



2016

Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer

Notat om kvalitetsutvikling nr. 5

Utgiver	Folkehelseinstituttet
Tittel	Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer.
English title	Developing a new user role in the Healthcare services. A description of key factors for success.
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Toril Bakke, seniorrådgiver, <i>Folkehelseinstituttet</i> Udness Ellen, tidligere seniorrådgiver, <i>Folkehelseinstituttet</i> Berit Therese Larsen, rådgiver, <i>Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon</i> Arnfinn Aarnes, rådgiver, <i>Funksjonshemmedes fellesorganisasjon</i> De Vibe Michael, seniorrådgiver, <i>Folkehelseinstituttet</i> Anders Vege, seksjonsleder, <i>Folkehelseinstituttet</i>
ISBN	978-82-8082-775-3
Publikasjonstype	Notat
Antall sider	59
Emneord(MeSH)	Adaptation, Psychological; Decision Making; Goals; Health Promotion; Patient Participation; Professional-Patient Relations; Quality Improvement; Role; Volunteers
Sitering	Bakke T, Udness E, Larsen BT, Aarnes A, De Vibe M, Vege A. Notat om kvalitetsutvikling nr. 5. Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer.

Tusen takk til Elisabet Hafstad, bibliotekar ved Folkehelseinstituttet, som har bidratt med litteratursøk og referansehandling gjennom skriveprosessen.

Sammendrag

Bakgrunn

I februar 2016 gjennomførte Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og seksjon for kvalitetsutvikling i Folkehelseinstituttet (FHI) en turné i Norge sammen med et fagmiljø innenfor psykisk helse fra Trento i Nord-Italia. Hensikten var å inspirere ansatte og brukere innenfor helse- og omsorgstjenesten til å lære av det systematiske arbeidet med brukermedvirkning som foregår i Trento, og å presentere norske eksempler på en ny brukerrolle. Presentasjonen av eksemplene ble filmet og er i tillegg dokumentert skriftlig. I ettertid har materialet blitt gjennomgått og suksessfaktorer for å fremme en ny pasient- og brukerrolle har blitt identifisert.

Metode

De norske eksemplene ble valgt ut ved hjelp av snøballmetoden, en metode som blant annet benyttes i utvelgelse av informanter i studier med kvalitativt design. Hensikten er å få mer utfyllende kunnskap om et fenomen. I denne sammenhengen dreide det seg om suksessfaktorer for en ny brukerrolle. Metoden handler om å identifisere personer og/eller fagmiljø som har mye kunnskap om det temaet som skal undersøkes. Disse personene kan igjen vise til andre personer eller miljø som det kan være aktuelt å kontakte. Hvor mange eksempler som var nødvendig for å kunne si noe meningsfylt og nyttig om suksessfaktorer for en ny brukerrolle, var det vanskelig å vite på forhånd. Planen var å søke etter flere eksempler i etterkant hvis det ikke ble samlet inn nok informasjon til å belyse suksessfaktorene i forbindelse med turnéen. Tre personer – uavhengig av hverandre, gikk gjennom eksemplene, identifiserte suksessfaktorer og diskuterte seg frem til enighet. Hva som menes med begrepet «suksessfaktorer» i denne sammenhengen ble beskrevet på forhånd.

I metodekapitlet presenteres et verktøy – en brukermedvirkningsstige, som kan brukes til bevisstgjøring og planlegging i arbeidet med å fremme en ny brukerrolle. Den har fire trinn som går fra informasjon via konsultasjon og medbestemmelse/partnerskap til brukerstyring. I tillegg har stigen tre nivåer på hvert trinn: Individnivå, tjeneste-/systemnivå, og systemnivå/politikkutforming. I diskusjonskapitlet er konkrete virkemidler for brukermedvirkning satt inn i stigen for å belyse hvordan den kan brukes i praksis.

Resultat

Det ble samlet inn 39 eksempler. Geografisk fordeler de seg på følgende kommuner og sykehus: Sandnes, Sola, Asker, Drammen, Ålesund, Helse Møre og Romsdal, Kristiansund, Surnadal, Kristiansand, Sørlandet sykehus, Larvik og Sandefjord. Det ble til sammen identifisert 97 suksessfaktorer. For å få et oversiktlig materiale ble faktorene plassert i fire kategorier: Tips til gjennomføring av brukermedvirkning, holdninger/faglig tilnærming, samarbeid/partnerskap og helsefremmende faktorer. Kategoriseringen medførte en reduksjon fra 97 til 28 faktorer.

Noen suksessfaktorer står frem i materialet. Det handler om å:

- Jobbe mot brukerens egne mål. For å få til dette er det nødvendig å *skape en god relasjon og ha en åpen dialog* – etterspørre hva som er viktig for vedkommende. Så lages det en *plan* som beskriver hvilke tiltak som skal igangsettes med utgangspunkt i målene.
- Invitere brukerne inn i forbedringsarbeidet. De må trekkes inn tidlig i prosessen slik at muligheten til påvirkning blir reell. Brukernes synspunkter på tjenestene må dessuten innhentes regelmessig.
- Samarbeide og inngå partnerskap både innad i tjenestene og utad med relevante aktører som bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige organisasjoner, likemenn/likepersoner og erfaringskonsulenter.
- Bidra til å sikre de helsefremmende suksessfaktorene sammen med den enkelte bruker. Det vil si bolig, arbeid/meningsfull fritid og mulighet til samvær med andre.
- Velge en faglig overbygning/et tankesett på tjenestene som vektlegger den enkelte pasient/brukers mestring og ressurser.

Alle de identifiserte suksessfaktorene er i tråd med overordnede føringer, lovverket på området og anerkjente faglige metoder. For å fremme en ny og styrket brukerrolle kreves vilje til endring når det gjelder holdninger og kultur i tjenestene. Det kan også være nødvendig å tenke annerledes og benytte ressursene man har tilgjengelig på en annen måte.

Diskusjon

Den suksessfaktoren som ble beskrevet i flest eksempler handler om å jobbe mot brukernes mål. Det vil sikre brukerperspektivet i hele den tiden brukerne har behov for tjenester. For å få frem målene nevnes blant annet behovet for åpen dialog, god relasjon og det å skape en mestringskultur med brukeren som aktiv deltager. Ut ifra brukerens mål lages det en plan. I eksemplene har planene forskjellige navn, men det kan gjerne være en individuell plan (IP) – en rettighet for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Den skal inneholde en oversikt over pasientens/brukerens mål, ressurser og behov for tjenester.

Det å få brukerne med i forbedringsarbeidet er en annen suksessfaktor som fremkommer i mange eksempler: Brukere deltar i utforming av kartleggingsskjema, lager spørreundersøkelser om opplevd brukerkvalitet, lager nye inntaksprosedyrer, planlegger nye boliger og deltar i innovasjon og utprøving av velferdsteknologi. Det understrekes i flere av eksemplene at brukerne må trekkes tidlig inn i forbedringsarbeidet slik at de får en reell mulighet til påvirkning. Det er også viktig å få tilbakemeldinger fra brukerne underveis for å sikre at man er på rett vei.

I de fleste eksemplene kommer det frem – på ulike måter, at det å ivareta og benytte brukernes og de pårørendes ressurser er en suksessfaktor: Tidligere brukere ansettes i tjenestene, brukere og ansatte samarbeider på lærings- og mestringssentre og brukerstyrte tiltak, brukere og pårørende deltar i forbedringsarbeid, brukere er medforskere, og trekkes inn i undervisningen av personalet. Kunnskapen som personalet får på denne måten beskrives som verdifull.

Samarbeid/partnerskap nevnes som en suksessfaktor i flere eksempler. Dette gjelder både innen tjenestene og utad med relevante aktører som likemenn/likepersoner, andre kommuner, brukerorganisasjoner, høyskoler, NAV, tilhørende helseforetak og brukerstyrte tiltak. Samarbeid/partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner har støtte hos norske myndigheter, blant annet for å bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

En trygg bolig beskrives som en suksessfaktor i flere eksempler. Utformingen av boligene er ulike, men tenkningen som ligger til grunn er ressursfokusert. En av modellene som prøves ut er Housing First. I tillegg til å skape en trygg base for den enkelte bruker, viser en rapport at denne måten å organisere boliger til utsatte grupper på kan være lønnsom for en kommune når alternativet er hospits.

