

En oppsummering av kunnskap

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid

Rita Kristin Klausen



Systematisk arbeid med å involvere brukere sterkere i psykisk helsearbeid i kommunene er nødvendig, og bør derfor være en sentral del av opplæring, utøvelse, utdanning og forskning.

En oppsummering av kunnskap

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid

Rita Kristin Klausen



Systematisk arbeid med å involvere brukere sterkere i psykisk helsearbeid i kommunene er nødvendig, og bør derfor være en sentral del av opplæring, utøvelse, utdanning og forskning.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner.

Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Shutterstock.com

Tittel på oppsummeringen: Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid

Emne: Brukermedvirkning

Delemne: Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid

Forfatter: Rita Kristin Klausen

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, nord

Emneredaktør: Rita Kristin Klausen,

Kontaktpersoner: Rita Kristin Klausen,

Oppsummering nr 4

Mars 2016

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN: 978-82-8340-051-9

ISSN: 2464-4382

Oppsummeringen finnes på:
www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

SAMMENDRAG	7
ABSTRACT IN ENGLISH	9
HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER	11
INNLEDNING	13
Om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid	13
Bakgrunn - aktualitet og utbredelse	15
METODE	19
Søkestrategi	19
Utvalg og kvalitetsvurdering av publikasjoner	21
Analyse	22
LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER	23
Offentlige utredninger og meldinger til Stortinget	24
Faglige retningslinjer og veiledere	26
Andre sentrale dokumenter	28
BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID	29
Generell kunnskap om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid	29
Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester	32
Brukerkompetanse i psykisk helsearbeid og forskning	33
Medarbeidere med brukererfaring og erfaringskonsulenter i kommunene	36
Brukermedvirkning i psykisk helse- og rusarbeid	38
Brukermedvirkning og etikk i psykisk helsearbeid	39
RESSURSER	41
Verktøy	41
KONKLUSJONER	43
Essenser og trender	43
Noen forutsetninger for å lykkes	44
Hva trengs det mer kunnskap om?	45
REFERANSER	47

SAMMENDRAG

BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID

Denne oppsummeringen gir et innblikk i brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i en norsk kontekst, med en særlig vekt på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Brukerne er voksne personer (over 18 år) som mottar tjenester direkte, eller personer som blir berørt av tjenesten indirekte. Oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid, lover og forskrifter, offentlige dokument og annet materiale som kan gi den enkelte leser oversikt over temaet.

SENTRALE UTVIKLINGSTREKK

Brukermedvirkning stiller store krav til både tjenesteutøvere og kommunene. Det er et økende behov for brukermedvirkning for å kunne utvikle det psykiske helsearbeidet i kommunene. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid er i dag lite systematisert. Det er ikke en *innarbeidet del* av det psykiske helsearbeidet i de fleste kommunene, hverken ved individuell behandling eller ved organisatoriske beslutninger. Brukermedvirkning rommer mange ulike former for medvirkning i psykisk helsearbeid, alt fra bruker-deltakelse i kommunale råd til at brukerne uttrykker egne ønsker og behov under behandling.

Recovery beskrives som en grunnlagsforståelse og et fundament i det psykiske helsearbeidet i norske kommuner. En forutsetning for *recovery*-orienterte helsetjenester er ansettelse av medarbeidere med brukererfaring.

Med utviklingen mot mer kommunale tjenester, har det også skjedd endring i synet på pasientrollen i psykisk helsearbeid. Fra å være tilskrevet en passiv mottakerrolle, blir brukeren nå ansett som en aktiv deltaker i behandlingen. Den nye rollen krever at brukerne tilegner seg og bruker sin erfaringskompetanse, samt at ansatte er innstilte på å la brukerne medvirke.

Medarbeidere med brukererfaring og erfaringskonsulenter er et av resultatene innenfor nytenkningen i fagfeltet. Det er uenighet i feltet hva gjelder både krav til kompetanse, utdanning og forventninger til utføring av arbeidet for erfaringskonsulenter. Ordninger med brukeransatte er ennå ny, og mye er uavklart.

Fagmiljøene preges av rask diagnostisering, standardisering av prosedyrer med manualer og generaliserte, evidensbaserte behandlingsformer som vanskeliggjør brukermedvirkning.

UTFORDRINGER OG BEHOV

Norske kommuner har hatt mest oppmerksomhet på brukervedvirkning på systemnivå. Mye av brukervedvirkningen i praksis skjer imidlertid som individuell tilpasning i relasjonen mellom brukere og kommunale tjenesteytere. Det er behov for å arbeide mer systematisk med implementering av brukervedvirkning på individuelt plan i kommunene. Videre er det et behov for flere ansettelser av brukere med egenerfaring. Dette krever blant annet gode utdanningsforløp for brukere som ønsker å arbeide som erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring, og etablering av rutiner for ansettelser i kommunene. Det er også nødvendig med mer oppmerksomhet på brukernes vedvirkning i kommunale utviklingsprosjekter og i forskning. Kunnskap om brukervedvirkning er nødvendig og nyttig i de kommunale tjenestene, og vedvirkning bør derfor inn som en mer sentral del av opplæring, utøvelse, utdanning og forskning.

ABSTRACT IN ENGLISH

USER INVOLVEMENT IN MENTAL HEALTH CARE

This publication is based on a review of the research literature and the grey literature on the topic user involvement in mental health work with a particular emphasis on health and care services in communities. Users are defined as adults (over 18 years) who receive mental health services, or people who are affected by the service indirectly. The publications provide knowledge about central research and development, laws and regulations, government documents and other material that could give the individual reader an overview of the topic.

KEY DEVELOPMENTS

User involvement makes great demands on both service users, service providers, and communities. User involvement is necessary in order to provide high quality mental health care. User involvement in Norwegian communities is currently not systematically organized. It is not an integral part of mental health services in most communities, by either individual treatment or organizational decisions. User involvement can accommodate different forms in mental health care, ranging from user representation in community councils to users expressing their own wishes and needs during treatment.

Recovery is described as a basis understanding and a foundation in the mental health care in Norwegian communities. A precondition for recovery-oriented healthcare is the hiring of employees with user experience.

With the political processes and organizational changes towards more local community services, there has also been a change in the view of the patient role. From being in a passive role as a mental health service user, one is now expected to be an active participant in the treatment. The new role requires users to practice their experience competence, and it requires the professionals to let users participate.

Employees with user experience is one of the results within the innovation in the field. There is controversy in the field as regards both requirements for expertise, education and expectations for the work of employees with user experience. Programs with user employees are new, and much is unclear.

Policy guidelines in Norwegian mental health care encourages rapid diagnosis, standardization of procedures with manuals and generalized, evidence-based therapies that makes implementing user involvement into services even more complex.

CHALLENGES AND NEEDS

Norwegian communities have paid more attention to user involvement at the system level. However, user involvement is most frequently practiced as individual adjustment of the relationship between users and professionals. There is a need to focus on systematic implementation of user involvement on an individual level in Norwegian communities. Furthermore, there is a need for a wide specter of user employment in the communities. Consequently, education for mental health service users who want to work as experience consultants or employees with user experience is required, and it is important to establish procedures for such employment in the communities. It is also necessary to pay more attention to user involvement and participation in research and community development projects. User involvement knowledge is necessary and useful in community mental health services, and should be a more central part of practice, education and research.

HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig forsknings- og utviklingsprosjekter, oppsummering av kunnskap og offentlige dokumenter knyttet til ulike emner.

Denne oppsummeringen gir en oversikt over retningslinjer og sentrale offentlige føringer som regulerer brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Oppsummeringen beskriver også deler av forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler brukermedvirkning i psykisk helsearbeid¹. Det er utfordrende å innføre brukermedvirkning i praksis. Oppsummeringen har som hensikt å gi leseren innføring i temaet, og gi innblikk i hvordan brukerne kan medvirke og delta ved å vise frem konkrete eksempler.

Følgende spørsmål har vært styrende i arbeidet:

- Hvilke faglige, juridiske og politiske føringer gjelder?
- Hvilke utfordringer knyttet til brukermedvirkning i psykisk helsearbeid er beskrevet?
- Hva er utprøvd i kommunale helse og omsorgstjenester i Norge?
- Hvilke erfaringer er gjort?

¹ Temaet brukermedvirkning er stort og omfattende. Omsorgsbiblioteket planlegger flere oppsummeringer knyttet til eksempelvis brukermedvirkning i psykisk helse- og rusarbeid, brukermedvirkning i demensomsorg, brukerkompetanse, pårørende, brukermedvirkning i helseforskning, brukermedvirkning i forhold til somatisk sykdom med mer.

INNLEDNING

OM BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester er tema for oppsummeringen. Psykisk helsearbeid fokuserer på psykisk helse, inkludert tiltak til mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, familie og nettverk. Ivaretagelse av brukerperspektiv og utvikling av relasjonskompetanse er sentrale verdier innenfor psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et paraplybegrep som er avhengig av tverrfaglighet, både hva gjelder tilfang, praksis og samarbeid (Hummelvoll & Dahl, 2012). Samarbeid med brukergrupper og frivillige organisasjoner anses som viktig.

Definisjoner av brukermidvirkning inkluderer en rekke forskjellige perspektiver; fra aktiv deltakelse på mikronivå til tjenesteplanlegging og deltakelse i forskningsarenaer på makronivå (Tait & Lester, 2005). Den klassiske 'brukermidvirkningsstigen' av Arnstein (1969) beskriver åtte trinn av deltakelse. De to første trinnene, manipulasjon og terapi, beskriver deltakelse uten å delegerer makt. Det neste nivået på stigen er knyttet til symbolsk engasjement: informasjon og konsultasjon. De neste tre trinnene beskriver ekte former for deltakelse: partnerskap, delegert makt og borgerkontroll (Haukelien, Møller, & Vike, 2011). Deltakelse kan forekomme i mange former, og ifølge Arnstein (1969) innebærer reell deltakelse en omfordeling av makt (Rise, 2012a). Sverdrup, Kristofersen og Myrvold (2005) beskriver instrumentell brukermidvirkning hvor formålet er å forbedre tjenesteapparatet. I denne sammenhengen er brukermidvirkning et middel for å rette opp svikt og brister i tjenestene, og skape bedre samordning av tjenestene på både individ- og ulike systemnivå. Videre beskriver Sverdup et al. (ibid.) terapeutisk brukermidvirkning hvor fokus er å gi brukeren et mer aktivt forhold til egen lidelse og behandling, som kan styrke den enkeltes mestringsevne. Denne tilnærmingen vektlegger at brukeren skal ta i bruk egne ressurser for å medvirke.

Brukermedvirkning er både et virkemiddel for å oppnå bedre tjenester, det har en egenverdi i form av at brukere av helsetjenestene skal kunne være med på å bestemme over egne liv, og det har en terapeutisk effekt ved å kunne bidra til bedringsprosesser.

Aspekter og definisjoner av brukermidvirkning er tidvis like og overlappende, men også forskjellige (Rise, 2012a). Brukermedvirkning defineres på ulike måter; noen deler begrepet inn i grader av deltakelse (Arnstein, 1969), mens andre anser deltakelse som en sammenheng eller et kontinuum som er påvirket av den mentale tilstanden til brukeren på ulike tidspunkter (Hickey & Kipping, 1998). En kvalitativ undersøkelse av Lammers og Happell (2003) viste at brukere vurderte medvirkning til å være et valg som gjøres av den enkelte, basert på den enkeltes evne. Thompson (2007) definerer deltakelse som medbestemmelser som gjøres av pasienter og fagfolk, og dette forekommer bare gjennom gjensidige relasjoner av dialog og felles beslutninger. Ifølge Rise (2012a:27) gir ulike definisjoner et inntrykk av et bredt, mangfoldig, komplekst, og heller uklart fagområde.

I en studie av Mathisen, Obstfelder, Lorem og Måseide (2015) defineres brukermedvirkning som 'situasjonsbestemte hendelser kjennetegnet av relasjonelt arbeid som skjer prosessuelt, karakterisert av interaksjon og samhandling som forutsetning og resultat'. Denne studien fokuserer på utførelse av brukermedvirkning fra de ansattes perspektiv, og dataen er innsamlet ved tre ulike distriktpsikiatriske sentre i Norge. En annen studie som innhentet data fra tre distriktpsikiatriske sentre i Nord-Norge (Klausen, 2015; Klausen, Karlsson, Haugsgjerd, & Lorem, 2015; Klausen, Lorem, & Haugsgjerd, 2013) fokuserer på brukernes fortellinger og perspektiver knyttet til brukermedvirkning. I samsvar med denne studien defineres brukermedvirkning i denne oppsummeringen fra et pasientperspektiv som rett til informasjon, deltakelse og reell innvirkning. Brukermedvirkning er koblet til sosiale sammenhenger, og brukermedvirkning kan tolkes i mange retninger. Deltakerne i studien til Klausen understreket viktigheten av å forstå brukerinvolvering som individuelt forankret innenfor relasjonelle rammer. Ulike brukere deltar i sin egen behandling på ulike måter, og det er viktig for de profesjonelle å motivere den enkelte brukers engasjement (Klausen, 2015; Klausen et al. 2015; Klausen et al. 2013).

Ifølge Storm et al. (2011) har norsk lov sikret deltakerrettigheter for pasienter i beslutninger knyttet til utforming og gjennomføring av helsetjenester. Brukermedvirkning er blitt en grunnleggende rettighet i psykisk helsearbeid i Norge og er vanligvis delt inn i tre nivåer: individnivå, systemnivå og politisk nivåer.

På individnivå er brukerinvolvering definert som deltakelse i valg, utforming og bruk av tjenester. Helsepersonell som jobber direkte i behandling, vil jobbe med brukermedvirkning på dette nivået (Grytten, 2013). Brukeren skal gis anledning til innflytelse på helsetilbudet som mottas.

På system-nivå innebærer begrepet at brukere inngår i et likeverdig partnerskap med de profesjonelle og er aktive i planlegging og beslutningsprosesser relatert til behandling gjennom hele prosessen. Brukermedvirkning på systemnivå kan foregå på flere nivåer i organisasjonen og omhandle både forebygging og behandling (Grytten, 2013).

Brukermedvirkning på politisk nivå er definert som en aktiv rolle i ulike brukergrupper og organisasjoner knyttet til politiske prosesser (Haukelien et al., 2011). Den vanligste typen av slikt brukerengasjement i Norge har vært rådgivende styrer med representanter fra ulike brukerorganisasjoner som gir tilbakemelding på tjenestene, gir anbefalinger for tjenesteutvikling og som innhenter tilbakemeldinger fra pasienter (Andreassen, 2007).

