secured the establishment of new practices for systematic collection of user experiences. One explanation for our findings can be that the goals for user participation in NCR were characterized by a high level of policy ambiguity and low level of policy conflict. This kind of experimental implementation may have led to a non-uniform practice in regard of how political signals were translated locally. Differences between Norwegian municipalities and tight deadlines when the service agreements were negotiated are seen as alternative explanations.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Forfatterne står i alfabetisk rekkefølge og har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen.

Cand.jur. Åge Brekk er amanuensis ved Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap ved Høgskolen i Molde. Han er utdannet jurist ved Universitetet i Oslo, med et mellomfag i sosiologi. Hovedarbeidsområdet er velferdsrett,

med en spesiell interesse for spørsmål knyttet til lov som styringsvirkemiddel i velferdsstaten.

Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap
Høgskolen i Molde – Vitenskapelig høgskole i logistikk
Postboks 2110
6402 Molde
E-post: age.brekk@himolde.no
Tlf. arbeid: +47 71214205

Cand.polit., ph.d. *Ralf Kirchhoff* er førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Ålesund. Han er utdannet ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Generelle temaer av interesse er helsereformer, koordinerings-/implementeringsproblematikk og endringer i organisasjoner.

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Ålesund
Postboks 1517
6025 Ålesund
E-post: ralf.kirchhoff@hials.no
Tlf. jobb: +47 70161478 ev. + 47 93037991