Det å sikre brukermedvirkning og fremme en ny og styrket brukerrolle har sine utfordringer. Medvirkningsstigen er et verktøy som er utviklet for å kunne benyttes i dette arbeidet. Den kan brukes til bevisstgjøring og planlegging, og inneholder eksempler på virkemidler som allerede benyttes i helse- og omsorgstjenesten. Eksempler: Informasjon, veiledning og opplæring, nasjonale retningslinjer og pakkeforløp, spørreundersøkelser, ulike former for brukerråd, ansvarsgrupper, brukerstyrte tiltak, velferdsteknologi og lærings- og mestringssentre. Men virkemidlene i seg selv er ikke nok til å fremme en ny brukerrolle. Hvordan virkemidlene blir brukt og hvilke holdninger og kultur som ligger til grunn for bruken er av stor betydning.

Innhold

SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	4
Diskusjon	4
INNHold	6
FORORD	8
KAPITTEL 1 INNLEDNING	9
Bakgrunn	9
Hensikten med notatet	9
Samarbeid med fagmiljøet i Trento, Italia	9
Økonomiske forhold	10
Sentrale begreper	10
En ny bruker-/pasientrolle	10
Brukermedvirkning på individ-, tjeneste og systemnivå	11
KAPITTEL 2 METODE	13
Innsamling av eksempler	13
Innsamling og utvalg	13
Beskrivelse av begrepet suksessfaktorer	14
Identifisering av suksessfaktorer	15
Svakhet og styrke ved innsamlingsmetoden	16
Medvirkningsstigen	16
Bakgrunn for medvirkningsstigen	16
Videreutvikling av Sagers medvirkningsstige	17
Etiske problemstillinger	18
KAPITTEL 3 RESULTAT	19
Suksessfaktorer	19
Eksempler på en ny og styrket brukerrolle	21

Individnivå	21
Tjenestenivå	23
Systemnivå	25
KAPITTEL 4 DISKUSJON	27
Jobbe mot brukerens egne mål	27
Individuell plan	29
Skape gode relasjoner	29
Brukerne deltar i forbedringsarbeid	30
Ivareta brukernes ressurser	31
Samarbeid-/partnerskap	32
Bolig	33
Svakheter ved bruk av begrepet suksessfaktor	33
Virkemidler for brukermedvirkning/en ny brukerrolle	34
Ansettelse av medarbeidere med brukererfaring	37
Hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering	38
Forskning på brukermedvirkning	38
Videre forskning	39
VEDLEGG 1. SKJEMA FOR INNSAMLING AV EKSEMPLER.	40
VEDLEGG 2. OVERSIKT OVER ALLE EKSEMPLENE.	42
VEDLEGG 3. IDENTIFISERTE SUKSESSFAKTORER.	51
REFERANSER	54

Forord

I februar 2016 gjennomførte Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Seksjon for kvalitetsutvikling i Folkehelseinstituttet (FHI) en turné i Norge sammen med et fagmiljø innenfor psykisk helse fra Trento i Nord-Italia. Hensikten var todelt:

1. Inspirere ansatte og brukere innenfor helse- og omsorgstjenesten til å lære av det systematiske arbeid med brukermedvirkning som foregår i Trento.
2. Innhente og presentere norske eksempler på en ny brukerrolle.

Eksemplene som ble hentet inn kom fra både kommuner og sykehus, og de dekket et bredt fagfelt; alt fra tjenester til demente til oppfølging av kreftpasienter, rus, psykisk helse, velferdsteknologi, lærings- og mestringssentre og brukerstyrte poliklinikker. Presentasjonene av eksemplene ble filmet, og i tillegg er de dokumentert skriftlig. Etter turnéen har materialet blitt gjennomgått, og suksessfaktorer for å fremme en ny pasient- og brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten har blitt identifisert. Suksessfaktorene presenteres i dette notatet.

Målgruppene er ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten, bruker- og pårørendeorganisasjoner, enkeltbrukere/pasienter/pårørende, politikere og utdanningsinstitusjoner.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Lilly Ann Elvestad
Generalsekretær FFO

Anders Vege
Seksjonsleder

Toril Bakke
Prosjektleder

Kapittel 1 Innledning

Bakgrunn

Hensikten med notatet

Hensikten med notatet er å beskrive suksessfaktorer som fremmer en ny pasient- og brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er hensikten å presentere et verktøy som kan brukes i dette arbeidet, en medvirkningsstige. Eksemplene som suksessfaktorene er hentet fra ble samlet inn i forbindelse med en turné som ble gjennomført i et samarbeid mellom FFO og Seksjon for kvalitetsutvikling i FHI februar 2016.

Samarbeid med fagmiljøet i Trento, Italia

Fagmiljøet innenfor psykisk helse i Trento, en by i Nord-Italia, har lang erfaring med systematisk brukermedvirkning. Første kontakt mellom Seksjon for kvalitetsutvikling og dette fagmiljøet fant sted i Jönköping mars 2011 på Mikrosystemfestivalen. Trentos måte å organisere tjenestene på, og holdningene til brukerkunnskap og profesjonell kunnskap som likeverdige, har fått stor betydning for seksjonens videre arbeid. Møtet medførte at seksjonen dro på en læringsreise til Trento sammen med flere organisasjoner, blant annet FFO, i november 2011. Etter dette har det vært jevnlig kontakt og flere besøk til Trento med grupper fra den norske helse og omsorgstjenesten.

Psykisk helsetjeneste i Trento har ansvar for omlag 150.000 innbyggere. Med utgangspunkt i et Psykisk helse senter er det et bredt utvalg av tjenester: Ambulante tjenester, jobbaktiviteter, boliger, dagsenter, Empowerment senter, en kvalitetsgruppe, og en akuttavdeling på det somatiske sykehuset med 15 senger. Psykisk helse senteret har et utstrakt samarbeid med lokalpolitikere, sosialtjenesten, fastleger og andre helsetilbud, skoler, og frivillige organisasjoner (1). Det finnes én behandlingsplan for hver pasient og denne er forankret i Psykisk helse senteret.

Det holdningsskapende arbeidet står sentralt. Mottoet er: «*Doing together*», og tett samarbeid med brukere og pårørende er en bærebjelke. En av suksessfaktorene i Trento er deres ordning med frivillige - Utenti Familiari Esperti (UFE) (2). Dette er tidligere pasienter og pårørende som på ulike måter, også som ansatte, benytter sin

ekspertkompetanse inn i alle deler av tjenestene. Det inkluderer også akuttavdelingen som har syv frivillige ansatt.

Det å hjelpe brukerne til å få et trygt sted å bo og jobb/meningsfull aktivitet blir høyt prioritert. Det utøves stor fleksibilitet for å finne et egnet bosted for hver enkelt bruker, og brukerne har stor innflytelse på hvilken grad av oppfølging de ønsker og trenger. Det legges opp til å ha den samme variasjonen i arbeidstiltak. Bil- og sykkelvask, catering og mange andre arbeidsoppgaver er tilgjengelig.

I 2014 var det totalt ansatt 85 fagutdannede, 45 UFE'er og ti frivillige i tjenestene i Trento (1). Arbeidsoppgavene fordeles ut fra en ideologi hvor bruker og pårørende-kunnskapen er likeverdig med den profesjonelle kunnskapen. En UFE kan for eksempel dra på hjemmebesøk for å vurdere situasjonen etter en bekymringsmelding fra en nabo (1).

Økonomiske forhold

FFO og FHI ønsket å invitere fagmiljøet fra Trento til Norge og søkte Helsedirektoratet (Hdir) om midler til en turné. Søknaden ble innvilget. Kostnadene kom på 274.000 kroner. I retur ønsket Hdir et notat som oppsummerte arbeidet med en ny brukerrolle i den norske helsetjenesten – det foreliggende notatet.

Sentrale begreper

En ny bruker-/pasientrolle

Gjennom lov- og avtaleverk, retningslinjer og veiledere sender myndighetene ut styringssignaler til helsetjenesten (3, 4). Et tydelig signal, som blant annet presenteres for sykehusene ved oppstarten av et nytt år, er målet om å skape pasientens helsetjeneste (5, 6). I utviklingen av tjenesten er målet at pasienter og brukere er aktive og likeverdige deltakere. Dette innebærer blant annet en maktforskyvning over til pasientene (6). Et grunnleggende spørsmål som helsepersonell oppfordres til å stille i denne sammenhengen er: Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville tjenestene bli organisert og styrt da? Spørsmålet besvares blant annet med at vi må involvere brukerne i større grad enn i dag (5).