I denne oppsummeringen tilføres et fjerde nivå av brukermedvirkning, nemlig brukermedvirkning i forskning². Norges forskningsråd (NFR) holdt i 2014 en stor nasjonal konferanse som omhandlet dette temaet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ønsker mer brukermedvirkning i helseforskningen. På den måten vil man sikre at forskningen skal få en større nytteverdi både for brukeren og pasienten, for samfunnet, og for helsetjenestene. HODs føring tilsier at helseforskerne må belage seg på en fremtid der brukermedvirkning i forskningen er det normale³. Det er også et mål at brukere involverer seg mer i fagutviklingsprosjekter i kommunene på systemnivå.

Emnet brukermedvirkning er i denne sammenhengen avgrenset til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester i psykisk helsearbeid (for voksne brukere), men noe av dokumentasjonen er også knyttet til spesialisthelsetjenesten og overganger

² Brukermedvirkning i forskning vil bli ytterligere behandlet i en egen fremtidig oppsummering, men det er viktig å nevne som et fjerde nivå av brukermedvirkning i denne sammenhengen.

³ Se nærmere: http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Fremtiden_tilhrer_de_%E2%80%A6rsker-ne/1254001963911?WT.mc_id=nyhetsbrev-ForskningsradetNorsk

mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Volden (2016) omtaler for øvrig de kommunale helse- og omsorgstjenestene innenfor feltet som lokale og *kontekstbaserte*; det er en interessant tolkning av det psykiske helsearbeidet i kommunene som nærmere brukerne enn spesialisthelsetjenestene.

Denne oppsummeringen fokuserer særlig på brukerkompetanse i psykisk helsearbeid, da dette er et satsningsområde i vekst.

BAKGRUNN – AKTUALITET OG UTBREDELSE

Tradisjonelt sett har brukernes og pårørendes erfaringer blitt lite vektlagt innenfor psykisk helsevern og helsearbeid. Brukermedvirkning er et viktig satsningsområde i dag, og det anses å ha stor betydning for kvalitet av tjenestene og pasientsikkerhet (Grytten, 2013; Storm, 2010). I Norden og Norge skjøt deinstitutionaliseringen⁴ fart på 1970-tallet. Fagmiljøet hentet inspirasjon fra blant annet demokratiseringen av psykiatrien i Italia (Skårderud, 1984). Mens nedbyggingen av institusjoner for psykisk utviklingshemmede i Norge ble styrt, med overføring av øremerkede økonomiske midler fra fylke til kommune, var det annerledes med de psykiatriske sykehusene. Innenfor psykisk helsevern har det skjedd en skjult reform, som har manglet koordinering og planer (Romøren, 2001). Innenfor psykiatrien handlet dette om «et komplisert samspill mellom økonomi, ideologiske endringer, forskning og faglige endringer» (Ekeland, 2011:9). Forskning på negative konsekvenser av deinstitutionalisering og fokus på enkeltindividets rettigheter sto i fokus. Deinstitutionaliseringen medførte en overgang fra spesialisthelsetjenesten til mer kommunalt basert psykisk helsearbeid, hvor brukernes medvirkning var innebygd i den daglige omsorgen. Med Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid (1998) og St.prp.nr. 63 (1997–1998) ble den politiske agendaen for brukermedvirkning i Norge satt. Målet var å oppfordre til deltakelse, integrering og medborgerskap for brukere av psykiske helsetjenester. Man ville bort fra stigmatisering og gruppetenkning. Brukermedvirkning ble en lovfestet rettighet i Pasientrettighetsloven (1999), og målet var et mest mulig normalt liv, økt livskvalitet og deltakelse i samfunns livet for den enkelte bruker (Ekeland, 2011).

I dag er det en ideologisk enighet om en brukerorientert praksis i psykiatrien (Storm, Rennesund, Jensen, & Mikkelsen, 2009). Brukermedvirkning er både en lovfestet rettighet og et virkemiddel for å sikre ivaretagelse av brukernes behov for pleie og behandling. Et sentralt mål for forbedringen er å styrke brukernes rettighet til å medvirke i utforming og utøvelse av tjenestetilbudet. Dette krever at brukerne blir likeverdige partnere i bedringsarbeidet (Saraceno, 2009). Brukermedvirkning har vært ansett som et tiltak for å sikre mer fokuserte, effektive, kundeorienterte og serviceinnstilte helsetjenester (Andreassen, 2007). Deltakelse er altså å anse som en viktig funksjon i de nye helsereformene, der målsettingen er å forme helsepolitikk og sikre et mer pasientfokusert helsevesen (Pizzo, Doyle, Matthews, & Barlow, 2014).

Mye av litteraturen som omtaler brukermedvirkning er normativ; det vil si at den gir råd om hvordan medvirkning bør gjennomføres fremfor å si noe om hvordan brukermedvirkning foregår i praksis (Haukelien et al., 2011:41). Utfordringen er å få til reell medvirkning i praksis. Ifølge den såkalte normaliseringsteorien (May et al., 2009)

⁴ Deinstitutionalisering beskriver prosessen med å erstatte langtidsopphold på psykiatriske sykehus med andre psykiske helsetjenester nærmere hjemmet.

kreves det en rekke forutsetninger for at en ny praksis (i dette tilfellet brukermidvirkning) skal kunne etableres og bli en normalisert del av en organisasjons arbeid:

- Brukermidvirkning må fremstå som meningsfullt, tydelig og anvendelig.
- De som skal delta i brukermidvirkning, må være forberedt på å bruke tid og krefter på arbeidet.
- Brukermidvirkning må være i samsvar med organisasjonens mål og arbeid.
- Implementering av brukermidvirkning bør også evalueres underveis (Rise, 2012b).

Det er mange mulige hindringer i arbeidet med å implementere brukermidvirkning som en naturlig del av helsetjenesten. I kronikken «Mer brukermidvirkning?» presenterer Rise (2012:1883) flere grunnleggende spørsmål man bør reflektere over:

- Hvorfor skal brukere involveres? Fordi det er riktig, eller for at myndighetene har bestemt det?
- Hva skal brukermidvirkning innebære?
- Hvilken rolle skal brukerne ha?
- Er helsevesenet forberedt på å involvere brukerne i beslutningsprosesser der de viktige beslutningene tas?
- Hvilke effekter og endringer forventer man seg av brukermidvirkning?
- Hvordan skal en eventuell effekt evalueres?

Ifølge Rise (2012:1883) er ikke norsk helsevesen tjent med «ineffektive og demotiverende forsøk på å innføre tiltak for økt brukermidvirkning». Så hvordan praktiseres brukermidvirkning i det psykiske helsearbeidet i norske kommuner?

Utbredelsen og realiseringen av brukermidvirkning varierer mye mellom norske kommuner (Haukelien et al., 2011). I 2008 hadde rundt halvparten av norske kommuner innført serviceerklæringer i pleie- og omsorgssektoren, mens svært få kommuner hadde innført fritt brukervalg (ibid.). Brukermidvirkning skjer imidlertid primært i relasjonen mellom bruker og tjenesteyter, og dette er en form for midvirkning som er vanskelig å fange opp i brede kartleggingsundersøkelser. Haukelien et al (2011:12) stiller spørsmål hvorvidt man kan snakke om reell brukermidvirkning i norske kommuner, eller om midvirkningen bærer preg av å være «virkemidler uten reell betydning». Haukelien et al (ibid) påpeker at det er en viss utbredelse av systemer for midvirkning i norske kommuner, men disse garanterer ikke reell brukermidvirkning. Norske kommuner har hatt mest oppmerksomhet på brukermidvirkning på systemnivå, med fokus på utvikling av ordninger som serviceerklæringer, brukerundersøkelser og brukervalg (Myrvold, 2012).

Ulike midler for å fremme brukermidvirkning er knyttet til institusjoner, individer eller forvaltningen (Haukelien et al., 2011). De institusjonelle virkemidlene dreier seg om strukturelle virkemidler i form av brukerrepresentasjon i styre, råd og tilsvarende ledelses- eller rådgivningsorganer. De prosessuelle virkemidlene handler om brukermøteplasser og systemisk innsamling av informasjon fra brukere. De individuelle virkemidlene for midvirkning omhandler frie brukervalg, brukerorientert myndiggjøring (empowerment), brukerstyrt personlig assistanse og andre ordninger som omhandler eksempelvis ansvarsgruppemøter, individuell plan og midvirkning blant pårørende. De forvaltningsbaserte virkemidlene handler om en brukerrettet tilpasning av tjenestene,

altså at tjenestene utformes etter brukernes ønsker og behov. En annen metode er knytta til forvaltningsbasert myndiggjøring av brukeren, altså krav eller vilkår som skal gjøre brukeren i stand til å medvirke.

En utfordring av nyere dato når det gjelder brukermedvirkning, er den planlagte innføringen av pakkeforløp for psykisk helse som skal innføres innen 2020. Dette vil også medføre konsekvenser for brukerne av kommunale helsetjenester. Pakkeforløpene er en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsløp skal ta. Det er Helsedirektoratet som skal utarbeide pakkeforløpene, i samarbeid med fagmiljø og brukerorganisasjoner. Helse Midt- Norge startet allerede opp med pakkeforløp innen psykiatrien i 2014, og innfører et standardisert pakkeforløp i 2016. Pakkeforløpene vil omfatte flere diagnosegrupper, og skal sikre at alle får samme behandlingstilbud. Styresmaktene har en tosidig dagsorden, ifølge Aarre (2016). På den ene side skal man ta hensyn til individuelle ønsker og behov, og på den andre siden skal man følge nasjonale retningslinjer med standardiserte forløp. Dette vanskeliggjør brukermedvirkning.

METODE

En oppsummering av kunnskap redegjør for hva forskning, utviklingsprosjekter og annet relevant materiale sier om et bestemt tema. Oppsummeringer om kunnskap utføres ved at forskere samler sammen studier og annet materiale som omhandler temaet, og tar med seg videre de studiene og det materialet de mener holder tilstrekkelig god kvalitet. Forskerne undersøker deretter innholdet i disse studiene og prosjektene. I denne oppsummeringen beskrives både forskning og utviklingsprosjekter. Utviklingsprosjektene omfatter kommunale prosjekter som har brukermedvirkning i psykisk helsearbeid som fokus. Masteroppgaver omtales som utviklingsprosjekter i oppsummeringen.

SØKESTRATEGI

Emneredaktør søkte systematisk etter følgende dokumenter:

- offentlige styringsdokumenter
- fagfelleverdert forskning/vitenskapelige arbeider
- ikke fagfelleverdert forskning/vitenskapelige arbeider
- rapporter fra utviklingsprosjekt
- pågående prosjekter
- faglitteratur
- verktøy og hjelpemidler
- andre ressurser (filmer, skjønnlitteratur, blogger, nettsider, tidsskrifter og lignende)

Det er gjort søk i følgende søkemotorer: ORIA, Svemed+, Munin open research archive, CINAHL, PsycInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline og Helsebiblioteket, Google scholar, samt på offentlige nettsteder (Regjeringen, Lovdata, Helsedirektoratet). Søk har også vært gjort via vitenskapelige tidsskrifter, fagtidsskrifter, utviklingssenter.no, Idunn.no, Erfaringskompetanse.no, KS

(Kommunenes Sentralforbund), NIBR (Norsk Institutt for By- og regionforskning), Kunnskapssenteret, NAPHA (Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid). Søkene er i all hovedsak gjort via internett, men også ved gjennomgang av trykte publikasjoner, samt forespørsler til fagpersoner, brukerorganisasjoner, kolleger og ekspertgruppe.

Videre er en del materiale funnet ved hjelp av kildehenvisninger i andre tekster og materiale. Pågående studier, særlig hva gjelder kommunale prosjekter, har blitt delvis inkludert i oppsummeringen. 81 kommuner har blitt kontaktet med forespørsel om aktuelle utviklingsprosjekter om brukermedvirkning og psykisk helsearbeid. Tre kommuner svarte på forespørselen, hvorav én kommune hadde relevante prosjekt.

Søk etter studier startet i mars 2015 og ble avslutta i november 2015. Noen sentrale studier og materiale som har blitt publisert i etterkant av dette tidsrommet er tatt med. Pågående studier, særlig hva gjelder kommunale prosjekter, er delvis inkludert i oppsummeringen.

Norske søkeord som ble brukt var⁵:

- brukermedvirkning – psykisk helsearbeid
- brukermedvirkning – kommunalt psykisk helsearbeid
- brukermedvirkning – helse- og omsorgstjenester
- brukermedvirkning – psykisk helsearbeid – kommunale helse- og omsorgstjenester
- brukermedvirkning – psykisk helsearbeid – kommunale helse- og omsorgstjenester – voksne brukere
- brukermedvirkning – psykisk helsearbeid – kommunale helse- og omsorgstjenester – Norge
- brukermedvirkning – psykisk helsearbeid – kommunale helse- og omsorgstjenester – Norden
- brukerkompetanse, brukererfaring, erfaringskompetanse

Engelske søkeord som ble brukt, var:

- user involvement – community mental health – Norway
- user involvement – community mental health – Nordic countries
- user participation – community mental health – Norway
- user participation – community mental health – Nordic countries

Det er viktig å påpeke at oppsummeringen baserer seg på et utvalg innsamlet materiale, og den gir ikke et komplett og fullstendig bilde av brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge. Feltet er i stadig utvikling, og endringer skjer fortløpende. Oppsummeringen ønsker først og fremst å tilby leserne kjennskap til mangfoldet og utfordringene innenfor temaet brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i norske helse- og omsorgstjenester.

⁵ I denne oppsummeringen er søkerordene avgrenset til å omfatte «brukermedvirkning». Pasientmedvirkning er et forholdsvis kjent begrep, men som forstås å høre hjemme i en mer medisinsk-orientert kontekst. (jfr. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/07/pasienter-gir-selvmelding-for-ti-me-pa-psykiatrisk-klinikk/>, <http://tidsskriftet.no/article/3053966>). Brukerorganisasjoner og recovery-orienterte miljøer bruker betegnelsen brukermedvirkning mer, noe som samsvarer med språkbruken i denne oppsummeringen.

UTVALG OG KVALITETSVURDERING AV PUBLIKASJONER

Emnet er avgrenset til å omfatte brukermedvirkning i psykisk helsearbeid innenfor konteksten av kommunale helse- og omsorgstjenester. Noe av dokumentasjonen er imidlertid også knyttet til spesialisthelsetjenesten og overganger mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Videre er emnet avgrenset til å gjelde dokumentasjon knyttet til voksne brukere (fra 18 år) av helse- og omsorgstjenestene. Dokumenter som omhandler tema som brukermedvirkning i forbindelse med somatikk, barn og unge, demensomsorg, pårørende og frivillige er ikke inkludert i oppsummeringen. Heller ikke prosjekter som er gjennomført i spesialisthelsetjenesten uten samarbeid med/relevans for kommunene er tatt med. Dokumentene som er tatt med i oppsummeringen er i all hovedsak publisert etter år 2000. Litteratur som er publisert på norsk, andre skandinaviske språk eller engelsk, er inkludert i oppsummeringen.