Føringer om økt brukermedvirkning/involvering, både i behandling og i forbedring av tjenestene, har en lang historie i helsetjenesten (7). Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren (8-10). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og skal dermed gjennomføres (11). Det er i tillegg et overordnet mål, en strategi for å skape mestring og en demokratisk rettighet (7, 11, 12). Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes situasjon (13). I dette notatet er en

ny brukerrolle plassert som et kjerne-element i brukermedvirkning. Dette har fått konsekvenser for begrepsbruken: Både «en ny brukerrolle» og «brukermedvirkning» benyttes, alt etter hvilken kontekst begrepene viser til.

En statusrapport av samhandlingsreformen fra 2014 viser at det fortsatt er et stort forbedringspotensial når det gjelder det å oppnå en ny pasient- og brukerrolle i norsk helsetjeneste (14). Samtidig har reformen rettet oppmerksomheten mot prinsippet om at all pasient- og brukerbehandling skal ha til hensikt å understøtte mestring av egen helse (14). Statusrapporten om samhandlingsreformen fra 2016 anbefaler at brukerperspektivet i helsetjenesten generelt må styrkes (15). Både fordi det er lovpålagt, men også fordi det skal bidra til at reformen får et faglig innhold som utgjør en forskjell for pasienttilbudet både i helseforetak og kommuner (15).

Brukermedvirkning på individ-, tjeneste og systemnivå

Det er viktig å være så presise som mulig i arbeidet med å fremme brukermedvirkning: Hvilket nivå handler det om i den enkelte situasjon; individ-, tjeneste-, eller systemnivå? De to sistnevnte nivåene kan i enkelte sammenhenger være overlappende. FFO har gjennom mange år jobbet systematisk med å fremme brukermedvirkning, spesielt på tjeneste-/systemnivå. I dette arbeidet bruker de følgende definisjon på brukermedvirkning (16):

«Brukermedvirkning er når en bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere og/eller tjenesteytere og på like fot med dem tilbyr kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og/eller andres erfaringer - for å løse ulike samfunnsoppgaver». S. 7.

Brukermedvirkning på systemnivå er regulert i lov om helseforetak § 35 (17). Denne paragrafen pålegger styret å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten. En tilsvarende bestemmelse finnes i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10 (11): Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. De skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer, og skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner. I forskrift om internkontroll, § 4F, reguleres brukermedvirkning på tjenestenivå. Her presiseres virksomhetens plikt til å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten (8). På tjeneste-/systemnivå vil brukermedvirkning i praksis innebære at brukere og representanter for brukerorganisasjoner inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet, og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål.

På individnivå reguleres brukermedvirkning i lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 3 (12): Pasient/bruker skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. I samme kapittel gis brukerne rett

til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som f.eks. alder, kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (12). Gjennomgangen av lovverk og styringssignal fra myndighetene viser at brukermedvirkning skal gjennomføres i den norske helse- og omsorgstjenesten (3, 18).

Kapittel 2 Metode

Innsamling av eksempler

Som tidligere nevnt ble eksemplene samlet inn i forbindelse med en turné februar 2016. Det var et mål å finne eksempler på brukermedvirkning/en ny brukerrolle fra et så bredt spekter som mulig, både somatikk, psykisk helse, rus, helse- og omsorgstjenester i kommunen og sykehus/poliklinikker. I tillegg var det et mål å få med eksempler både på individ-, tjeneste-, og systemnivå.

Innsamling og utvalg

Eksemplene ble valgt ut på en måte som har likhet med utvelging av informanter til kvalitative undersøkelser. Hensikten er å generere og få mer utfyllende kunnskap om et fenomen (19). I denne sammenhengen en ny brukerrolle. I innsamling og utvalg av eksemplene ble snøballmetoden benyttet. Det som kjennetegner denne metoden er å identifisere personer og/eller fagmiljø som vet mye om det temaet som skal undersøkes. Disse personene kan igjen vise til andre personer eller miljø som det kan være aktuelt å kontakte (19). Hvor mange eksempler som var nødvendig for å kunne si noe meningsfylt og nyttig om en ny brukerrolle, var det vanskelig å vite på forhånd. Planen var å søke etter flere eksempler i etterkant av turnéen hvis det ikke ble samlet inn nok informasjon til å belyse temaet der.

I første omgang ble det tatt kontakt med rådmenn/kommunalsjefer/fagledere i Molde, Kristiansand, Asker, Larvik og Klepp. Årsaken til at disse stedene ble valgt var det kontaktnettet seksjonsleder Anders Vege i FHI hadde der. Kontaktpersonene sa seg villig til å innhente eksempler, og til å arrangere en samling hvor både fagmiljøet fra Trento og de lokale eksemplene ble presentert. De som hadde eksempler ble bedt om å fylle ut et skjema og beskrive det. Blant annet skulle følgende opplysninger oppgis: Kontaktinformasjon, mål, bakgrunn, utvikling, ny praksis, resultat og plan for spredning. Alle disse punktene hadde underpunkter i form av spørsmål som fagpersonen skulle besvare skriftlig. Skjema – se vedlegg 1.

De aller fleste hadde fylt ut skjemaet med fullstendige opplysninger. Noen hadde delvis fylt ut skjemaet, og noen sendte kun inn PowerPoint-presentasjoner, eller korte skriftlige presentasjoner. Ettersom flertallet av presentasjonene ble filmet, har

det å se gjennom filmene fungert som en kvalitetssikring blant annet for å skjønne konteksten som den nye brukerrollen ble utviklet i.

Beskrivelse av begrepet suksessfaktorer

På et tidlig tidspunkt i skriveprosessen ble det tatt et valg om å identifisere suksessfaktorer for å fremme en ny brukerrolle i eksemplene. Dette valget ble tatt blant annet på bakgrunn av svarene på følgende spørsmål i det skriftlige materialet, og presentasjonen på turnéen:

- Beskriv kort hva det var som gjorde at denne nye måten å samarbeide på ble til?
- Hvordan var brukerne involvert i utviklingsarbeidet, og hvordan fikk dere til dette?
- Hvordan har dere lagt til rette for at brukerne kan medvirke på en ny måte?
- Hva gjør dere nå, som dere ikke gjorde før, som involverer brukerne?
- Hva er forutsetningene for at det kunne skje?
- Hva har personalet/tjenesten lært av brukerne?

Med suksessfaktorer menes faktorer som kan identifiseres i det enkelte eksemplet, og som synes viktige for å fremme en ny brukerrolle. Som en hjelp til å identifisere slike faktorer, ble det søkt etter en definisjon/beskrivelse av hva en suksessfaktor kunne være i denne sammenhengen. Etter søking på nettet uten å finne en definisjon som passet, blant annet via søkemotoren Google, ble det laget en egen beskrivelse av hva som menes med suksessfaktor:

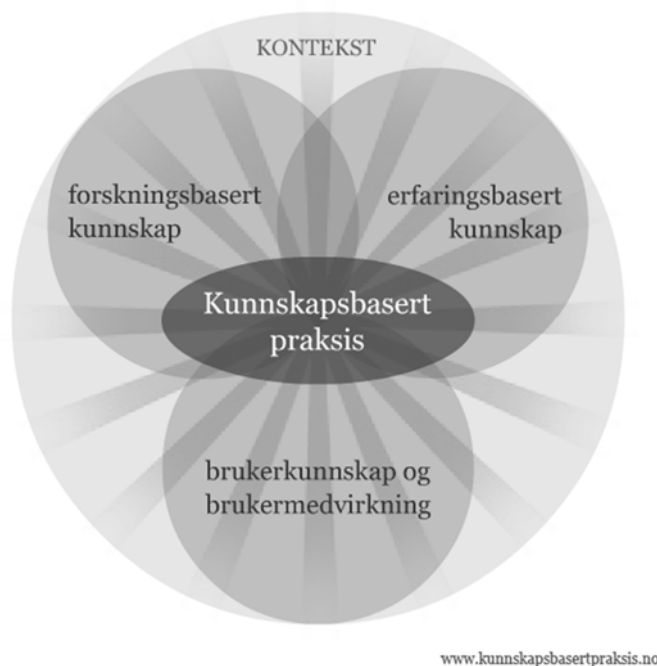
«Med suksessfaktor menes faktorer/elementer/holdninger som medvirker til en ny og styrket brukerrolle».

I denne beskrivelsen kombineres en ny brukerrolle med begrepet «styrket». Dette medfører en utfordring – hva legges i begrepet «styrket brukerrolle». FFO spilte inn følgende beskrivelse, som er i tråd med helsepolitiske føringer på området, og deres arbeid med brukermedvirkning (5-7, 12):

«Med styrket brukerrolle mener vi en rolle hvor brukere og fagpersoner er likestilt, og hvor brukere dermed har en like sterk stemme som fagpersonen og tjenestene».