Det finnes mye verdifull kunnskap som er relevant for temaet brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, som aldri er publisert i artikler, bøker eller rapporter. Denne typen erfaringskunnskap betraktes ikke som mindre verdifull, men den kan være vanskelig å samle, vurdere og evaluere.

NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utvikling) sin definisjon av forskning og utviklingsarbeid ligger til grunn for oppsummeringen (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utvikling, 2015).

Forskning er arbeider som resulterer i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller har intensjon om å gjøre det. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må følgende kriterier være oppfylt:

Publikasjonen må

- presentere ny innsikt
- være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgivelser, nettsted) med rutiner for fagfelleevaluering

Vi inkluderer i tillegg publikasjoner publisert av en forskningsinstitusjon med intern fagfelleevaluering i kategorien forskning.

Utviklingsarbeid er systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

Vi inkluderer mastergradsoppgaver i kategorien utviklingsarbeid.

Øvrig materiale, som ikke faller inn under definisjonene av forskning eller utviklingsarbeid, er inkludert i oppsummeringen ut fra en vurdering av relevans for emnet.

ANALYSE

Alle dokumenter funnet i forbindelse med litteratursøket, er gjennomgått av emneredaktør og vurdert mot inklusjonskriteriene. Utvalgte dokumenter ble deretter vurdert i fulltekst av emneredaktør etter Omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring.

Dokumentene er videre organisert under fem tema. Disse temaene utgjør strukturen for den videre oppsummeringen av kunnskap.

EKSPERTGRUPPE OG INTERN FAGFELLEVVURDERING

Det er oppnevnt en ekspertgruppe for emnet Brukermedvirkning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Ekspertgruppene oppnevnes for toårsperioder. Ekspertgruppen har gitt innspill og tilbakemeldinger på innhold og form på denne oppsummeringen av kunnskap. Følgende personer sitter i ekspertgruppen:

- Tore Ødegaard, fagutviklingskonsulent, Rus- og psykiatritjenesten, Tromsø kommune
- Astrid Weber, erfaringskonsulent, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn
- Ann-Karin Helgesen, førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag
- Trine Pettersen, ACT-teamet i Tromsø
- Hilde Fryberg Eilertsen, demenskoordinator, Tromsø kommune

Oppsummeringen er videre fagfellevurdert av emneredaktør Oddvar Førland i Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning, vest. Den er endelig kommentert og godkjent av hovedredaktør for omsorgsbiblioteket.no, Torunn Hamran, Senter for omsorgsforskning, nord. Publikasjonen ble revidert av forfatteren etter tilbakemeldingsrundene.

LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

I dette kapitlet presenteres utvalgte lover, forskrifter og andre sentrale dokumenter av relevans for brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.

PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN

Det norske lovverket støtter opp om en brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i pasient- og brukerrettighetsloven: Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har som mål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Loven skal fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og forebygge sosiale problemer. Videre sier loven at kommunene skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (§ 7-1.). Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en bruker har behov for tilbud både i kommunen og innenfor spesialisthelsetjenesten, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

LOV OM HELSEPERSONELL M.V.

Helsepersonelloven er en lov som omhandler plikter helsepersonell har. Formålet med loven er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000).

FORSKRIFTEN OM INTERNKONTROLL I SOSIAL- OG HELSETJENESTEN

Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og at sosial- og helse Lovgivingen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I § 4 fremkommer kravet om at den/de som er ansvarlige for virksomheten, skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

OFFENTLIGE UTREDINGER OG MELDINGER TIL STORTINGET

I NOU'ene som særlig tar opp medvirkning i helsetjenestene, kan man spore en oppfordring til stadig mer brukersentrerte tjenester. I NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helse-tjenester stilles det krav om «kartlegging, medvirkning, samtykke og informasjon» for å ivareta tjenestemottakerens autonomi og integritet (NOU 2004:18, s. 17). I NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste er man opptatt av at aktørene «har gjensidig respekt og tillit til hverandre» (NOU 2005:3, s. 15). Videre understrekes den enkeltes rett og brukerorganisasjonenes rett til å medvirke (ibid., s. 16). I NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmel-sesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern foreslås det «å styrke selvbestemmel-sretten» (NOU 2011:9, s. 18). NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg anbefaler «en moderne pårørendepolitikk bygd på likestilling mellom kvinner og menn og partnerskap mellom brukere, nærstående og omsorgstjeneste» (NOU 2011:11, s. 15). I NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten går man lengre; «[b]rukermedvirkning er en demokratisk rettighet og i tråd med verdigrunnlaget i helsetjenesten. Opplæring av pasienter, andre brukere og pårørende til å mestre livet med sykdom og til å delta i utviklingen av helsetjenesten er viktig» (NOU 2014:12, s. 19). Det presiseres at bruker-medvirkning skal skje på alle nivåer i tjenesten, og forbedre praksis.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) legger opp til en klar styrking av det psykiske helsevernet og det psykiske helse-arbeidet, og er sentral for utbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Sentrale tiltak som inngår i planen er blant annet:

- brukerstyring og informasjon
- styrking av tilbudet i kommunene
- omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne
- utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom
- stimulering av utdanning og forskning
- styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak

St. meld. nr. 25 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997) tar for seg forebygging av psykiske lidelser, og tiltak som kan bidra til at psykisk syke får den hjelpen de har behov for. Målet er å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermidvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet.

Stortingsmelding 45 Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene vektlegger at tenestene skal tilrettelegges individuelt. Alle som ønsker det, skal få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig og motta helsetjenestene der. Meldinga vektlegger brukermidvirkning og påpeker at brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester stadig blir yngre. Flere yngre brukere har behov for et tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

STORTINGSMELDING 16 NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN

Stortingsmeldingen fokuserer på at pasienter og brukere vil få en tydeligere rolle i fremtidens tenester. Her peker man på at omsorgsutfordringene de neste ti årene ikke kan overlates til helse- og omsorgstjenesten alene. Man ønsker å involvere de fleste samfunnssektorer og å støtte og videreutvikle det frivillige engasjementet fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011:63).

STORTINGSMELDING 29 MORGENDAGENS OMSORG.

Stortingsmeldingen omtaler brukerne som en ressurs. Regjeringen vektlegger aktivitet, deltakelse og mestring som avgjørende i arbeidet med å styrke brukernes medborger- og medvirkningsansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

STORTINGSMELDING 19 FOLKEHELSEMEDLINGEN. MESTRING OG MULIGHETER

I denne stortingsmeldingen ønsker Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med kommunesektoren, å etablere et folkehelseprogram for kommunene, hvor formålet er å styrke kommunenes arbeid med psykisk helse og rusforebygging. Her understrekes igjen nødvendigheten av å innlemme flere sektorer i det psykiske helsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

STORTINGSMELDING 26 FREMTIDENS PRIMÆRHELSETJENESTE - NÆRHET OG HELHET

Meldingen fokuserer på at fremtidens helsetjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Stortingsmeldingen trekker frem innflytelse over egen hverdag, valgfrihet og større mangfold av tjenestetilbud. Målet er at den enkelte skal få dekket sine grunnleggende behov i nærmiljøet. Samtidig vektlegges det at ansvarsdelingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten ennå er uklar, og dette gjelder spesielt innenfor psykisk helse, rus, pasientoppfølging og rehabilitering. I denne sammenheng trekker man frem større kommuner som en løsning på problemet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

FAGLIGE RETNINGSLINJER OG VEILEDERE

PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE I KOMMUNENE (HELSEDIREKTORATET, 2005)

Dette er en av de sentrale nasjonale faglige retningslinjene som understreker kommunenes nøkkelrolle i det psykiske helsearbeidet. Veilederen fremhever at målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Det er behov for et bredt spekter av tjenester med krav til både formell kompetanse og annen type kompetanse for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette stiller kommunene overfor betydelige utfordringer mht. hvordan det psykiske helsearbeidet best kan organiseres.

RAPPORTEN BRUKERMEDVIRKNING – PSYKISK HELSEFELTET. MÅL, ANBEFALINGER OG TILTAK I OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE (HELSEDIREKTORATET, 2006)

Dette er en rapport som er ment som hjelp for brukere og tjenesteutøvere til å få mer kunnskap om brukermedvirkning, få oversikt over hvilke formelle krav som foreligger om brukermedvirkning, gi oversikt over mål, anbefalinger og tiltak for brukermedvirkning i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998), samt å stimulere til ytterligere utvikling av reell brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2006:5).

SAMMENSATTE TJENESTER – SAMTIDIG BEHANDLING (HELSEDIREKTORATET, 2012)

Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling (Helsedirektoratet, 2012) definerer brukermedvirkning som viktig ut fra et humanistisk og et behandlingsmessig perspektiv fordi brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet.

NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR UTREDNING, BEHANDLING OG OPPFØLGING AV PERSONER MED PSYKOSELIDELSER (HELSEDIREKTORATET, 2013)

Denne rapporten understreker at det er komplisert å få til brukermedvirkning i praksis:

«Det er ikke enkelt å gjøre brukermedvirkning til en praktisk realitet. Brukerne og brukerrepresentantene må få oppleve likeverdighet i forholdet til både behandler og tjenesteapparatet. Når brukerne opplever at erfaringskompetansen deres blir tatt på alvor, fungerer brukermedvirkning i tråd med målsettingen. Brukerne bør bli aktive bidragsytere i behandlingen, og ikke bare passive mottakere av tjenester. For å gjøre dette mulig må helsepersonell få informasjon, opplæring og veiledning i hvordan de skal forholde seg til brukermedvirkning i praksis» (Helsedirektoratet, 2013:24).

PÅRØRENDE - EN RESSURS.

Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (Helsedirektoratet, 2008).

Denne veilederen er sentral med tanke på å lette pårørendes belastninger som omsorgspersoner. Veilederen fokuserer på viktigheten av å anerkjenne pårørendes kunnskap og erfaringer i pasientbehandlingen. God kommunikasjon med pårørende er avgjørende for et godt og helhetlig tjenestetilbud.

SAMMEN OM MESTRING.

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

Veilederen har som formål å synliggjøre brukergruppens behov og understøtte det lokale psykiske helse- og rusarbeidet for voksne. I denne veilederen omtales brukeren som den viktigste aktør, og brukermidvirkning defineres som en demokratisk rettighet og en politisk og faglig målsetting.

VEILEDEREN OM REHABILITERING, HABILITERING, INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR (HELSEDIREKTORATET, 2015)

Denne veilederen trekker særlig frem retten til individuell plan som en styrke i arbeidet med brukermidvirkning. Den individuelle planen skal sikre at pasienter får mer helhetlige og individuelt tilpassa tjenestetilbud, samt at de får medvirke og ha innflytelse over behandlingen. Videre skal planen styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient, bruker og pårørende, og mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivå og sektorer.

NASJONAL PLAN FOR SELVHJELP 2014-2018

Beskriver den nasjonale satsningen på selvorganisert selvhjelp; «[s]elvorganisert selvhjelp representerer en mulighet til å mestre hverdagen på en god måte, med eller uten sykdom og livshemmende problemer» (Helsedirektoratet, 2014). Planen vektlegger en aktiv brukerrolle, og støtter sådan opp om forventinger om en mer aktiv tjenestemottaker som beskrives i flere offentlige dokumenter (ibid.).

ANDRE SENTRALE DOKUMENTER

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2015 til helseforetakene⁶ vektlegger brukermedvirkning i psykisk helsearbeid ved å fokusere på gode pasientforløp og flere tjenester der pasienten bor. Omstilling av det psykiske helsevernet gir nye utfordringer til kommunene, og det er en forutsetning at «omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre helsetilbud enn tidligere» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre mål er å trekke brukere og pårørende inn tidlig i behandling, og vektlegge brukernes erfaringer i utformingen av helsetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Behandlingstilbud innenfor psykisk helse skal utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjoner. Behandlingstilbudene i psykisk helsevern skal i større grad innrettes på en slik måte at personalet jobber mer ambulant, og i tettere samarbeid med kommuner, skoler, barnevern og fengselsvesen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015:48).

I 2011 ga Helsedirektoratet ut en håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunen (Helsedirektoratet, 2011). Denne gir en oversikt over rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen, samt hvordan man skal forholde seg til kommunal forvaltning ved søknad, vedtak og klagebehandling.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene gis normalt ut én gang per år, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>). Disse oppdragsdokumentene er betydningsfulle også for det kommunale psykisk helsearbeidet, da de sier noe om fordeling av oppgaver og ansvar.

BRUKER- MEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID

I dette kapitlet presenteres utvalgte dokumenter som ble funnet gjennom litteratursøket som er beskrevet ovenfor. Emneredaktør har lest og vurdert dokumentene og har videre gruppert dokumentene under fem tema. Disse temaene utgjør strukturen for den videre presentasjonen av kunnskap.

I og med at presentasjonen er strukturert rundt tema, blir forsknings- og utviklingsarbeider (jfr. NIFUs definisjon) presentert om hverandre. Som en hjelp til leseren merkes forskningsarbeider med (F), utviklingsarbeider med (U) og andre faglige publikasjoner med (A) i referanselisten.

GENERELL KUNNSKAP OM BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID

Mange av dokumentene i denne oppsummeringen viser til generell kunnskap om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Psykiater og professor Svein Haugsgjerd har vært en sentral skikkelse i utviklingen av en ny og mer brukervennlig psykiatri, og hans bøker *Lidelsens karakter i ny psykiatri* (1990) og *Grunnlaget for en ny psykiatri* (1986) har vært banebrytende innenfor fagfeltet. Hans seinere arbeid *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009) og *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn* (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, Maizels, & Engell, 2010) gir en innføring i et utfordrende fagfelt. Andre bøker som er mer rettet mot brukermedvirkning i overgangen spesialisthelsetjenesten og kommunene, er eksempelvis *Manifest for psykisk helsevern* (2010) hvor spesialist i psykiatri Trond Aarre taler for en mer brukervennlig psykiatri. Aarre er opptatt av en mer utadventd helsetjeneste som tilpasser seg behovene i sitt opptaksområde. Aarre er også medredaktør i boka *Praktisk psykiatri* (2012), som fokuserer på økt brukermedvirkning og formidler hva det vil si å være psykiatrisk pasient. Myhra (2012) belyser videre ulike sider ved brukermedvirkning i boka *Fra bruker til samarbeidspartner*, og understreker at det er et stadig større behov for brukernes kompetanse. Andre sentrale bøker er Norvoll (2013) *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*, Andreassen (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* og Almvik & Borge (red.) (2014) *Å sette farger på livet. Helhetlig*

psykisk helsearbeid. Sistnevnte er en oppfølger til bøkene Tusenkunstnerne – mulighet og mangfold i psykisk helsearbeid (2000) og Psykisk helsearbeid i nye sko (2006). Disse tre bøkene retter seg særlig mot lokalbaserte tjenester som bygger på brukernes behov. En helhetlig brukeroppfølgning argumenterer for tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Videre har Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser (2014) av Borg og Topor vært sentral innenfor den norske recovery-orienteringen. Borg og Karlsson med flere har publisert flere vitenskapelige artikler som omhandler temaet recovery (Borg & Davidson, 2008; Borg & Karlsson, 2011; Borg & Karlsson, 2013; Borg, Karlsson, & Kim, 2009; Borg, Karlsson, Lofthus, & Davidson, 2011; Borg & Kristiansen, 2004; Davidson et al., 2005; Topor et al., 2006). Ifølge Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) har recovery som begrep og kunnskapsområde blitt særlig viktig innen norske brukermiljøer og kommunalt psykisk helsearbeid de siste årene. Orienteringen retter seg mot en mer likeverdig samarbeidsform mellom brukere og fagpersoner, og recovery forstås i norsk kontekst som bedringsprosesser:

«Recovery som begrep og kunnskapsområde tillegges forskjellig innhold og forståelse, der to ulike kilder til kunnskapsutvikling fremstår. Den ene er orientert mot behandlingsresultater og effektorientert forskning og den andre mot forskning innen brukererfaringer og erfaringsbasert kunnskap med hva som støtter recoveryprosesser i vid forstand. Det presenteres tre definisjoner som det ofte vises til i forskningslitteraturen: Recovery som en personlig prosess, recovery som en sosial prosess og recovery som et resultat eller klinisk recovery. Selv om recovery fremstilles forskjellig, er det noen fellestrekk i den erfaringsbaserte forskningen. Recovery handler om personens perspektiver på hva som hjelper og den enkeltes egen innsats for å ta kontroll, finne mening, håndtere konsekvensene» (Borg et al., 2013:18).

Senter for psykisk helse (SFPR), Asker kommune og Erfaringskompetanse.no har samarbeidet om utvikling av recovery-verksteder i Asker kommune (Johnson & Wilhelmson, 2014). Målet var å utvikle og styrke recovery-orientert praksis, samt å utvikle recovery-modeller som kan overføres til andre kommuner.

Det er en sterk vektlegging av behovet for brukermedvirkning i flere miljø som er opptatt av psykisk helsearbeid. Storms avhandling Service user involvement in in-patient-mental health services (2010) viser at det er liten grad av brukermedvirkning i utvikling og utforming av tjenestetilbudet på distriktpsykiatriske sentre, men det er forskjeller mellom sentrene. I avhandlingen undersøkte Storm brukermedvirkning i døgnavdelinger ved fem distriktpsykiatriske sentre. Hensikten var å kartlegge hvordan helsepersonell og pasienter vurderer gjennomføringen av brukermedvirkning, samt å studere betydningen av et intervensjonsprogram med fokus på brukermedvirkning. Ifølge Storm (2010) har helsepersonell behov for spesifikk trening i metoder for å øke brukermedvirkning, og det er nødvendig å styrke pasientene i å medvirke. Storms vitenskapelige arbeid knyttet til brukermedvirkning (Storm, 2010; Storm & Davidson, 2010; Storm & Edwards, 2013; Storm et al., 2011; Storm et al., 2009) må kunne sies å ha overføringsverdi til psykisk helsearbeid i kommunene.

Et overordnet mål for Elstads doktorgradsavhandling (2014) var å bidra med kunnskap om sosial samhandling, aktiviteter og brukermedvirkning i lavterskeltilbud innen kommunalt psykisk helsearbeid, hva deltakelse i slike settinger betyr for tjenestebrukere i deres dagligliv, og hvordan ansatte i den samme tjenesten opplever sitt arbeid

og sin rolle. Tjenester med en åpen, fleksibel organisering, som tilbyr både støtte fra ansatte og brukere seg imellom, har blitt anbefalt som en del av en «recovery-orientert» tilnærming i psykisk helsearbeid. I Norge anbefales slike lavterskeltilbud som en helsefremmende strategi. Resultat fra Elstads studie viser at en blanding av profesjonell hjelp og brukermedvirkning gir brukere muligheter for både å motta sosial støtte og delta aktivt; noe som kan bidra til en utvikling av gjensidige relasjoner i dagliglivet.

I doktorgradsavhandlingen til Rise (2012a) trekker hun særlig frem at det er komplisert å få til reell brukermedvirkning i praksis. Respekt, dialog og felles beslutningsprosesser er sentrale aspekter ved brukermedvirkning. Rise (2012a) viser i sin avhandling at viktige beslutninger ble forhandlet mens brukeren opplevde dårlige faser av sin psykiske lidelse. Dette gjorde brukermedvirkning vanskelig. Habberstad (2015) beskriver samarbeidet mellom flere brukerorganisasjoner i Norge og det psykisk helsefeltet i Livorno, Italia, som inspirerende for utviklingen av brukermedvirkning. Kjøstvedt (2015) beskriver Kristiansand kommunes endringsarbeid etter Stortingsmelding 25 (1997), med vektlegging av en mangfoldig tjeneste. Kjøstvedt trekker også frem miljøet i Livorno som en viktig inspirasjonskilde. Habberstad og Kjøstvedt vektlegger utviklingen av den demokratiske psykiatrien fra den italienske konteksten, med fokus på borgerrettigheter for alle – også psykiatriske pasienter. Helsetjenestene må legge til rette for samarbeid og sosial deltakelse, slik at mennesker med psykiske lidelser også er aktive deltakere i samfunnet (Kjøstvedt, 2015). Kunnskapssentret fremhever i sin oppsummering Forbilledlig samhandling med brukere og pårørende i Italia (Konsmo, 2016) fagmiljøet i Trento, hvor erfarne brukere og familiemedlemmer er ansatt i et likeverdig samarbeid i ulike deler av tjenestene for personer med alvorlig psykiske lidelser. Inspirasjonen fra italiensk, demokratisk psykiatri er velkjent innen fagmiljøet (Husøy, 2012; Skårderud, 1984) og det kan se ut som denne trenden tiltar. De grunnleggende prinsippene i denne italienske tilnærmingen handler om at brukere og deres familie får hjelp der de bor, alle tjenester og enheter er integrert i et system og det er en kontinuitet i tilbudet (Konsmo, 2016).

I masteroppgaven Brukermedvirkning i praksis. Lederes erfaring med brukermedvirkning i psykisk helsevern (Grytten, 2013) understreker forfatteren at det er forhold som kan skape hindringer for brukermedvirkning. Dette kan være manglende forankring og systemer for implementering i organisasjonen, manglende interesse fra ledelsen på høyere nivå, motstand og negative holdninger for brukermedvirkning i personalgruppen, utfordrende pasientgrupper og spesielle utfordringer når pasienter er underlagt tvungent psykisk helsevern. Sydvoid (2009) intervjuet 20 sykepleiere som arbeidet i sykehjem og hjemmetjenester i en stor norsk kommune i sin masteroppgave Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste. Sykepleiernes forståelse av brukermedvirkning var i stor grad situasjonsbestemt, og de var usikre på den teoretiske forståelsen av begrepet. Brukermedvirkning ble forstått som samråd, og representerte symbolsk deltakelse der pasientene deltok uten en reell innflytelse eller myndighet (Sydvoid, 2009). Resultatene fra denne studien er overførbare til psykisk helsearbeid.

Ringstad (2011) hevder i sin masteroppgave at kommunene under opptrappingsplanen for psykisk helse har laget differensierte og tilfredsstillende tjenestetilbud, med tjenesteytere som ivaretar og tilrettelegger brukermedvirkning på individnivå. Skorpen med flere (2008:22) understreker på sin side at det er «et tankekors at psykiatriske pasienters egne erfaringer som i seg selv utgjør psykiatriens gjenstandsområde ikke får den rettmessige oppmerksomhet. Det er nettopp folks opplevelser, følelser (og atferd) som i det hele tatt tilsier om de får en psykiatrisk diagnose».

Masteroppgaven til Johnsen (2005) handler om mennesker med psykiske lidelser og helse- og sosialarbeideres forståelser og utvikling av brukermedvirkning i et kommunalt praksisfelt. Studien viser hvordan en kommune gjennom planarbeid og utprøving av en modell for brukermedvirkning imøtekommer de krav til brukermedvirkning som ligger i Opptreppingsplanen for psykisk helse. Kommunens planer for psykisk helse hadde en faglig og ideologisk forankring i begreper som normalisering og integrering, lokalsamfunnspsykiatri, brukermedvirkning og pårørende som omsorgspersoner og ressurs⁷.

Mathisen, Obstfelder, Lorem og Måseide (2015) fremhever i sitt arbeid noe av kompleksiteten med å utføre brukermedvirkning i praksis. Studien baserer seg på etnografisk feltarbeid, og har fokus på praktisk implementering av brukermedvirkning; hvordan gjøres medvirkning i praksis? Forfatterne ser i denne sammenhengen på rapportmøtene ved distriktspsykiatriske sentre som hjelp til ansatte i organiseringa av arbeidet, og ikke som arenaer som muliggjør brukermedvirkning.

OPPSUMMERING:

Litteraturen peker på en stadig større vektlegging av brukermedvirkning innenfor det psykiske helsearbeidet. Den praktiske gjennomføringen av brukermedvirkning er utfordrende, og forskningsmiljøet rundt Borg og Karlsson har vært særlig fremtredende i arbeidet med å etablere recovery-tenkningen som et fundament i praksis.

BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID I OVERGANGEN MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Trond Hatling, leder for NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid), skriver i en fagartikkel om nødvendigheten av et paradigmeskifte i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenesten dominerer, og det er helt nødvendig å inkludere brukerne i utviklingen av et godt psykisk helsearbeid i kommunene (Hatling, 2011). Hatling beskriver store utfordringer i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Evenhus (2015) skriver i sin masteroppgave at klare avgrensninger mellom tjenestenivåene er viktig. I fagartikkelen *Før og etter opptreppingsplanen – sett fra mennesker med erfaring fra psykisk helsevern* (Bruun & Svendsen, 2011) har forfatterne samlet inn fortellinger fra brukere til Senter for erfaringskompetanse⁸. I konklusjonen beskriver Bruun og Svendsen resultatene, og de understreker: «... det er stor forskjell på kommune- og spesialisthelsetjenestenivå når det gjelder hvordan forstå og behandle psykiske lidelser og plager. Videre er samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenestenivå ikke god nok. Dette fører til mye forvirring og diskonuitet i behandlingen. Det er også stor variasjon i behandlingstilbudene kommunene imellom og blant de forskjellige distriktspsykiatriske sentra» (2011:242). Masteroppgaven til Bue (2012) Kartlegging av dagens rutiner for informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester henter sine data fra sykehuskontekst, men vi mener denne oppgaven kan være en inspirasjonskilde for å se nærmere på overganger innenfor fagfeltet psykiatri/psykisk helsearbeid. Resultatene viser at rutiner for utskrivning varierer, og at retningslinjene for

⁷ Se nærmere <http://napha.no/content/14139/Brukermedvirkning-i-kommunalt-psykisk-helsearbeid>

⁸ <http://www.erfaringskompetanse.no/>

utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie- omsorgs- og rehabiliteringstjenester, ikke blir fulgt. Mange av de ansatte kjenner heller ikke til retningslinjene som gjelder på deres arbeidsplass.

Fagartikkelen *Bygge ned og bygge annerledes* (Dale, Ødegård, Nesje, Iversen, & Bjørkly, 2011) beskriver kompensatoriske tiltak, tilbakefallsforebygging, profesjonalisert brukermedvirkning og interkommunalt samarbeid innen psykisk helsearbeid som har blitt utviklet etter Opptrappingsplanen. Tiltakene har sin bakgrunn i nedbygging av antall døgnplasser innen spesialisthelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal. Økt fokus på brukermedvirkning og mer effektivt samarbeid trekkes frem som de mest sentrale løsningene i denne overgangsperioden. I fagartikkelen *Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten* (Danbolt, Lien, & Kjøsberg, 2010) beskrives samarbeidet i den psykiske helsetjenesten mellom åtte kommuner og Sykehuset Innlandet (SI) i Midt-Hedmark. I artikkelen beskrives samhandlingen som utilfredsstillende med tanke på rutiner, kvalitet og gjensidighetskunnskap. Smidigere innleggelsesprosedyrer, erfarne fagfolk i spesialisthelsetjenestens frontlinjer (DPS og akuttavdelinger), tettere samarbeid med fastleger, brukerinntflytelse, nettverkstenkning og ambulante DPS-tjenester presenteres som mulige løsninger. Resultatene tolkes som lokale uttrykk for hvordan samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste fungerer i feltet. En mer brukernær retning som samsvarer med anbefalinger fra Rådet for psykisk helse og føringer i Samhandlingsreformen fra Helse- og omsorgsdepartementet, beskrives som ønskelig.

OPPSUMMERING:

Litteraturen beskriver mange utfordringer i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Økt fokus på brukermedvirkning og mer effektivt samarbeid trekkes frem som mulige løsninger.

BRUKERKOMPETANSE I PSYKISK HELSEARBEID OG FORSKNING

Med utviklingen mot mer kommunale tjenester innenfor fagfeltet, har det også skjedd endring i synet på pasientrollen. Fra å inneha en passiv mottakerrolle betrakter man nå brukeren til å være en aktiv deltaker i behandlingen. Den nye rollen krever at brukerne tilegner seg og bruker sin erfaringskompetanse. Denne nye pasientrollen krever, ifølge Volden (2011), at vi tar farvel med «den psykiatriske pasienten». Å være en bruker av psykiske helsetjenester overskygger ikke de andre rollene som den enkelte har (som ansatt, student, mor, sønn eller bestefar). Å være en bruker indikerer bare at en person har et nåværende behov for hjelp fra det psykiske helsevernet. Denne rollen er kun relevant når tjenestene er i bruk, sier Volden (ibid.). «Brukermedvirkning dreier seg ikke bare om maktutjevning, men også å frigjøre ressurser og initiativ» (Aarre & Skjølberg, 2010).