Beskrivelsen innebærer en maktforskyvning i forholdet mellom fagpersoner og brukere i praksis. Det betyr ikke at helsepersonell skal legge vekk egen fagkunnskap og være passive i møtet med brukerne. Tvert imot betyr det at helsepersonells fagkunnskap og erfaringer, samt brukernes kunnskap om egen livssituasjon og det å leve med en sykdom eller lidelse til sammen skal føre til bedre tjenester for den enkelte (20). En slik måte å tenke på er i tråd med kravet fra myndighetene om kunnskapsbasert praksis (KBP) i helse- og omsorgstjenesten.

KBP innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i arbeidet; kunnskap fra forskning og teori, erfaringer fra praksis, og pasientens kunnskap, ønsker og behov i en gitt situasjon (21). Dette kan illustreres på følgende måte (21):



Figur 1. Kunnskapsbasert praksis.

I sammenheng med utvikling av en ny brukerrolle er KBP en nyttig teoretisk overbygning. Denne måten å tenke på anerkjenner brukerkunnskapen og sidestiller den med forskning og den erfaringsbaserte kunnskapen som fagpersoner har. Kunnskapsområdene utfyller hverandre, og må sammenstilles og brukes til beste for den enkelte pasient i den enkelte situasjon (21).

Identifisering av suksessfaktorer

Tre personer – Arnfinn Aarnes og Berit Therese Larsen fra FFO, og Toril Bakke fra Seksjon for kvalitetsutvikling FHI, har uavhengig av hverandre gått gjennom eksemplene og identifisert suksessfaktorer for en ny og styrket brukerrolle. De to førstnevnte var med på hele turnéen og kjente dermed eksemplene fra før. Etersom de som presenterte eksemplene ikke spesifikt var blitt bedt om å beskrive suksessfaktorer på forhånd, er det de tre gjennomleserne som har identifisert og valgt ut disse ut fra svarene på spørsmålene i skjemaet, filmen, og tilstedeværelse på turnéen. I et eget møte gikk vi gjennom alle eksemplene sammen og diskuterte oss frem til enighet om hva som kunne ses på som suksessfaktorer i hvert enkelt. I tillegg har to personer som også var med på hele turnéen lest gjennom notatet og vurdert de identifiserte suksessfaktorene.

Svakhet og styrke ved innsamlingsmetoden

Snøballmetoden for innsamling av informasjon/kunnskap har både styrke og svakheter. Styrken er som tidligere nevnt muligheten til å gå direkte til personer og fagmiljø som har utmerket seg på det området man ønsker mer kunnskap om (19). En av de viktigste svakhetene er skjevheten i utvalget (19). Andre eksempler kunne ha bidratt med faktorer som ville ha nyansert bildet av en ny og styrket brukerrolle. På den annen side var det også en risiko for å ende opp med eksempler som ikke inneholdt suksessfaktorer på en ny brukerrolle i det hele tatt.

Medvirkningsstigen

Begrepet brukermedvirkning blir brukt i mange sammenhenger innen helse- og omsorgstjenesten, og blir forstått på ulike måter (7). Hva medvirkningen skal innebære i praksis kan oppleves uklart og forvirrende. En fare ved dette er at det kan skapes forventninger som ikke blir innfridd, både fra brukernes og de ansattes side. I arbeidet med brukermedvirkning og det å fremme en ny brukerrolle kan det være nyttig å ha et praktisk verktøy tilgjengelig.

Bakgrunn for medvirkningsstigen

Inspirasjonen til å utvikle et eget verktøy i arbeidet med brukermedvirkning, kom fra en medarbeider i seksjon for kvalitetsutvikling som hadde erfaring med bruk av Sagers medvirkningsstige (22). I denne stigen har Sager (1991) sortert deltakelse i planleggingsprosesser etter grad av innflytelse (23):

5. BESLUTNINGSRETT	
4. MEDBESTEMMELSE	Virkemidler: Arbeidsgrupper av berørte interesser, virkemidler for diskusjon og informasjon
3. KONSULTASJON	Virkemidler: Møter med berørte interesser, rådgivende grupper, folkemøter, avisdebatt, samtaler
2. INFORMASJON	Virkemidler: Planer, skriv, brosjyrer, avisartikler, radio, tv, åpne møter, intervjuundersøkelser, kartlegging av forskjellig slag
1. OFFENTLIGHET	Lovbestemmelse om offentlighet sikrer at planleggingen blir offentlig og ikke hemmelig. Ivaretar rettssikkerhet. Passiv informasjon

Figur 2. Sagers medvirkningsstige.

Flere andre forfattere har også være inne på tanken om å beskrive brukermedvirkning på ulike former for skalaer, stiger eller trinn (24).

Videreutvikling av Sagers medvirkningsstige

FFO og Seksjon for kvalitetsutvikling har samarbeidet om en videreutvikling av Sagers medvirkningsstige i forbindelse med lansering av dette notatet. Stigen er tilpasset føringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten. Antall trinn er redusert til fire og går nå fra informasjon (trinn 1), via konsultasjon og medbestemmelse/partnerskap (trinn 2 og 3), til brukerstyring (trinn 4). I tillegg er stigen utvidet med tre nivå på hvert trinn: Individnivå (A), tjeneste-/systemnivå (B), og systemnivå/politikkutforming (C). Nivåene B og C kan til dels overlape hverandre.

Virkemidler for å få til brukermedvirkning og fremme en ny brukerrolle kan plasseres inn i denne stigen. I diskusjonskapitlet er konkrete virkemidler hentet fra eksemplene plassert inn i stigen for å illustrere hvordan den kan brukes.

	A. Individnivå	B. Tjeneste-/systemnivå	C. Systemnivå/politikkutforming
4. Brukerstyring			
3. Medbestemmelse-/partnerskap			
2. Konsultasjon			
1. Informasjon			

Figur 3. Medvirkningsstigen.

Målet med stigen er at den skal være til hjelp for ledere, helsepersonell, brukere/pasienter og deres pårørende, samt brukerorganisasjoner i arbeidet med brukermedvirkning generelt, og til å utvikle en ny brukerrolle. Stigen kan også benyttes i høgskolesystemet i utdanningen av helsepersonell når temaene er brukermedvirkning, pasientenes helsetjeneste, og den nye brukerrollen.

En felles gjennomgang av nivåene og trinnene i stigen blant ledere og medarbeidere i egen organisasjon kan bidra til avklaring og refleksjon, og gi en hjelp til å svare på viktige spørsmål: Hvilken form for brukermedvirkning er det vi snakker om nå? Er det de rettighetene som brukere og pasienter har på individnivå i henhold til lovverket? Eller er det f.eks. forslag om å opprette et brukerråd på tjenestenivå? På hvilket trinn på stigen skal dette brukerrådet i så fall plasseres? Hvis det skal konsulteres av og til plasseres det på trinn 2. Hvis det er ønskelig med reell medvirkning plasseres det på trinn 3. Da må mandatet gjenspeile hvilken makt og myndighet rådet skal ha.

Etiske problemstillinger

En viktig etisk problemstilling i dette notatet er faren for at enkeltpasienter blir gjenkjent uten deres godkjenning. Fem eksempler på nye brukerroller blir utdypet, og tre av disse inneholder pasienthistorier. Pasientene er anonymisert med endringer av kjønn, kontekst/sykdomshistorie. Flere brukere var med og presenterte eksempler på turnéen. Det ble informert om at filmene ikke skal brukes offentlig uten at den enkelte bruker blir forespurt på forhånd og gir sin godkjenning.

Kapittel 3 Resultat

Det ble samlet inn til sammen 39 eksempler, og de fordeler seg geografisk på følgende kommuner og sykehus: Ti eksempler fra Sandnes, fem fra Sola, fire fra Asker – inkludert et Kommunesamarbeid i Vestre Viken området, to fra Drammen, tre fra Ålesund, ett fra Helse Møre og Romsdal, to fra Kristiansund, ett fra Surnadal, seks fra Kristiansand – inkludert to fra Sørlandet sykehus, to fra Larvik og tre fra Sandefjord. For en oversikt over alle eksemplene med kontaktinformasjon der hvor den finnes – se vedlegg 2.