Brukeraktivisten Odd Volden er en sentral stemme i debatten om brukerkompetanse i psykisk helsearbeid (Volden, 2004, 2009a, 2010, 2011). Volden argumenterer for et målrettet arbeid for «å få brukerforskningen opp på et nivå som gjør den kvalitativt

og kvantitativt tilfredsstillende og presentabel» (Volden, 2009b:66). En annen sentral representant for brukerne er landsleder i Mental Helse, Dagfinn Bjørgen. Bjørgen har i samarbeid med Westerlund utarbeidet metoden *Bruker spør Bruker*⁹ (Westerlund & Bjørgen, 2006, 2008, 2010; Westerlund, Bjørgen, & Johansen, 2008; Westerlund, Bjørgen, & Røvik, 2008; Westerlund, Røvik, Gladsø, Reberg, & Bjørgen, 2007). Bruker Spør Bruker (BSB) er en dialogbasert evalueringsmetode. Westerlund og Bjørgen har utviklet siden 1998. Dokumentasjon av erfaringer med helsetjenester ble innsamlet i gruppemøter og gjennom intervjuer med 1569 personer som er eller har vært brukere i kommuner og helseforetak, i ulike deler av landet. Brukererfaringer gir tilbakemeldinger på praksis og tydeliggjør brukerperspektivet i tjenesten. Bedring av dialog mellom brukere og personale er noen av de viktigste motivasjoner for tjenester til å benytte Bruker spør Bruker, ifølge evalueringer fra undersøkelsene. Mange kommuner har laget strategiplaner for psykisk helsearbeid. I disse planene vektlegges som regel brukermidvirkning i forbindelse med nettopp brukerundersøkelser¹⁰.

I artikkelen «Fremveksten av brukermidvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis» (Bjørgen, 2013) fremhever forfatteren betydningen av etableringen av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse og fem brukerstyrte regionale sentre som avgjørende for brukermidvirkning i psykisk helsearbeid.

Senter for erfaringskompetanse er viktig å trekke ytterligere frem i denne sammenhengen. Senteret skal samle, systematisere og videreformidle erfaringskompetanse innen det psykiske helsefeltet. Senteret skal ivareta relasjoner til enkeltpersoner, brukerorganisasjoner, regionale brukerstyrte sentre, fag- og forskningsmiljøer, tjenesteapparat, politikere og samfunn. Videre bidrar senteret til at erfaringskompetansen kommer tydeligere frem i samfunnet, og er en pådriver for et forebyggende perspektiv innen psykisk helse på individ- og samfunnsnivå. Senteret skal også vise faglig bredde både på individ- og samfunnsnivå (se <http://www.erfaringskompetanse.no>).

Siv Rydheim er en annen sentral erfaringsformidler i fagfeltet (Rydheim, 2008, 2011a, 2011b, 2012a, 2012b), og for et par år siden publiserte hun en artikkel sammen med Eva Svendsen fra Senter for Erfaringskompetanse; «Hvilken plass har erfaringskonsulenter i tjenestene innenfor psykisk helse?» (2014), hvor forfatterne argumenterer for bruken av erfaringskonsulenter i helsetjenesten.

En brukerstyrt (og amerikansk) modell innen psykisk helsearbeid som har spredt seg i Norge, er den private stiftelsen Fontenehus. Modellen fokuserer på brukerstyrt rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser gjennom arbeid i et fellesskap. Målet med modellen er å bidra til at til flere personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer skal delta i arbeidsrettede aktiviteter og komme i ordinært arbeid¹¹. Vidme (2010) har sett nærmere på Fontenehuset i Bergen. I sin masteroppgave intervjuet Vidme sju brukere og gjorde et fokusgruppeintervju med medarbeidere i Fontenehuset. Bomann og Iversen (2015) hevder i sin masteroppgave at fontenehusene har et recovery-perspektiv. De atten deltakerne i deres studie opplevde Fontenehuset som unikt, og medlemskapet har ført til «vekst, bedringsprosesser og økt livskvalitet» (Bomann & Iversen, 2015:3).

Hoven og Hald (2009) beskriver utviklingen av Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, og vektlegger brukermidvirkning i tjenestene. Karlsson (2014) skriver om viktigheten av erfaringskunnskap, og Sundfør (2012) beskriver sin vei fra å være en

⁹ <http://www.brukererfaring.no/>

¹⁰ Se eksempelvis Strategiplan for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester 2006–2016 for Oppegård kommune (Skarheim et al., 2006).

¹¹ Se nærmere: http://www.fontenehus.no/images/filer/DN_PDF.pdf

bruker til å bli erfaringskonsulent. Viktigheten av å tilføre erfaringskunnskapen til praksis har fått en økende oppmerksomhet de siste årene. King (2013) har skrevet en masteroppgave med tittelen *Brukerkunnskap: en kvalitativ, eksplorerende undersøkelse om erfaringskonsulenters perspektiver på psykisk helsearbeid*. King intervjuet erfaringskonsulenter fra hele landet og fant at de deler et recovery-orientert perspektiv. Forfatteren konkluderer med at behandlere bør utvise varsomhet i farmakologisk behandling, vektlegge traumeforståelse og at nye recovery-orienterte behandlingstilbud bør utforskes. Andersen (2013) skriver i sin masteroppgave om erfaringskonsulentenes rolle og funksjon. Andersen har intervjuet syv erfaringskonsulenter. Rollen som erfaringskonsulent oppleves som fri og udefinert. Forfatteren fremhever at erfaringskonsulentenes mest synlige funksjon er gjenkjennelsen og håpet de gir pasienten. Erfaringskonsulentenes rolle bør imidlertid tydeliggjøres i forhold til hvor fri eller hvor definert den skal være.

Sundfør (2011) forteller om sine erfaringer som medforsker i fagartikkelen «På skolebenken – i forskerskolen». I 2007 ble han invitert inn i et forskningsnettverk; MoodNet. Målet til MoodNet var å utvikle kunnskap knyttet til affektive lidelser og bidra til styrking av klinisk forskning, samt drive med brukerdeltakelse i forskning. Medforskergruppa besto av tre deltakere fra hvert av de fire Helseforetakene i HelseVest; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger. I oppstarten var det en del utfordringer, og medforskerne kjente på behovet for å 'finne sin plass' i ulike prosjekter. Sundfør poengterer likevel arbeidet som positivt og viktig, men understreker at den største utfordringen ofte er økonomi.

Kogstad (2011) skriver om brukerkunnskapens gyldighet i forskning om psykisk helsearbeid. Hun henter sine data fra medlemmer av organisasjonen Mental Helse som formidler sine erfaringer med hjelpeapparatet. Kogstad, Ekeland og Hummelvoll (2014) har gjort en studie hvor de samlet inn og analyserte 715 brukerfortellinger. Forfatterne konkluderer med at brukernes stemmer fortsatt i stor grad er forstummet i praksis og forskning. Dermed går helsetjenesten glipp av informasjon som er nødvendig for planlegging, ledelse og forbedringer innen psykisk helsevern. Borg et al. (2015b) skriver om erfaringer fra Storbritannia og Norge knyttet til et forskningssamarbeid i psykisk helse. Bakgrunnen for artikkelen er fem forskere fra Storbritannia og Norge som deler en felles interesse for brukerinvolvert forskning. Forskning som inkluderer brukere representerer et mangfold. Det som er felles, er at personer med ulike erfaringer deltar. Dominerende kunnskapshierarkier og forskningskulturer utfordres. Det er mye som må endres av rammebetingelser og økonomi før denne ordningen er etablert i Norge. I Storbritannia er det gjennom statlige satsninger og føringer blitt etablert organisasjoner og funksjoner som styrker brukermidvirkning både i forskning og utdanning. Her har Norge noe å lære, ifølge forfatterne.

I 2015 kom boka *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger* (Ulland & Thorød). I innledningen av Volden, Thorød, Ulland og Ulland vektlegger forfatterne behovet for *bedringsforskning* (s. 15), altså forskning basert på hva brukerne definerer som vanskelig og hva som hjelper. Det har vært fokusert mye på brukermidvirkning i forskning som omhandler psykisk helse, og særlig har professor Marit Borg og miljøet rundt henne kommet med viktige bidrag til denne debatten (Borg, 2009, 2011; Borg, Johnson, Bryant, Beresford, & Karlsson, 2015a; Borg et al., 2015b; Kristiansen et al., 2009). Målet med forskning som inkluderer brukerne er å utvikle kunnskap og styrke brukernes handlingskompetanse i kampen mot stigma og diskriminering. Den tradisjonelle forskerrollen oppheves, «og brukergrupper er medbestemmende med hensyn til hvilke spørsmål som skal stilles, og hvordan forskningsresultat kan forstås» (Borg, 2009:29).

I fagartikkelen «Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis eller omvendt?» (Kolstad, 2004) argumenterer forfatteren for at tilbud i lokalsamfunnet er basert på en annen forståelse enn institusjonspsykiatrien. Dette krever originalitet og nytenkning, foruten praktisk, empirisk utprøving.

Et aksjonsforskningsprosjekt med fokus på brukermedvirkning og bedringsprosesser ble gjennomført på Sagatun Brukerstyrt Senter. Det beskrives av Granlien og Granerud (2011:332) som vellykket; «gjennom brukerstyringen av senteret kommer det tydelig fram at mennesker fungerer best når de får bestemme over seg selv uten at andre vet best, men i samspill med andre gjennom samarbeid og demokratiske prosesser».

OPPSUMMERING:

Det har skjedd en endring i synet på pasientrollen. Brukeren som tidligere ble betraktet som en passiv mottaker av tjenester, er nå ansett som en aktiv deltaker med forventninger om å ta i bruk erfaringskompetanse. Denne kompetansen forventes ikke bare å utøves i egen behandling og i praksisfeltet, men også innenfor forskning som omhandler psykisk helsearbeid.

MEDARBEIDERE MED BRUKERERFARING OG ERFARINGSKONSULENTER I KOMMUNENE

Fremveksten av erfaringskonsulenter er et av resultatene innenfor nytenkningen i fagfeltet. Erfaringskonsulenter har egenerfaring som pasienter, brukere eller pårørende innen psykisk helse og/eller rusfeltet (Frahm Jensen & Weber, 2015). Egenerfaringen regnes som selve kvalifikasjonen for stillingen. Bjørnson (2008) skriver om en ett-årig utdanning av MB-ere (medarbeidere med brukererfaring) ved Mølla Kompetansesenter i Bærum. Elvemo (2008) skriver i fagartikkelen «Med brukererfaring som spesialkunnskap – Erfaringer med brukere som konsulenter i kommuneadministrasjonen» om erfaringer med å ha fire konsulenter med brukererfaring fra psykiske helsetjenester ansatt i kommuneadministrasjonen i Bærum i perioden 2000 til 2007.

NAV og Senter for arbeidslivsforberedelse i Bergen startet i 2006 opp medarbeidere med brukererfaring-programmet (MB) etter tett kontakt med MB-programmet i Århus. En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som selv har hatt psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. MB-programmet har som mål å kvalifisere deltakere til å arbeide som hjelpere i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid innen fagfeltet psykisk helse. Utdanningen i Hordaland har helt fra starten av vært et samarbeidsprosjekt mellom NAV, Bergen kommune og Helse-Bergen. Første del av MB-programmet går over 12 måneder og tilsvarer 50 % stilling. Programmet består av teori, praksis og prosjektoppgave. Teoridelen er på tilsammen 180 timer. Tema er blant annet MB-rollen, brukermedvirkning, recovery, kommunikasjon, stressmestring, fysisk aktivitet og miljøarbeid. Praksisperiodene er på 20 uker fordelt på to perioder. Aktuelle praksisplasser kan være ved psykiatriske dagtilbud, i bofellesskap i kommuner og i Helse Bergen. Mange av studentene har sin praksis i de kommunale tjenestene, og etter endt utdanning er et ansettelsesforhold ofte et ønske både fra studenten og den kommunale enheten¹².

¹² Se nærmere: <http://www.napha.no/content/15011/Medarbeider-med-brukererfaring---en-hverdag-som-verdsatt-og-viktig>

Nytingnes (2008) spør i en fagartikkel om brukersattelser er mulig og ønskelig. Artikkelen gjennomgår deler av litteratur om brukersattelser i psykiske helsetjenester. Litteraturen fokuserer på utfordringer knyttet til rollekonflikt, doble relasjoner, taushetsplikt, støtte og veiledning. Videre sier litteraturen noe om hvordan utfordringene kan løses og kjennetegn ved tjenester som har løst slike utfordringer. Samlet sett anses brukersattelser som positivt for praksis.

Heim (2010) evaluerer et prosjekt om brukersattelse i psykisk helsearbeid på Hamar i sin masteroppgave. Prosjektet besto i at en med brukersattelse ble ansatt i kommunen som rådgiver i brukersattelse, i den hensikt å fremme og utvikle brukersattelse i kommunens psykiske helsearbeid (ibid.). I studien ble det gjennomført strukturerte, kvalitative intervju av 15 informanter: den brukersatte rådgiveren i brukersattelse, de tre som var ansvarlige for ledelsen av prosjektet, sju andre ansatte og fire brukersattelse. Prosjektet hadde ikke den påvirkning på tjenestenivå som var tenkt, og det hadde bare beskjeden betydning for brukersattelse og brukersattelse. På systemnivå skjedde en bevisstgjøring av brukersattelse og en positiv holdningsendring til brukersattelse og brukersattelse.

Skahjem (2014) har intervjuet seks erfaringskonsulenter og medarbeidere i sin masteroppgave Brukartilsette si opplevelse av eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet. De brukersattelse opplever sin kompetanse som verdsatt i fagfeltet. De utfyller en rolle der fagpersonene kommer til kort. Ordningen med brukersattelse er imidlertid forholdsvis ny, og det har vært utfordringer med implementeringa. Deltakerne i studien sier de savner veiledning og et kollegialt fellesskap. For mange er det ennå uklart hva de brukersattelse kan brukes til.

Løken (2008) beskriver et prosjekt med brukersattelse, hvor deltakerne er hentet fra Mental Helse i Stange, Hamar og Løten kommune. Målet med brukersattelse var å få frem brukernes erfaringer og opplevelser i tilknytning til temaene informasjon, kommunikasjon og medvirkning. Erfaringer og kunnskap som kom frem gjennom kartleggingsarbeidet i brukersattelse, ble brukt som grunnlagsmaterieil for planlegging av videre tiltak i et informasjonsprosjekt.

Til slutt nevnes et interessant og omfattende prosjekt, «Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal». Dette har vært et prosjekt for å forberede og implementere samhandlingsreformen i Midtre Namdal samkommune (Namsos, Overhalla, Fosnes og Namdalseid) og Osen kommune og Flatanger kommune, og beskrives av Næss (2015). Dette prosjektet går utover innføring av brukersattelse i kommunene, men kan være vel verdt å ta en nærmere kikk på for kommunal implementering av samhandlingsreformen.

OPPSUMMERING:

Anvendelse av brukersattelse i fagfeltet kommer til uttrykk ved satsningen på å utdanne og ansette erfaringskonsulenter i psykisk helsearbeid. Det er imidlertid uenighet i feltet hva gjelder både krav til kompetanse, utdanning og forventninger til utføring av arbeidet for erfaringskonsulenter. Ordninger med brukersattelse er ennå ny, og mye er uavklart.

BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon¹³. Psykisk helse- og rusarbeid utføres hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesten, men også andre sektorer og tjenester i kommunen er involvert (Helsedirektoratet, 2014). Et sentralt arbeid innenfor dette temaet er SINTEF-rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Ose & Kaspersen, 2015). Rapporten viser at nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern fortsetter, og mange kommuner sliter med å gi gode tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Kommunene skal også prioritere de med lettere psykiske lidelser og rusproblemer (som utgjør ca. 10 % av brukerne), og uten økte ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid vil dette bety nedprioritering av andre brukeres behov (Ose & Kaspersen, 2015). Det er mange utfordringer i arbeid med psykisk helse og rus i kommunene. Bratrud (2011) tar opp temaet i sin masteroppgave *Sammen om gode overganger: samarbeidsmodeller mellom psykisk helsevern i kommunen og spesialisthelsetjenesten*. Forfatteren fokuserer på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommunene og psykoseavdelingen på et psykiatrisk sykehus for å få til en god rehabiliteringsprosess for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. I boka *Brukeren som veileder. Ambulant Brukerstyrt Tilnærming* (Dahl, 2011) tar forfatteren utgangspunkt i og beskriver «Prosjekt K»; et prosjekt som er utviklet av fagfolk fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Bergensklinikken og førstelinjetjenesten i Bergen kommune - NAV Årstad. Boka presenterer en samhandlingsmodell i ambulerende rusbehandling, hvor fagfolkene innehar hjelperollen og brukerne er eksperter på eget liv (ibid.).

I 2014–2015 gjennomførte Kommunesektorens organisasjon (KS) et prosjekt der de etablerte fem læringsnettverk for gode pasientforløp innen psykisk helse og rus. Til sammen 61 kommuner fra hele landet deltok i de ulike nettverkene. Kommunene søkte selv om å delta i prosjektet. Kommunene som deltok, etablerte forbedringsteam som skulle jobbe med å utvikle gode pasientforløp. Anbefalte medlemmer i forbedringsteamene var fra kommuneledelse, personale fra psykisk helse- og rustjeneste, fastleger og personale fra distriktspsykiatriske sentre og NAV. I tillegg oppfordret man kommunene til å ha med brukerrepresentanter i arbeidet. I 2015 leverte KBT Midt-Norge en evalueringsrapport som omhandlet brukermidvirkning og brukerinvolvering i disse læringsnettverkene (Høiseth, Bjørgen, Johansen og Kvisle, 2015). KBT fant at det var utfordringer knyttet til rekruttering av brukerrepresentanter, og at brukerrepresentantene ofte manglet kunnskap om brukermidvirkning på systemnivå. Videre fant man at det kan være «utfordrende for brukerrepresentanter å abstrahere egne erfaringer til en mer generalisert forståelse» (Høiseth, Bjørgen, Johansen og Kvisle, 2015, s. 31).

En annen sentral metode innenfor psykisk helse- og rusarbeid er *Assertive Community Treatment (ACT)*¹⁴, som har hatt en stor innvirkning på fagfeltet de siste årene. Stortinget bevilget i 2009 midler til etablering og drift av ACT-team i Norge. Midlene ble gitt som tilskudd til kommuner og helseforetak i forpliktende samarbeid, og målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse, gjerne i kombinasjon med rusproblematikk. Modellen innebærer å legge all oppfølging og behandling av personer

¹³ Temaet brukermidvirkning i psykisk helse- og rusarbeid er et stort og omfattende tema og vil som nevnt bli behandlet i en egen oppsummering i Omsorgsbiblioteket.no. Vi vil likevel nevne noen sentrale arbeider fra feltet i denne omgangen.

¹⁴ ACT er et amerikansk begrep, men vel innarbeidet i engelskspråklig litteratur. En tilsvarende norsk betegnelse er «aktivt oppsøkende behandling i lokalmiljøet».

med alvorlig psykisk lidelse til team som arbeider der pasienten bor. Et sentralt ACT-prinsipp er at teamet skal gi behandling og helhetlige tjenester, og at alle i teamet skal kjenne teamets brukere (Aakerholt, 2010:6). Teamene består av personell fra både primær- og spesialisthelsetjeneste, er tverrfaglig sammensatt og aktivt oppsøkende. I ACT-modellen er team-tilnærming, daglig planlegging, hyppige hjemmebesøk og brukerorientert hjelp sentralt. I tillegg tilbys kognitiv terapi, motiverende intervju og individuell jobbstøtte. Det er viktig å ha et samarbeid med familie og nettverk. Haugen (2012) hevder i sin masteroppgave at ACT kan ha en brobyggerfunksjon i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Siden 2009 er det etablert 14 team i Norge (<http://www.napha.no/content/13921/Oppsokende-team>).

Andersen (2013) gir en beskrivelse av samhandlingsteamet i Bærum-S-Flex-modellen, som ligner mye på ACT-modellen. Samhandlingsteamet besto av tverrfaglig ansatte i brøkstillinger fra psykisk helse og rus i kommunene og fra DPS i Bærum. Forfatteren konkluderer med at det er behov for en klargjøring av hva som er hva, og hvem som har behov for hva, slik at både praksis og skillelinjer trer klart frem. Dale (2013) beskriver ambulante team i Møre og Romsdal i prosjektrapporten fra Høgskolen i Molde.

Akre med flere (2015) beskriver Romeriksprosjektet (2010–15) i sin artikkel, hvor syv kommuner, to distriktspsykiatriske sentre, to ruspoliklinikker (ARA) og tre brukerorganisasjoner på Romerike deltok. Målet var å tilby mennesker med alvorlige psykiske lidelser og, for noen, samtidige rusproblemer, et kvalitetsmessig bedre tilbud på tvers av tjenester og nivåer. Det ble lagt vekt på å prøve ut en samhandlingsmodell innenfor de ressursene som allerede eksisterte i de ulike tjenestene. Forfatterne konkluderer med at det tar lang tid å innarbeide nye samarbeidsrutiner og å gjøre dem kjent i organisasjonene.

OPPSUMMERING:

Mange kommuner sliter med å gi gode tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Fra sentralt hold har man satset på innføring av ACT-team, og stadig flere kommuner etablerer ambulante team som oppsøker brukerne der de bor. Det kan se ut til at brukermidvirkningen ikke er kommet like langt innenfor psykisk helse- og rusarbeid som i øvrig psykisk helsearbeid.

BRUKERMEDVIRKNING OG ETIKK I PSYKISK HELSEARBEID

Brukermedvirkning er knyttet til etikk, og debatten rundt grunnleggende holdninger i psykisk helsearbeid knyttes gjerne til menneskerettigheter. I kronikken «Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge?» (Blesvik et al., 2006) rettes søkelyset mot hvordan Norges internasjonale forpliktelser følges opp innen det psykiske helsevernet. Forfatterne tar opp bruken av politi ved henting av pasienter, elektrosjokkbehandling og omfanget av tvang ved norske institusjoner. Forfatterne mener Norge har et betydelig forbedringspotensiale hva gjelder den psykiatriske behandlingen av mennesker.

I NIBR¹⁵-rapporten Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter Opptappingsplanen (Blåka, 2012) har man utført tre runder spørreundersøkelser på et representativt utvalg, i 2002, 2007 og 2012. Sentrale resultat i rapporten viser at folks engasjement overfor psykisk helse har økt i befolkningen generelt. Videre viser resultatene at viljen til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpne overfor. Nesten alle sier de vil være åpne overfor familien. Sju av ti vil være åpne overfor venner, og rett over halvparten overfor kolleger (Blåka, 2012:9). Yngre ønsker mindre åpenhet enn eldre, og folk i Oslo-området ønsker mindre åpenhet overfor kolleger enn folk i landet for øvrig. Menn er mer stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke enn kvinner, samt at jo høyere utdanning, jo mindre stigmatiserende er man overfor personer med psykisk sykdom. Deltakerne i spørreundersøkelsen viser seg å ha et positivt syn på mulighetene for å bli frisk etter psykisk sykdom (ibid.).

En interessant forskningsbasert artikkel vedrørende brukermedvirkning og etikk er «*New welfare ethics and the remaking of moral identities in an era of user involvement*»¹⁶ (Cribb & Gewirtz, 2012). Forfatterne poengterer at brukermedvirkning i tjenestene er typisk fremstilt som etisk uproblematisk og grunnleggende god. Brukermedvirkning beskrives som en bevegelse fra passivitet til aktivitet; som en transformasjon av brukere i en rolle fra passivitet og avhengighet av fagfolk til mer aktive brukere, med mer kompetanse og autonomi (selvbestemmelse). Artikkelen viser at den etiske dimensjonen ved brukermedvirkning er mer komplisert og krever oppmerksomhet (Cribb & Gewirtz, 2012). Ifølge Jacobsen (2015:151) fremstilles oppgavene for de profesjonelle i helsetjenestene som forskjøvet fra «å pleie de syke til i stigende grad å veilede, motivere og hjelpe den enkelte til å makte rollen som den aktive pasient». Utviklingen mot større brukermedvirkning i helsetjenestene medfører en nødvendig styrking av brukerperspektivet, men den fører også til nye begreper om ansvar, krav til egenomsorg og forventninger til pårørende (Frich, 2015).

OPPSUMMERING:

Det er en enighet i fagfeltet at brukermedvirkning, som rettighet og plikt, kan være et gode. Brukermedvirkning kan imidlertid skape forventninger til brukeren på en måte som noen føler de ikke klarer å innfri. Altså et maktovergrep, under dekke av brukermedvirkningens gode intensjoner. De etiske utfordringene ved brukermedvirkning er omfattende.

¹⁵ Norsk institutt for by- og regionforskning

¹⁶ Ny velferdsetikk og omforming av moralske identiteter i en tid med brukermedvirkning (egen oversettelse).

RESSURSER

På nettsidene til temaet Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid gis en oversikt over ulike ressurser og verktøy som kan være relevant for kommuner, ansatte i helsetjenesten eller andre interesserte som involveres i brukermedvirkning. Følgende presenteres:

- aktuelle nettsted, inkludert aktuelle Facebook-grupper.
- aktuelle brukerorganisasjoner
- aktuelle tidsskrift (både forskningsbaserte og fagtidsskrifter)
- aktuelle filmer
- foredrag
- populærvitenskapelige artikler knytta til temaet

VERKTØY

Den dominerende tilnærmingen innenfor psykisk helsearbeid (med rask diagnostisering og standardiserte pakkeforløp) fremmer ikke reell brukermedvirkning, og det er et behov for et mangfold av metoder for å kunne møte den enkelte brukers behov og ønsker. Behovet for mange og differensierte metoder gjør det vanskelig å skulle anbefale noen få, enkelte verktøy for brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. På nettsidene til temaet brukermedvirkning i psykisk helsearbeid vil det finnes noen eksempler fra kommunale prosjekter, som har løst utfordringen på forskjellige måter.

KONKLUSJONER

Oppsummeringen av temaet brukermedvirkning i psykisk helsearbeid beskriver et mangfoldig og komplekst felt, med mange ulike tilnærminger og perspektiver på hva god brukermedvirkning kan være. Oppsummeringen har blitt utført ved at emneredaktøren har samlet sammen studier og annet materiale som omhandler temaet, og tatt med seg videre de studiene og det materialet som har holdt tilstrekkelig god kvalitet. Oppsummeringen omtaler ikke kvaliteten ved de enkelte dokumentene som er innlemmet, men disse har blitt vurdert etter Omsorgsbibliotekets kvalitetsrutiner og NIFUs definisjon av forskning og utviklingsarbeid¹⁷. Ut ifra et helhetsinntrykk er den faglige kvaliteten på arbeid om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid god, men varierende. Forskingen på temaet er i vekst, og stadig flere prosjekter innlemmer medforskere i arbeidet. Det utøves mye viktig arbeid på kommunalt plan, og det synes viktig å øke kvaliteten på formidlingen av dette. Herunder er særlig NAPHA¹⁸, Tidsskrift for psykisk helsearbeid og Senter for erfaringskompetanse viktige og gode kunnskapsformidlere. Med utviklingen av medforskning, brukerkompetanse og erfaringsformidling som foregår på feltet, er det også viktig å øke kompetansen blant utøverne slik at dette kunnskapsfeltet kan ta større plass i debatten rundt brukermedvirkning. Med andre ord trenger man et kompetanseløft for både profesjonelle og brukere på kommunalt plan som ønsker å delta i kunnskapsdebatten og formidle sine synspunkter rundt brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.

I det følgende vil essenser og trender i feltet psykisk helsearbeid bli løftet frem. Deretter beskrives noen forutsetninger for å lykkes med medvirkning i kommunenes psykiske helsearbeid, med en særlig vektlegging av nødvendigheten av et fokus på den praktiske implementeringen av medvirkning på alle nivå. Avslutningsvis sier oppsummeringen noe om hva det trengs mer kunnskap om i fagfeltet.

ESSENSER OG TRENDER

Brukermedvirkning rommer mange ulike former og tiltak i psykisk helsearbeid. Medvirkningen skal manifestere seg på alle nivå, både på individ-, system- og politisk nivå. Det er en enighet om at brukermedvirkning er et gode på de ulike nivåene; vi kan si at fagfeltet er preget av en idealistisk optimisme. De grunnleggende ideologiske diskusjonene som allerede er befestet i miljøene, bør bevege seg mer mot den praktiske hverdagen i kommunene. Det er en enighet om at tjenestene skal preges av brukermedvirkning. Hvordan kan man implementere brukermedvirkning på en god måte på alle nivå i tjenestene? En sterkere orientering mot praksis innenfor fagfeltet er ønskelig, også når det gjelder forskning og utviklingsprosjekter.

Recovery beskrives som en grunnlagsforståelse og et fundament i det psykiske helsearbeidet i norske kommuner. Recovery som begrep og perspektiver har sitt fundament i erfaringskunnskap. En forutsetning for recovery-orienterte helsetjenester er ansettelse av medarbeidere med brukererfaring.

¹⁷ Se nærmere s. 15.