Suksessfaktorer

Det ble identifisert 97 suksessfaktorer i eksemplene og disse er spredd over et bredt felt; alt fra betydningen av å ha en åpen dialog, til mer eller mindre formelle samarbeid mellom fagpersoner, likemenn/likepersoner og pasienter/brukere. Vedlegg 3 viser en oversikt over alle de identifiserte suksessfaktorene. For å få til en mer ryddig og informativ oversikt, ble de lest gjennom med tanke på kategorisering. Tre kategorier stod i første omgang frem som egnet til dette. Et kjennetegn ved disse er at de handler om tjenestene og tjenestetilbudet. Kategoriene er til dels overlappende og påvirker hverandre. Suksessfaktorene ble fordelt i de tre kategoriene:

1. Konkrete tips til gjennomføring av brukermedvirkning
2. Holdninger/faglig tilnærming som fremmer en ny og styrket brukerrolle
3. Samarbeid/partnerskap for å fremme en ny og styrket brukerrolle

I løpet av prosessen med å kategorisere suksessfaktorene var det enkelte som tilsynelatende ikke passet inn i noen av de tre. Et kjennetegn ved disse faktorene er at de handler om brukerne selv og deres mulighet til å *nyttiggjøre seg* tjenestetilbudet. Det vil si faktorer som tjenestene kan tilrettelegge for, og langt på vei hjelpe brukerne med. Her finner vi behovet for å ha et trygt sted å bo og en jobb, og/eller et meningsfylt fellesskap med andre mennesker. Ettersom disse faktorene er viktig laget vi en fjerde kategori og kalte den for helsefremmende suksessfaktorer.

For å få et mer oversiktlig og håndterlig materiale i tillegg til kategoriseringen, ble likelydende suksessfaktorer slått sammen under en felles faktor. Disse ble merket

med x, samt et nummer som viser til antall eksempler som inneholder denne suksessfaktoren. Eksempel: Suksessfaktoren «*få brukerne tidlig inn i forbedringsarbeid*» har en x og tallet 14 etter seg. Det betyr at likelydende suksessfaktorer også ble nevnt i 13 av de andre eksemplene. Sammenslåingen medførte at 28 suksessfaktorer gjenstår. Tabell 1 viser disse suksessfaktorene fordelt på de fire kategoriene:

Konkrete tips	Holdninger/faglig tilnærming	Samarbeid-/partnerskap	Helsefremmende suksessfaktorer
<ul style="list-style-type: none"> - Få brukerne tidlig inn i forbedringsarbeid (x14). - Mulighet til forberedelse. - Mulighet til påvirkning. - Mulighet til å gi tilbakemelding (x2). - Egnerfaring som ressurs (x5). - Brukere og pårørende som utviklingsagenter (x2). - Utforsk bruken av nye media sammen med brukerne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jobbe mot brukerens egne mål (x17). - Prioritere individuelle hensyn foran rutiner (x9). - Åpen dialog (x9). - Mestringskultur med brukeren som aktiv deltager (x6). - Støtte brukers håp om og tro på at han kan (x4). - Tillit mellom brukeren og ansatte i tjenestene (x3). - Koordinerte tjenester (x2). - Tenk utenfor «boksen» i forhold til hvem som gjør hva (x2). - Gode relasjoner, jobb derifra. - Fokus på mestring og muligheter. - Avklare forventninger fra brukeren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jobbe frem løsninger i partnerskap (x5). - Samarbeid mellom fagpersoner, erfaringskonsulent og bruker (x3). - Samarbeide med likemenn (x2). - Pasientene som bestillere til spesialisthelsetjenesten (x2). 	<ul style="list-style-type: none"> - Bolig (x4). - Jobb/meningsfull aktivitet (x4). - Brukerne har mulighet til å hjelpe andre, ikke bare ta imot hjelp (x4). - Oppleve å være en del av noe (x4). - Brukerne får mulighet til å gi noe tilbake til samfunnet (x3). - Opplevelse av å bidra (x3).

Tabell 1. Suksessfaktorene kategorisert.

Eksempler på en ny og styrket brukerrolle

For å gi et innblikk i eksemplene som er hentet inn, og bakgrunnen for de valgene som er gjort med hensyn til identifisering av suksessfaktorer, presenteres fem eksempler; to på individnivå, to på tjenestenivå, og ett på systemnivå. Beskrivelsene er godkjent av kontaktpersonene som presenterte eksemplene, og anonymisering av brukerne er sikret gjennom endring av kjønn, kontekst og sykdomshistorie.

Individnivå

Sammen om behandlingsforløpet: Oppfølging og behandling av sårproblematikk.
Sola kommune.

Fra Sola kommune kommer et eksempel på oppfølging og behandling av sår. Brukeren er en mann som begynte å motta kommunal hjelp etter et fall. Han pådro seg en ryggmargsskade som førte til tapt motorikk samt tap av følelse i huden. Etter mye trening er bruker selvstendig i daglige aktiviteter, men trenger oppfølging av sår på føtter og sete. Dette gjennomføres i regi av en sykepleierklinikk. I tillegg får han hjelp fra hjemmetjenesten.

Primærkontakt startet opp ukentlige avtaler med bruker for å utføre sårstell. Samme fagperson hver gang ble opplevd som trygt av brukeren. Han ble spurt om hva som var viktig for han i denne perioden, og det ble laget en plan for behandlingsforløpet. Det var viktig for brukeren å kunne fortsette i jobb. Forventninger til både hjemmetjenesten og brukeren ble avklart. I denne perioden hadde bruker mindre omfattende sår, som han også skiftet bandasje på selv. Primærkontaktens rolle var vurdering og veiledning, samt forebygging av utvikling av nye sår. Det har vært viktig for bruker å tilegne seg kunnskaper om forebyggende tiltak han kunne gjøre selv, og at disse ble tilpasset hans hverdag og jobb.

Etter en sykdomsperiode fikk han et mer omfattende sår, og ble fulgt opp med daglige sårstell. Flexibiliteten var stor for hvor sårstellet skulle foregå – hjemme, eller på klinikken, alt etter brukers behov, timeplan og arbeidstider. Etter noen måneder hadde såret grodd. Vedtak om tilbud fra sykepleierklinikk fortsetter likevel en gang hver annen uke med kontroll av hudstatus og forebygging av sår. Det var et viktig mål at behovet for tett oppfølging ikke skulle hindre bruker i å møte på arbeid til rett tid.

Den nye brukerrollen synliggjøres gjennom følgende faktorer: Brukeren ble spurt hva er viktig for deg, og det ble laget en forutsigbar plan for behandlingsforløpet. Sårstellet ble lagt til tider som passet brukeren slik at han kunne opprettholde en så normal tilværelse som mulig, blant annet fortsette i jobb. God dialog, opplæring og veiledning ble også iverksatt. Til sammen gir dette et grunnlag for opplevelse av mestring, et viktig element i en ny og styrket brukerrolle.

Troen på bruker. Sandnes kommune.

Fra Psykisk Helseteam i Sandnes kommune har det kommet et eksempel som inneholder fire korte fortellinger om hvor viktig det er å ha troen på bruker. Her presenteres tre av disse fortellingene. Den første handler om en person som hadde hatt alvorlige alkoholproblemer over flere tiår. Målet, og holdningene som ble vist, var: «*Bruker skal bestemme hva han vil prøve, vi skal ha tillit til og tro på hans valg*». Vedkommende hadde gått på Antabus i flere år, og ønsket ikke å gå på det resten av livet. Brukeren ga uttrykk for tro og håp om å greie å være rusfri uten dette medikamentet. Brukerens fastlege rådet brukeren til å fortsette med Antabus, ellers var det fare for at han ville begynne å ruse seg igjen. Psykisk Helseteam valgte – ut fra det overordnede målet, å lytte til brukeren. Resultat: Bruker har vært uten Antabus, har drukket lite/kontrollert og vært psykisk stabil i flere måneder. Suksessfaktor: Personalet støttet brukers håp om og tro på at han kan, og lar han få prøve slik han selv ønsker.

Den andre fortellingen handler om en bruker som har mottatt tjenester fra både første- og annenlinjetjenesten i en årrekke. Målet som ble laget i fellesskap med brukeren var: «*Bruker skal få bestemme over samarbeidet*». Av ulike årsaker, blant annet beskyttelse av privatlivet, ønsket ikke brukeren at de ulike nivåene automatisk skulle samarbeide om tjenestetilbudet. Til tross for dette blir kommunen kontaktet av sykehuset hver gang hun blir innlagt i forhold til medisinendringer, samarbeidsmøter osv. Når de blir spurt om brukeren ønsker denne dialogen er svaret: «*Vi pleier å ha samarbeidsmøter*». For Psykisk Helseteam er brukermedvirkning ansett som en så grunnleggende verdi at rutiner ikke skal overstyre brukeren ønsker, f.eks. om privatliv. Unntaket er når den ene parten vurderer hennes psykiske helse som så dårlig at det kan være fare for liv, eller at et annet lovverk er gjeldende for situasjonen.

I denne fortellingen blir bruker vurdert til selv å være i stand til å koordinere sine tjenester, og be om det hun trenger. Hun får derfor støtte på ønsket sitt om at automatiske rutiner for utskrivning og samarbeid ikke skal iverksettes. Hun får den hjelpen hun trenger de få gangene hun selv ikke er i stand til det. Resultat: Ved å imøtekomme hennes ønsker har hun opprettholdt tilliten til systemet over tid, noe som er vesentlig for hennes bedringsprosess.

Den tredje fortellingen handler både om brukers klagerett, og bedringsprosesser: En ung kvinne ble utsatt for alvorlige traumer og innlagt på psykiatrisk avdeling. Under dette oppholdet fikk hun flere diagnoser. Bruker ba avdelingen om å få ny vurdering da hun var uenig i diagnosene, men ble ikke hørt på dette ønsket. Hun fikk en kontakt i Mestringsenheten, og fikk etter hvert tillit til sine kontakter her. Etter hvert ble også fastlegen involvert, og han henviste bruker til et distriktpsykiatrisk senter

(DPS) for ny vurdering. Diagnosene ble fjernet, og hun ble erklært symptomfri. Resultat: Bruker er glad for at hun ble lyttet til og trodd, og fikk muligheten til å bli vurdert på nytt. Pr i dag er hun selvhjulpent og mottar minimalt med tjenester fra Mestringsenheten. Hun opplever det å ha allierte som vesentlig for sin bedringsprosess. Suksessfaktor: Møte hver bruker med åpenhet: Hva trenger du? Hvor vil du? Hva skal vi gjøre sammen? Hvordan kan jeg bidra til å nå dine mål? Hva er viktig for deg?

Disse tre fortellingene illustrerer en ny og styrket brukerrolle: Brukerne ble spurt hva som var viktig for dem, og målene for behandlingen ble konsekvent laget sammen med brukerne på områder av stor betydning for dem.

Tjenestenivå

Ditt valg først – bolig. Drammen kommune.

I eksemplet fra Boligtjenesten i Drammen kommune stilles spørsmålet: «*Tør du sitte på når brukeren sitter bak rattet?*». Det overordnede målet for Boligtjenesten var: «*Færre bostedsløse i Drammen kommune*». Det var svaret på utfordringen som viste at det eksisterende hjelpeapparatet ikke klarte å fange opp alle som ble bostedsløse grunnet rus og psykisk lidelse. Kommunen ønsket å prøve ut en ny metode for oppfølging av disse personene. Husbanken presenterte Housing First-metoden, som har sin opprinnelse i USA, og denne metoden ble valgt. På norsk blir metoden kalt: Ditt valg først – bolig. En av grunnpilarene er nettopp at brukerne sitter i førersetet, og personalet bistår for at bruker skal nå sine egne mål i eget liv. Tiltaket er forankret i den boligsosiale handlingsplanen i Drammen kommune. NAV og Senter for rusforebygging og psykiske helse er involvert med hver sin medarbeider i 100% stilling i teamet. I tillegg arbeider det en person med brukerfaring og en prosjektleder der.

I oppstarten av samarbeidet med hver enkelt bruker lages det en serviceplan som beskriver hvordan samarbeidet skal foregå og hvilke mål det skal jobbes mot – brukers mål. Planen er et blankt ark hvor brukeren kan fylle inn det han eller hun definerer som sine utfordringer, ikke det hjelpeapparatet definerer som hans/hennes problem.

Høyskolen i Sør-Øst Norge har hatt følgeforskning på prosjektet siden starten: 50 personer har vært innom eller er i prosjektet per i dag. Prosjektet har en bostabilitet på 92 prosent, har forhindre 18 utkastelser, har bistått 12 prosent ut i arbeid, og to har blitt eiere av egen bolig. Brukerne uttrykker at de er meget fornøyd med oppfølgingen de får. Dette understøttes også av ansatte i andre virksomheter i kommunen. Det jobbes for å styrke teamet med flere ressurser fra NAV, og en kvinnelig medarbeider med brukererfaring, for å kunne følge opp enda flere brukere.

Eksemplet illustrerer en ny og styrket brukerrolle. Det handler ikke bare om brukermedvirkning, men langt på vei om brukerstyring. Dette synliggjøres blant annet i spørsmålet: «*Tør du sitte på når brukeren sitter bak ratte?*». Planen som lages for hver enkelt tar utgangspunkt i brukerens egne mål. Samtidig som tiltaket kommer den enkelte bruker til gode er det solid forankret på tjenestenivå hos ledelsen slik brukerstyrte tiltak må være. Ut fra beskrivelsen kan det også synes som om de holdningene som kreves fra personalets side for å få til et slikt tiltak er godt forankret.

Fra kaos til struktur – mitt liv i endring. Asker kommune.

Fra Asker kommune har vi fått eksemplet: *Fra kaos til struktur – mitt liv i endring.* Målformulering: «*En aktiv brukerrolle fører til mer treffsikre tjenester, og får frem brukers egne ressurser*». Kommunen har etablert et tverrfaglig mottak som forsøker å kartlegge hele situasjonen til brukerne, inkludert familien, og har erfart at dette er hensiktsmessig. De bistår bruker med å navigere i systemet slik at de ikke blir sendt fra den ene til den andre: På et tidspunkt ble økonomirådgiveren i kommunen involvert i en sak på bakgrunn av økonomiske utfordringer. Det handlet om en familie med to barn som leide en kommunal bolig og hadde store behov for oppfølging fra mange instanser. Både mor og far var på ulike måter traumatisert. Barna fungerte godt på mange måter, men tok blant annet aldri med venner hjem fordi stuen ble brukt som soverom. Mange hjelpere var inne i bildet og til sammen hadde familien på et tidspunkt 12 kontaktpersoner, både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Foreldrene var oppgitte og saken fastlåst.

Noe måtte gjøres, og det ble blant annet kuttet i antall fagpersoner fra 12 til to personer som familien hadde god relasjon til. Disse to fant ut at foreldrene hadde mulighet til å kjøpe egen bolig og jobbet både innenfor og utenfor eget primære ansvarsområde for å få løst saken. For eksempel bidro økonomirådgiveren også til rydding og flytting, i tett samarbeid med familien. Denne måten å jobbe på er forankret i virksomhetsplaner og overordnede strategier i kommunen, samt nasjonale strategier og føringer på området. Det handler om å ha et langsiktig og helhetlig perspektiv på den hjelpen som brukerne får.

Det satses på kreative og trygge medarbeidere som ser muligheter, og som forstår brukerens situasjon. Et sentralt poeng er at det må ligge en grunnfestet tillatelse fra ledelsens side til de ansatte for at de skal tørre å være kreative i sin tjenesteytelse. Tett samarbeid mellom primærkontaktene og tverrfaglig samarbeid i «baklandet» er viktig. Det å «*tenke utenfor boksen*» i forhold til hvem som gjør hva, og «*brette opp arma – gjør det som må til*» er også viktige suksessfaktorer for å lykkes i de komplekse situasjonene som brukerne ofte er i. Det handler om å endre en kultur, og jobbe målrettet med holdninger. Noe som både oppleves inspirerende og utfordrende for personalet. De ser at en dreining til mer aktiv brukerrolle fører til mindre

brannslukking og mer målrettede tiltak, og dette oppleves motiverende både for medarbeidere og brukere. Erfaringene så langt viser at stor innsats tidlig i et forløp kan redusere behovet for langsiktig bistand. Dette gjelder blant annet flere vanskeligstilte brukere som har fått mulighet til å kjøpe egen bolig ved hjelp av startlån.

Systemnivå

Brukerdrevet hiv-poliklinikk. Sørlandet Sykehus, Kristiansand.

Fra Sørlandet Sykehus, medisinsk avdeling, har vi fått et eksempel på et pilotprosjekt som er kalt brukerdrevet poliklinikk. Hensikten er å forbedre behandlingstilbudet for brukere som lever med humant immunsvikt-virus (hiv), inkludert bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet. Brukerne er aktivt involvert i planlegging og gjennomføring av prosjektet med utgangspunkt i at pasienten/brukeren vet best hvor skoen trykker. Brukerne har selv utnevnt et interrimstyre (brukerråd) og en styreleder, og har gjennomført en kartlegging av brukergruppens behov og erfaringer. På bakgrunn av denne kartleggingen har brukerrådet utformet en bestilling av tjenester med forslag til tiltak.