¹⁸ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

Maktbalansen mellom pasient, bruker og system har endret seg i Norge i de siste tiårene. Medvirkning og involvering av brukere på individ- og systemnivå er blitt en viktig helsepolitisk målsetting. Denne utviklingen innebærer en nødvendig styrking av brukerperspektivet. Samtidig fører utviklingen til nye begreper og ansvar, krav til egenomsorg og forventninger til pårørende. Makten blir ikke borte ved en demokratisering av tjenestene, den endrer form og uttrykker seg på nye måter som det er viktig å reflektere over (Frich, 2015).

Medarbeidere med brukererfaring og erfaringskonsulenter er et av resultatene innenfor nytenkingen i fagfeltet. Brukerkompetanse kommer til uttrykk ved satsningen på å utdanne og ansette erfaringskonsulenter i psykisk helsearbeid. Det er imidlertid uenighet i feltet hva gjelder både krav til kompetanse, utdanning og forventninger til utføring av arbeidet for erfaringskonsulenter. Ordninger med brukersatte er ennå ny, og mye er uavklart.

Fagmiljøet preges av rask diagnostisering, standardisering av prosedyrer med manualer og generaliserte, evidensbaserte behandlingsformer som vanskeliggjør brukermidvirkning. De overordnede føringene fra helsestyresmaktene melder at tjenestene skal være mer tilgjengelige og individuelt tilpasset, mer ambulante og legge til rette for brukerstyrte tilbud. Samtidig krever man at det skal utformes mer standardiserte pasientforløp; «me skal individualisere og standardisere på same tid» (Aarre, 2016:231). Dette motsetningsforholdet utfordrer brukermidvirkning på alle nivå.

NOEN FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES

Forutsetningene for å lykkes med brukermidvirkning i psykisk helsearbeid som tas med i denne oppsummeringen, er i samsvar med og en videreføring av IS-1315 Rapport: Brukermidvirkning – psykiske helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Helsedirektoratet, 2006). Det er en forutsetning at brukere og pårørende skal ha en reell innflytelse på utformingen av tjenesten på individ-, system- og politisk nivå. Dette gjelder også innenfor forskning og i utviklingsprosjekter. Videre bør brukernes erfaringskunnskap og forståelse av behandling utgjøre en del av den faglige bredden innenfor det psykiske helsefeltet. Denne typen kunnskap er likeverdig med annen kunnskap innen feltet. Kommunene bør ansette flere brukere i tjenestene. Dette krever god planlegging og etablering av rutiner i forhold til brukersattelser. Bergen kommune har gått foran som et godt eksempel på ansettelse av medarbeidere med brukererfaring¹⁹. Programmet i Bergen har som mål å kvalifisere deltakere til å arbeide som hjelpere i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid innen fagfeltet psykisk helse. Hovedfokus er å lære å anvende egne levde erfaringer som kompetanse, med utgangspunkt i kunnskap om egen tilfriskningsprosess.

På individnivå bør kommunene ha rutiner som sikrer at brukerne får den informasjonen de har krav på. Brukeren må få informasjon om lidelsen, ulike behandlingsalternativer og aktuelle tjenestetilbud. Informasjonen tilpasses den enkeltes situasjon, og muntlig informasjon bør også gis skriftlig. Den profesjonelle må gi brukeren sine vurderinger og forslag til løsninger. Kommunene bør videre ha rutiner som sikrer at brukerne får sin individuelle plan. Brukeren må opplyses om sin rett til individuell plan, og fordelene ved dette. Ansatte bør samarbeide med brukeren om å utarbeide en individuell plan som evalueres jevnlig – i samarbeid med brukeren og de i nettverket

¹⁹ Se nærmere <http://www.alf.no/ProgrammertiltaK/PROGRAM/MBprogrammet/tabid/57/Default.aspx>

brukeren ønsker å ha med i planen. Kommunene bør også ha rutiner som sikrer gode relasjoner med brukerne. Dette handler om å møte brukeren jevnlig ansikt til ansikt, og samarbeide aktivt med pårørende når brukeren samtykker til det. Det kan eksempelvis være å gi pårørende ikke- taushetsbelagt informasjon om lidelse og annen relevant informasjon.

Forutsetninger for å lykkes med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid på systemnivå inkluderer å prioritere brukermedvirkning og brukerstyrkende tiltak, etablere brukerråd eller brukerforum på alle relevante nivåer, innhente brukererfaringer og aktivt bruke disse til å forbedre tjenestene, ha brukerrepresentanter med i prosjekter, utviklings- og endringsarbeid som omhandler psykisk helsearbeid, aktivt bruke brukerorganisasjonene som høringsinstans i saker som omhandler psykisk helsearbeid og fremme brukeransettelser i tjenesteapparatet.

Forutsetninger for å lykkes med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid handler også om å få brukere til å delta i og fremme forskning og utviklingsarbeid, herunder særlig forskning og prosjekter hvor brukere er sentrale i store deler av prosessen. Det er en utfordring, særlig innenfor forskning, å få med seg brukere i tidlig fase av prosjekter hvor de kan være med på utforming og fokus.

HVA TRENGS DET MER KUNNSKAP OM?

Litteraturgjennomgangen som er gjort i forbindelse med denne oppsummeringen viser at noen områder har vært gjenstand for mye forskning og utviklingsarbeid. Et eksempel på et slikt område er Bruker Spør Bruker. Videre har det vært gjort en god del forskning og utviklingsarbeid hvor man befester brukermedvirkning som et gode. Forskning som omhandler brukermedvirkning fokuserer ofte på de profesjonelles forståelse, erfaring og utfordringer knyttet til temaet. Mindre forskning er gjort på brukernes egne opplevelser av brukermedvirkning. Utover dette er det også behov for studier og utviklingsprosjekt som fokuserer på den praktiske implementeringen av brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Her kan utviklingsprosjektene spille en betydelig større rolle. Norske kommuner har vært opptatt av brukermedvirkning på systemnivå, med fokus på utvikling av ordninger som serviceerklæringer, brukerundersøkelser og brukervalg. Mye av brukermedvirkningen i praksis skjer imidlertid som individuell tilpasning i relasjonen mellom brukere og kommunale tjenesteytere. Det kan tyde på et behov for å fokusere på implementering av brukermedvirkning på individuelt plan i kommunene.

Videre er det et behov for mer kunnskap om brukeransettelser i kommunene. Denne oppsummeringen viser at det er utfordringer knyttet til brukeransettelser. Brukeransettelser krever blant annet gode utdanningsforløp eller kompetansehevingsprogrammer for erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring. Dette er dog omdiskutert innad i miljø med erfaring fra brukeransettelser. Enkelte hevder at erfaring er kompetanse nok i seg selv, mens andre mener at å arbeide som erfaringskonsulent eller brukermedarbeider krever mer faglig kunnskap om systemer og organisering. Det er viktig å innhente mer kunnskap om rutiner for ansettelser i kommunene.

Det er også viktig å fokusere på brukernes medvirkning og deltakelse i forskning og kommunale utviklingsprosjekter. Det trengs mer kunnskap om oppstart og utvikling av prosjekter hvor brukere er med fra starten.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har nylig vært gjennom

Samhandlingsreformen, og mer kunnskap trengs om implikasjoner av denne reformen for brukere av psykiske helsetjenester i kommunene. Kommunene står nå overfor Kommunereformen, og det vil i fremtiden bli behov for å se nærmere på eventuelle implikasjoner av kommunesammenslåing for psykisk helsearbeid. Dette er særlig interessant for mindre kommuner som allerede har store utfordringer i leveringen av tjenestene innenfor psykisk helsearbeid.

Det kreves altså mer kunnskap om brukermedvirkning på individuelt plan, brukersettelser og brukere som medforskere og deltakere i prosjekter. Denne kunnskapen er nødvendig og nyttig på alle nivå i de kommunale tjenestene. Maktbalansen mellom brukeren og systemet har endret seg dramatisk, både i litteratur og praksis, de siste tiårene. Makt uttrykkes gjennom begrepsbruk, holdninger, relasjoner og i selve rammevilkårene for helsevesenet. Mulighetene for utøvelse av makt i helse- og omsorgstjenestene ligger både på individuelt nivå og systemnivå. Dette fordrer en grunnleggende oppmerksomhet på brukermedvirkning, og mer kunnskap om utøvelsen av medvirkning i praksis.

Brukermedvirkning bør inn som en mer sentral del av opplæring, utøvelse, utdanning og forskning. Skal brukermedvirkning implementeres som en del av tjenestene, og ikke bare som plussord i strategiplaner eller definert som brukerråd, må man forankre medvirkning i praksis. Det er også nødvendig med mer kunnskap om utfordringene til brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i møtet med nyere politiske intensjoner om helhetlige pasientforløp, standardiserte pakkeforløp, raskere diagnostisering og evidensbaserte behandlingsmetoder.

REFERANSER

- Aakerholt, A. (2010). ACT-håndbok K.-. Øst (red.) (U)
- Aarre, T. (2010). Manifest for psykisk helsevern. Oslo: Universitetsforlaget. (A)
- Aarre, T. (2016). Medisinsk makt og symbolsk vald. I B. Karlsson (red.), Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (A)
- Aarre, T., & Skjølberg, Å. (2010). Brukermedverknad og myndiggjering. I T. Aarre (red.), Manifest for psykisk helsevern. Oslo: Universitetsforlaget. (A)
- Akre, A.-G. D., Egeland, K., Garpe, K. D., Jørgensen, A. W., & Vaskinn, H. S. (2015). Å ville hverandre vel: Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike - Romeriksprosjektet (2010-2015). Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11 ER(03). (U)
- Almvik, A., & Borge, L. (2000). Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget. (A)
- Almvik, A., Borge, L., & Berntsen, R. A. (2006). Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen: Fagbokforlaget. (A)
- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum – S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10 ER(04). (U)
- Andersen, N. B. L. (2013). «Representanter for håpet»: en studie av erfaringskonsulentens rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet. Masteroppgave, Universitetet i Agder. (U)
- Andreassen, T. A. (2005). Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukervalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- Andreassen, T. A. (2007). Asymmetric mutuality: User involvement as a government-voluntary sector relationship in Norway. Nonprofit and Vountary Sector Quarterly, 37(2), 281--329. (F)
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. Journal of American Institute of Planners, 35(4), 216-224. (F)
- Bjørger, D. (2013). Fremveksten av brukermedvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10 E(04). (A)
- Bjørnson, R. (2008). Medarbeidere med brukererfaring – en systematisk utdanning av brukerkompetanse. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5 ER(04). (U)
- Blesvik, S., Diseth, R., Husum, T. L., Kogstad, R., Orefellen, H. J., & Thune, G. H. (2006). Perspektiv og debatt - Kronikk - Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? Tidsskrift for den Norske Laegeforening : tidsskrift for praktisk medisin, 126(12), 1616-1619. (A)
- Blåka, S. (2012). Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk

- sykdom. Status etter Opptrappingsplanen. I NIBR (red.), NIBR (Vol. 2012:9) Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. (F)
- Bomann, L. A. N., & Iversen, A. D. (2015). Fontenehuset – en recoverynærende omgivelse: Et kvalitativt studie basert på medlemmers erfaringer ved et Fontenehus. Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark, Hedmark. (U)
- Borg, M. (2009). Intet om oss uten oss I M. Borg & K. Kristiansen (red.), Medforskning – å forske sammen for kunnskap i psykisk helse (s. 29–42). Oslo: Universitetsforlaget. (U)
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129–140. (F)
- Borg, M., Johnson, T. A., Bryant, W., Beresford, P., & Karlsson, B. (2015). Flerstemt forskningssamarbeid innen psykisk helse: erfaringer fra Storbritannia og Norge. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(01). (F)
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery og hva så? Om erfaringsbasert kunnskapsvilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(04), 314–323. (A)
- Borg, M., & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalt basert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(02), 105–113. (U)
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. (2009). User involvement in community mental health services – principles and practices. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 16(3), 285–292. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x (F)
- Borg, M., Karlsson, B., Lofthus, A.-M., & Davidson, L. (2011). «Hitting the wall»: Lived experiences of mental health crises. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4), 10.3402/qhw.v6i4.7197. doi: 10.3402/qhw.v6i4.7197 (F)
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling Rapport (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid: trykt utg.), Vol. nr. 4/2013. (F)
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505. (F)
- Borg, M., & Topor, A. (2014). Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser (3. rev. utg. ed.). Oslo: Kommuneforlaget. (A)
- Borge, L., & Almvik, A. (2014). Å sette farger på livet : helhetlig psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget. (A)
- Bratrud, T. L. (2011). Sammen om gode overganger: samarbeidsmodeller mellom psykisk helsevern i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Masteroppgave, Avdeling for helse og idrettsfag, Høgskolen i Hedmark. (U)
- Bruun, H., & Svendsen, E. (2011). Før og etter opptrappingsplanen – sett fra mennesker med erfaring fra psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 237–242. (A)
- Bue, G. B. O., & Fosse, G. A. G. (2012). Kartlegging av dagens rutiner for

- informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse-og omsorgstjenester. Masteroppgave, Universitetet i Agder. (U)
- Cribb, A., & Gewirtz, S. (2012). New welfare ethics and the remaking of moral identities in an era of user involvement. *Globalisation, Societies and Education*, 10(4), 507–517. doi: 10.1080/14767724.2012.735155 (F)
- Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget. (A)
- Dahl, T. (2011). *Brukeren som veileder: ambulant brukerstyrt tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- Dale, K. Y. (2013). *Ambulante team i Møre og Romsdal innen psykisk helse-feltet: en kvaliativ studie med fokus på praktiske og kliniske tilpasninger, innovative løsninger og samarbeidsrelasjoner: foreløpig prosjektrapport (Vol. 2013:9)*. Molde: Høgskolen i Molde – vitenskapelig høyskole i logistikk. (U)
- Dale, K. Y., Ødegård, A., Nesje, S. V., Iversen, H. P., & Bjørkly, S. (2011). Bygge ned og bygge annerledes. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 E(03). (A)
- Danbolt, L. J., Lien, L., & Kjønnsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvaliativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7 E(03). (U)
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177–201. (F)
- Ekeland, T. J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Lastet ned 15. september, 2014*. (A)
- Elstad, T. A. (2014). *Participation in a "low threshold" community mental health service: an ethnographic study of social interaction, activities and meaning. (2014:95)*, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science, Trondheim. (F)
- Elvemo, O. (2008). *Med brukererfaring som spesialkunnskap – Erfaringer med brukere som konsulenter i en kommuneadministrasjon*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 ER(04). (U)
- Evenhus, A. (2015). *Hva fremmer og hva hemmer samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse? Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim*. (U)
- Frahm Jensen, M., & Weber, A. (2015). *Mellom barken og veden. Stilling: Erfaringskonsulent*. I D. Ulland, A. B. Thorød, & E. Ulland (red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget. (A)
- Frich, J. C. (2015). *Makten i helse- og omsorgstjenestene*. *Michael Quarterly*, 12, 147–149. (A)
- Granlien, L., & Granerud, A. (2011). *Brukermedvirkning og bedringsprosesser satt i system – mål og verdier ved Sagatun Brukerstyrt Senter*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 ER(04). (U)