Kartleggingen som brukerrådet gjennomførte viste et stort forbedringspotensial på flere områder, blant annet: Ansvarliggjøring av aktørene som var inne i bildet, samarbeidet mellom infeksjonsmedisiner, pasient og fastlege, og enkel og lettfattelig informasjon til pasienten og pårørende om alle forhold som omhandler hiv fra dag én etter diagnose.

Hovedmålene for prosjektet er:

- Optimal helse for den enkelte pasient.
- Helhetlig behandling.
- Ivaretagelse av den enkelte pasient.
- Myndiggjøring av den enkelte pasient.

I tillegg til hovedmålene er det laget en rekke delmål som blant annet handler om ansvars plassering, systematisk bruk av ansvarsgrupper/mikroteam og individuell plan (IP), og at pasientgruppen er premissleverandør for tjenestetilbudet fra spesialisthelsetjenesten, basert på individuelle behov. Et av de bærende prinsippene er at brukergruppen er aktivt med i forbedring av poliklinikkens tjenester. Brukerne blir også sett på som spesialrådgivere i forhold til nydiagnostiserte, og på psykososiale tiltak. Det å trekke brukerne så aktivt inn i planleggingen og driften medførte en total organisatorisk redesign av poliklinikken (24).

Eksemplet viser brukerstyring i praksis. Årsaken er den tydelige forankringen av prosjektet hos brukergruppen, «bottom up». Samtidig som prosjektet er godt forankret hos deltagende helsepersonell, øvrig hjelpeapparat, avdelingsledelse,

sykehusledelse, Helse Sør-Øst, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, «top-down». God forankring nevnes som en av suksessfaktorene i prosjektet. I tillegg nevnes dedikerte fagressurser, tid, midler, infrastruktur og prosjektledelse.

Kapittel 4 Diskusjon

Hensikten med notatet har vært å beskrive suksessfaktorer som fremmer en ny og styrket pasient- og brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg har hensikten vært å presentere en medvirkningsstige som kan benyttes i dette arbeidet.

Eksempelene som er hentet inn viser at praksisfeltet, på tvers av nivåene, er i gang med å fremme en ny brukerrolle. De viser også at denne rollen kan utvikles både på individ-, tjeneste- og systemnivå. Noen suksessfaktorer står frem i materialet.

Det handler om å:

- Jobbe mot brukerens egne mål gjennom åpen dialog, god relasjon, og ved hjelp av en konkret plan.
- Invitere brukerne inn i forbedringsarbeidet. De må trekkes tidlig inn i prosessen slik at muligheten til påvirkning blir reell. Og brukernes synspunkter på tjenestene må innhentes regelmessig.
- Samarbeide og inngå partnerskap både innad i tjenestene, og utad: Bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige organisasjoner, likemenn/likepersoner og erfaringskonsulenter er relevante samarbeidspartnere.
- Bidra til å sikre de helsefremmende suksessfaktorene sammen med den enkelte bruker. Det vil si bolig, arbeid/meningsfull fritid og mulighet til samvær med andre.

I dette kapitlet diskuteres de mest sentrale suksessfaktorene. I tillegg diskuteres noen av virkemidlene som praksisfeltet bruker i det konkrete arbeidet med brukermedvirkning. Til slutt i kapitlet er virkemidlene satt inn i medvirkningsstigen for å illustrere hvordan den kan brukes.

Jobbe mot brukerens egne mål

Alle pasientgruppene i eksemplene har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Uavhengig av diagnose og funksjonsnivå viser eksemplene hvordan man med relativt enkle midler kan yte tjenester på en slik måte at det fremmer en ny og styrket brukerrolle. En suksessfaktor som nevnes i 17 av eksemplene er det å legge brukerens egne mål til grunn for tiltakene som iverksettes. Dette sikrer brukernes perspektiv gjennom hele den tiden de har behov for tjenester. Det handler både om holdninger og faglig tilnærming. Det å jobbe systematisk mot brukerens mål er et valg den faglige ledelsen må foreta, og ikke minst forankre hos alle medarbeiderne.

Sørlandet Sykehus med brukerdrevet hiv-poliklinikk er et av de norske eksemplene som i høy grad synliggjør en ny og styrket brukerrolle. De har et systemperspektiv på planlegging av tjenestene og brukerne deltar aktivt. Brukerne velger selv sitt eget brukerråd og styreleder. Og det er dette brukerrådet som kartlegger brukernes behov og bestiller tjenester. Samtidig er individperspektivet godt ivaretatt: Det jobbes ut fra den enkelte brukers mål, og IP er tatt i bruk for å systematisere tiltakene.

Åpen dialog er identifisert som en suksessfaktor i mange eksempler. Dette er blant annet en nødvendig forutsetning for å få frem hva som er brukernes egne mål. Slik eksemplene viser starter prosessen med å stille brukerne spørsmål som: *Hva trenger du, hva er viktig for deg, og hvordan kan jeg bidra til at du når målene dine?* Når disse spørsmålene er stilt og brukerne får tid til å tenke seg om, og støtte til å gå inn i den krevende prosessen det kan være å sette ord på egne behov, kommer det ofte svar. Erfaringer fra satsingen «Hva er viktig for deg?» - læringsnettverk i kommunene, viser at svarene kan være annerledes enn det helsepersonellet forventer (25). Denne erfaringen beskrives også i flere av eksemplene. Svarene viser også at det å stille spørsmål om hva som er viktig for brukerne ikke utløser mange og ressurskrevende tiltak. Men det kan være nødvendig å tenke annerledes, og benytte ressursene man har tilgjengelig på en annen måte. Ofte handler det om en bevisstgjøring og en vilje til endring, slik eksemplene viser.

Fra Boligtjenesten i Drammen kommune illustreres viljen til endring i budskapet om at brukerne sitter i førersetet med begge hendene på rattet, og at personalet bistår brukerne med sine fagkunnskaper slik at de når sine mål. «Rattet» i denne sammenhengen er ikke helsetjenesten, men brukernes egne liv. Innebygget i dette budskapet ligger det både holdningsmessige og faglige tilnærminger som muliggjør en endring i brukerrollen.

Mange av de andre suksessfaktorene som løftes frem i eksemplene handler om det samme, og understøtter betydningen av budskapet fra Drammen:

- Mestringskultur med brukeren som aktiv deltager.
- Støtte brukers håp om og tro på at de kan, og la dem få prøve løsninger de selv ønsker.
- Imøtekomme brukernes ønsker blant annet for å skape tillit, det fremmer bedringsprosesser.
- Skape gode relasjoner, og jobbe derifra.

Når spørsmålet – hva er viktig for deg stilles, og etter å ha fått svar, kan det være nyttig med en forventningsavklaring. Det må tydeliggjøres hva tjenestene kan hjelpe med, og hva de ikke kan hjelpe med. Men for å fremme en ny og styrket brukerrolle er det samtidig viktig å ha oppmerksomhet på følgende suksessfaktorer: Tenk utenfor «boksen», «brett opp arma og gjør det som må til», vi må bistå bruker med

«alt», og prioritere individuelle hensyn fremfor rutiner i situasjoner hvor det er av stor betydning for brukerne. Sistnevnte suksessfaktor er for eksempel tydelig til stede i eksemplet fra Asker hvor personalet oppfordres til å finne kreative løsninger og jobbe utenfor eget område hvis det gir den beste hjelpen til brukerne. Suksessfaktoren er også tilstede i Sandnes kommune. Her kommer den blant annet til uttrykk i eksemplet med brukeren som ikke ønsket samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og mestringsenheten i kommunen fordi det ble opplevd som en forstyrrelse av privatlivet. Kanskje er det viktig å tenke seg om en gang til ved setninger som begynner med: «Vi pleier å gjøre det sånn», hvis det fører til tiltak som ikke fremmer en ny og styrket brukerrolle. Det er interessant å merke seg at rutinemessig samarbeid mellom de ulike nivåene i helsetjenesten – målet med samhandlingsreformen, i enkelte tilfeller ikke nødvendigvis oppleves som noe positivt av brukerne.

Når brukerne i fellesskap med personalet har identifisert hva som er viktig for vedkommende skal det lages en plan med oversikt over tiltak og hvem som har ansvar for disse. IP er skreddersydd for dette formålet, men det viktigste er ikke hva planen kalles, men at den fungerer.