- Grytten, E. A. (2013). Brukermedvirkning i praksis. Lederes erfaring med brukermedvirkning i psykisk helsevern. Masteroppgave, Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, Oslo. (U)
- Habberstad, T. (2015). Demokratiske tjenester. Den italienske erfaringen. I D. Ulland, A. B. Thorød, & E. Ulland (red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnæringer*. Oslo: Universitetsforlaget. (A)
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 ER(02). (A)
- Hatling, T. (2016). Psykisk helsearbeid må videre – om teoretisering, standardisering, akademisering og ressurser. I B. Karlsson (red.), *Det går for sakte... i arbeidet med rus og psykisk helse* (s. 213-227). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (A)
- Haugen, C., & Berg, B. (2012). Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten: ACT-team bygger broer og sprer kompetanse. Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim. (U)
- Haugsgjerd, S. (1986). *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Oslo: Pax. (A)
- Haugsgjerd, S. (1990). *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag. (A)
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (A)
- Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. (F)
- Heim, S. (2010). "Brukermedvirkning på Hamarsk": evaluering av et prosjekt om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Masteroppgave, Høgskolen i Lillehammer, Lillehammer. (U)
- Helsedirektoratet (2011). *Håndbok om helse- omsorgstjenestene i kommunen*. Oslo. (A) Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/423/Handbok-om-helse-og-sosialtjenesten-i-kommunen-IS-1578-bokmal.pdf>
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Oslo. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Nasjonal plan for selvhjelp 2014- 2018*. IS 2168. Oslo. Helsedirektoratet. Lastet ned 14. mars 2016 fra <http://www.selvhjelp.no/filestore/NasjonalplanforsevhjelpIS-2168.pdf>
- Helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*. Oslo. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/109/IS-1332-Psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Helsedirektoratet ved avdeling psykisk helse og rus, Oslo.

- Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). Forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm20142015002600odddp-dfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). Helsepersonelloven. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell-loven>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Morgendagens omsorg. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 14. mars 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm20122013002900odddp.pdf>
- Helsedirektoratet (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet (2006). IS-1315 Rapport: Brukermedvirkning – psykiske helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Oslo. Lastet ned 14. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). Stortingsmelding 45 Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/>

[stmeld-nr-45-2002-2003-/id197245/?ch=1&q=](https://www.regjeringen.no/stmeld-nr-45-2002-2003-/id197245/?ch=1&q=)

- Helse- og omsorgsdepartementet (1997). St. meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mars 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm19961997002500odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Meld. St. 16 (2010–2011)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 14. mars 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e-05c84fe/no/pdfs/stm20142015001900odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Meld. St. 26 (2014–2015)
- Hickey, G., & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing*, 7(ICD-10), 83–88. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00122.x (F)
- Hoven, S., & Hald, M. (2009) Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn – et forsøk på organisering av et helhetlig brukernært spesialisthelsetilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(03). (U)
- Hummvoll, J. K. (2016). En holistisk-eksistensiell tilnærming til psykiatrisk sykepleie. I B. Karlsson (red.), *Det går for sakte...i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (A)
- Hummvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7. utg. red.). Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- Høiseth, J. R., Bjørgen, D., Johansen K. J. og Kvisle, I. M. (2015). Brukermedvirkning og brukerinvolvering. Evaluering av KS' læringsnettverk for gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Stiftelsen KBT Midt-Norge 2015.
- Jacobsen, F. F. (2015). Makt og omsorg – til introduksjon. *Michael Quarterly*, 12, 150–152. (A)
- Johnsen, T. (2005). Brukermedvirkning i kommunalt psykisk helsearbeid. Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. (U)
- Karlsson, B. (2014). Erfaringsbasert kunnskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02). (A)
- Karlsson, B. (2016). Det går for sakte: i arbeidet med psykisk helse og rus (B. Karlsson red.). Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- King, A. T. K. (2013). Brukerkunnskap: en kvalitativ, eksplorerende undersøkelse om erfaringskonsulenters perspektiver på psykisk helsearbeid. Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark. (U)
- Kjøstvedt, O. (2015). Visjoner og realiteter i første linje. *Psykisk helse-arbeid i Kristiansand kommune*. I D. Ulland, A. B. Thorød, & E. Ulland (red.) *Psykisk*

- helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger. Trondheim: Universitetsforlaget. (U)
- Klausen, R. K. (2015). "Why did I try to kill myself?": A narrative context analysis of Marianne's story. *Social Work in Mental Health*, null-null. doi: 10.1080/15332985.2015.1005274 (F)
- Klausen, R. K., Karlsson, M., Haugsgjerd, S., & Lorem, G. F. (2015). Motherhood and mental distress: Personal stories of mothers who have been admitted for mental health treatment. *Qualitative Social Work*. doi: 10.1177/1473325015584981 (F)
- Klausen, R. K., Lorem, G. F., & Haugsgjerd, S. (2013). "The Lady in the Coffin" – Delusions and Hearing Voices: A Narrative Performance of Insight. *Qualitative Inquiry*, 19(6), 431–440. doi: 10.1177/1077800413482096 (F)
- Kogstad, R. (2011). Brukerkunnskapens gyldighet i forskning om psykisk helsearbeid. I L. Rönmark (Ed.), *Brukarens roll i välfärdsforskning och utvecklingsarbete* (Vol. 2011, s. 151–165): Högskolan i Borås. (F)
- Kogstad, R., Ekeland, T.-J., & Hummelvoll, J. K. (2014). The Knowledge Concealed in Users' Narratives, Valuing Clients' Experiences as Coherent Knowledge in Their Own Right. *Advances in Psychiatry*, 2014. (F)
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(01), 13–27. (A)
- Kristiansen, K., Borg, M., Glover, H., Volden, O., Beston, G., Hauge, S., . . . Jensen, P. (2009). *Medforskning : å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget. (A)
- KS (2012). Kvalitetskartlegging av kommunale tjenester. Faglig veileder for sosialtjenesten. I KS (red.), *KS Effektiviseringsnettverkene: KS*. (U)
- Lammers, J., & Happell, B. (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 385–392. (F)
- Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). Plan for brukermidvirkning: mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen. I Sosial- og helsedirektoratet. (red.) *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet : mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. (F)
- Løken, K. H., Bjørgen, D., Kaspersen, B., & Westerlund, H. (2006). Undring og Dialog. Hvordan kan brukerundersøkelser være et verktøy for å involvere brukere og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i en kommune? I Rådet for psykisk helse (red.), *Rådet for psykisk helse*. (U)
- Løken, K. H. (2008). Sterk som en bjønn og lita som ei teskje : om brukeres opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning. *Stange: Brukerforum*. (U)
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermidvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 16–31. (F)
- May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration:

- Normalization Process Theory. *Implementation Science: IS*, 4, s. 29–29. doi: 10.1186/1748-5908-4-29 (F)
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner: realisering av brukermidvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget. (A)
- Myrvold, T. M. (2012). *Medvirkning – for hvem? Kommunal Rapport*, 1. (A)
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. (2015). *FoU-statistikk 2015. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus*. Lastet ned fra http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_VI.pdf
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- NOU 2004:18 (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2005:3 (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:17 (2011). *Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2014:12 (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nyttingnes, O. (2008). *Er brukeransettelser mulig og ønskelig? – Internasjonale erfaringer med brukeransettelser i psykiske helsetjenester*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 ER(04). (A)
- Næss, G. B. (2015). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune: sluttrapport - følgeforskning*. I H. i. N.-. Trøndelag (red.), *Høgskolen i Nord-Trøndelag*. (U)
- Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 (1998).
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2015). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. I SINTEF (red.), *SINTEF Trondheim: SINTEF*. (F)
- Pizzo, E., Doyle, C., Matthews, R., & Barlow, J. (2014). *Patient and public involvement: how much do we spend and what are the benefits?* *Health Expectations*. (F)
- Ringstad, A. (2011). *Brukererfaring om brukermidvirkning: en kvalitativ studie av brukerlæreres sin opplevelse med brukermidvirkning i møte med kommunens psykiske helsetjenester*. (U)
- Rise, M. B. (2012a). *Lifting the veil from user participation in clinical work - What*

- is it and does it work? Doktorgradsavhandling, NTNU, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim. (F)
- Rise, M. B. (2012b). Mer brukermedvirkning? Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 132(16), 1882–1884. doi: 10.4045/tidsskr.12.0620 (A)
- Romøren, T. I. (2001). Helsetjenesten. I A. Hatland, S. Kuhnle, & T. I. Romøren (red.), Den Norske velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001. (A)
- Rydheim, S. H. (2008). Kjærligheten spør ikke, den bare er. Bodø: Licentia. (A)
- Rydheim, S. H. (2011a). Betragtninger om psykoseerfaringer [<https://sivryd.wordpress.com/2011/2012/2022/tenk-hvis-noen-betraktninger-om-psykoseerfaringer/>]. (A)
- Rydheim, S. H. (2011b). Godt psykisk helsearbeid? Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 8(02), 170–175. (A)
- Rydheim, S. H. (2012a). Egne erfaringer med tvang i psykisk helsevern: en artikkel om tvangsproblematikk sett fra et brukerperspektiv. (A)
- Rydheim, S. H. (2012b). Selvorganisert selvhjelp: hva har det gitt meg? (A)
- Rydheim, S. H., & Svendsen, E. (2014). Hvilken plass har erfaringskonsulenter i tjenestene innenfor psykisk helse? Tidsskrift for psykisk helsearbeid(04), 368–376. (A)
- Saraceno, B. (2009). Foreword. I G. Thornicroft & M. Tansella (red.), Better Mental Health Care (s. vii–ix). United Kingdom: Cambridge University Press. (A)
- Skahjem, T. A. (2014). Brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet. Masteroppgave, University of Stavanger, Norway, Stavanger. (U)
- Skarheim, Ø., Ervik, A., Heftye, E., Eide, A., Hartmark, T., Birkelund, S., & Herbjørnrud, A. (2006). Strategiplan for pleie, - omsorg - og rehabiliteringstjenester 2006–2016. Oppegård kommune. I Oppegård kommune (red.), Oppegård kommune. (U)
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland, A. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. Vard i Norden, 28(4), 19–23. (F)
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2010). Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn. Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- Stokmo, H., Ness, O., Borg, M., & Sommer, M. (2014). Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team. Tidsskrift for psykisk helsearbeid(01), 14–23. (U)
- Storm, M. (2010). Service user involvement in in-patient mental health services: by Marianne Storm. (no. 123), University of Stavanger, Faculty of Social Sciences, Stavanger. (F)
- Storm, M., & Davidson, L. (2010). Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care. Psychiatric quarterly, 81(2), 111–125. (F)
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. Psychiatric Quarterly, 84(3),

313-327. doi: 10.1007/s11126-012-9247-x (F)

- Storm, M., Hausken, K., & Knudsen, K. (2011). Inpatient service providers' perspectives on service user involvement in Norwegian community mental health centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 551-563. doi: 10.1177/0020764010371270 (F)
- Storm, M., Hausken, K., & Mikkelsen, A. (2010). User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1897-1907. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03036.x (F)
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2010). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk. (A)
- Sundfør, B. (2011). På skolebenken – i forskerskolen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 E(01). (U)
- Sundfør, K.-O. (2012). Fra bruker til erfaringskonsulent. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9 ER(04). (U)
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2005). Brukermedvirkning og psykisk helse. I *Norsk institutt for by- og regionforskning (red.)*, (Vol. 2005-6). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (F)
- Sydvoid, W. (2009). Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste. (U)
- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in psychiatric treatment*, 11(3), 168-175. (F)
- Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social science & medicine*, 64(6), 1297-1310. (F)
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Archives of Andrology*, 9(ICD-10), 17-37. (F)
- Ulland, E., & Thorød, A. B. (2015). *Psykisk helse: nye arenaer, aktører og tilnærmingar*. Oslo: Universitetsforlaget. (A)
- Vidme, K. (2010). *Fontenehuset i Bergen – en rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser*. Masteroppgave i samfunnsarbeid, Høgskolen i Bergen, Bergen. (U)
- Volden, O. (2004). Vi sier farvel til 'den psykiatriske pasienten'. Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(ICD-10), 43-54.
- Volden, O. (2009a). Den som er veldig sterk, må også være veldig snill; et brukerperspektiv på menneskerettigheter og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12). (A)
- Volden, O. (2009b). Kunnskap er makt! I M. Borg, & K. Kristiansen (red.), *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 53-66). Oslo: Universitetsforlaget. (A)

- Volden, O. (2010). Mellom fag og erfaring. Noen tanker langs veien mot det systematiske. (A)
- Volden, O. (2016). Hva skriver vi om når vi skriver om ”psykisk helsefeltet”? Notater og forpostfektninger. I B. Karlsson (red.), Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag. (A)
- Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2006). Brukerinvolvering i forskning og utvikling. Rapport: Studietur til London/Birmingham. I M. H. S.-. Trøndelag (red.), Sør-Trøndelag: Mental Helse. (U)
- Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2008). Rapport fra Bruker spør bruker B-S-B: evaluering: Trondheim kommune: for treffstedene Heimdal, Sommerstua og Veiskillet. Trondheim: KBT Midt-Norge. (U)
- Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2010). Bruker spør bruker (BSB): Ålesund kommune: rapport. Ålesund: KBT Midt-Norge. (U)
- Westerlund, H., Bjørgen, D., & Johansen, K. J. (2008). Psykisk helsearbeid i Oslo kommune: bruker spør bruker S-B-S evaluering 2006–2008. (U)
- Westerlund, H., Bjørgen, D., & Røvik, R. (2008). Bruker spør bruker-evaluering: Levanger kommune 2008: sluttrapport. Levanger: Brukerstyrt senter i Midt-Norge. (U)
- Westerlund, H., Røvik, R., Gladsø, M., Reberg, J. O., & Bjørgen, D. (2007). Bruker spør bruker evaluering: Overhalla kommune 2007. Overhalla: Brukerstyrt senter i Midt-Norge. (U)

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Emneredaktør Rita K. Klausen har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, og oppsummert kunnskapen her. På Omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Hverdagsrehabilitering**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes,
Senter for omsorgsforskning, vest
- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Blix Hansen, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen, Senter for omsorgsforskning, midt