Individuell plan

IP er både en rettighet for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og en faglig tilnærming (11, 12). Den skal blant annet inneholde en oversikt over pasientens/brukerens mål, ressurser og behov for tjenester (26). Formålet er å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker, pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå og på tvers av forvaltningsnivåene (26). Et annet formål som er viktig i lys av en ny og styrket brukerrolle, er at de som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering, tilbys tjenester som kan bidra til læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (26). I tre av eksemplene nevnes IP som et sentralt virkemiddel, mens i andre eksempler brukes begreper som serviceplan og behandlingsplan om det samme. Hovedpoenget er det å lage en forpliktende plan for tiltak som iverksettes med utgangspunkt i brukernes egne mål.

Skape gode relasjoner

Suksessfaktoren som handler om å skape gode relasjoner og jobbe ut fra det, får støtte i faglitteraturen (27-31). I en analyse av hva forskningsresultater sier om virksomme faktorer i terapi – alle terapimetoder, uansett skoleretning, tallfestes hvor stor prosentdel ulike faktor spiller for resultatet (31). Her kommer relasjonsfaktorer, dvs. klientens opplevelse av å bli forstått, respektert og bekreftet ut med 30 prosent, mens metode/teknikk kommer ut med 15 prosent (31). De andre faktorene er klientrelaterte, og placebo/håp og forventning. Så mye som 40 prosent av resultatet ses i sammenheng med de klientrelaterte faktorene, dvs. klientens egne ressurser og situasjon utenfor terapirummet (31). De omfattende studiene disse tallene bygger på

er hentet fra psykisk helsevern. Men studier fra somatikken indikerer at relasjonsfaktorer også er av stor betydning her (20, 32, 33).

Mestringsenheten i Sandnes kommune kalte sitt eksempel for «*troen på bruker*», og viser til tre historier hvor det å lytte til brukerne og gi hjelp til det som var viktigst for dem er gjennomgående. Deres hjelp til brukerne handler om støtte, og det å fremme håp om og tro på at brukerne selv kan påvirke egen situasjon på en god måte. På Verket - et værested som har som mål og skape fellesskap og tilhørighet i Larvik kommune, stod brukerne i spissen da de utviklet sin visjon: «*Let me hope*». Myndiggjøring og opplevelse av mestring vil innvirke positivt på brukernes bedringsprosesser. Dette er i tråd med tankegangen i både recovery og hverdagsmestring (28, 34, 35). To faglige perspektiv som begge har vist seg å være anvendelige i de kommunale helse og omsorgstjenestene.

Hovedansvaret for å få til gode relasjoner og åpen dialog ligger hos fagpersonene. Det finnes flere metoder som kan være nyttige i dette arbeidet. En av disse er motiverende intervju/motiverende samtale. Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet har laget ti filmer om motiverende samtaler, og Helsedirektoratet har laget fire. Alle filmene ligger tilgjengelig på nettet (36, 37). Det å gå fra å spørre brukeren: Hva feiler det deg, til å spørre: Hva er viktig for deg, står også sentralt i satsingen på gode pasientforløp som KS og Folkehelseinstituttet viderefører høsten 2016 (25).

Brukerne deltar i forbedringsarbeid

Brukerne og de pårørendes deltakelse i forbedringsarbeid er identifisert som en suksessfaktor i 14 av eksemplene. Det er også tydeliggjort i lovverket, slik det beskrives i kapittel 1 (8, 11). I materialet finnes eksempler på brukere som deltar i utforming av kartleggingsskjema, lager spørreundersøkelser om opplevd brukerkvalitet, lager nye inntaksprosedyrer, og planlegger nye boliger. I Kristiansand kommune var deltakelse i planleggingen viktig for å sikre at brukerne hadde et eierskap til boligen da de flyttet inn. Beboere som hadde vært med i planleggingen opplevde større mestrings- evne, mer innflytelse på eget liv, økt verdighet og hadde større tro på hjelpeapparatet. Det er også mindre hærverk og utagering i disse boligene.

Det understrekes i flere av eksemplene at brukerne må trekkes inn tidlig i forbedringsarbeidet slik at de får en reell mulighet til påvirkning. Og det er viktig å sørge for å få tilbakemeldinger fra brukerne underveis for å sikre at man er på rett vei. I Kristiansand ved hiv-poliklinikken kartlegger brukerne selv brukergruppens behov, og bestiller deretter tjenester fra sykehuset.

Andre eksempler hvor brukere og pårørende er invitert inn i forbedringsarbeid handler om deltakelse i innovasjon og utvikling av velferdsteknologi. Et eksempel er det nettbaserte verktøyet ReConnect som skal være en støtte i hverdagen til de som

strever med langvarige psykiske lidelser. Et annet eksempel er utvikling av et kommunikasjonsverktøy hvor målgruppen er personer med en psykisk utviklingshemming. Verktøyet gjør det lettere for brukerne å kommunisere, og i tillegg gir det dem bedre kontroll på hverdagen. Et tredje eksempel er det å bruke Skype i sykehjem slik at brukerne kan få utvidet kontakten med pårørende. Foreløpige resultater viser at Skype har stor betydning for de det passer for. I utgangspunktet tenkte personalet at det var de ressurssterke brukerne som kom til å ha mest nytte av Skype, men det viste seg å være mest nyttig for personer med kognitiv svikt og språkvansker. Skype viste seg blant annet å ha en beroligende effekt ved uro.

Forskning på faktorer som påvirker hvordan ulike former for tilbakemeldinger fra brukerne benyttes i kvalitetsforbedring, viser at følgende faktorer fremmer bruken: At organisasjonen har en kultur som er opptatt av og satser på brukermedvirkning, at et system for håndtering av tilbakemeldinger er på plass – f.eks. at spørreundersøkelser følges opp regelmessig og brukes aktivt til forbedringer, og at helsepersonell oppmuntres til og trenes i forhold til brukermedvirkning (38). En barriere når det gjelder det å følge opp tilbakemeldinger fra brukerne, kan være manglende kompetanse hos helsepersonell i forhold til å tolke data som er innhentet, for eksempel gjennom spørreundersøkelser (39).

Ivareta brukernes ressurser

I alle eksemplene kommer det frem at brukernes ressurser ivaretas og benyttes. Dette gjelder enten tidligere brukere ansettes i tjenestene – slik blant annet Sandnes kommune gjør, koblingen av brukerkunnskap og fagkunnskap – slik det gjøres på lærings- og mestringssentre i Helse Møre og Romsdal, i Larvik og Kristiansand kommune, brukerne deltar i forbedringsarbeid slik det ble beskrevet i forrige punkt, brukerne er medforskere slik eksemplet med ReConnect fra Asker viser, eller brukere og pårørende trekkes inn i undervisningen av personalet, sånn det gjøres i Sandnes: Brukere og pårørende inviteres til å fortelle om hvordan det er å leve med den spesifikke lidelsen, og hvordan det er å være pårørende. Kunnskapen personalet får på denne måten beskrives som verdifull. I eksemplet fra lærings- og mestringssenteret i Sandefjord kommer det frem at det å lytte til brukernes erfaringer fører til dannelsesreiser for personalet. Og på Verket i Larvik kommune blir brukerstemmen tatt inn i personalgruppen og blir hørt på samme måte.

Alle mennesker – uavhengig av hvilke utfordringer de står overfor, eller hvilken livssituasjon de er i, har ressurser (7, 27). Det gjelder å legge forholdene til rette så den enkelte kan ta i bruk egne ressurser så fort vedkommende er i stand til det (3, 28). Brukernes ressurser kan fremmes og ivaretas både på individ- og tjenestenivå. På individnivå er IP et nyttig verktøy, og på tjenestenivå vil det å bli invitert inn i forbedringsarbeid kunne påvirke selvbildet på en positiv måte (13). Dette vil igjen styrke brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt (13). Helsedirektoratet viser til noen momenter som står sentralt i et ressursperspektiv.

Disse momentene er (13):

- å bli tatt på alvor
- å bli behandlet med respekt
- å føle tillit og trygghet
- å få hjelp når behovet er der

Det er også viktig at behandler har «store ører», og evne til å lytte, samt være et medmenneske i sin behandlerrolle (1, 13). Noen av suksessfaktorene viser til ressursene brukerne har: Behovet for å hjelpe andre, ikke bare ta imot hjelp, ønsket om å gi noe tilbake til samfunnet, og behovet for å være en del av noe større. Dette poenget illustreres godt i eksemplet fra Huset i Larvik kommune – et sosialt treffsted for personer som sliter med psykiske lidelser. Allerede i 1995 ble Huset startet opp og brukerne deltok aktivt i planleggingen fra første stund. Med mottoet «*Hvis ingen andre kan hjelpe oss må vi gjøre det selv*», startet nåværende og tidligere brukere opp en hjelpetelefon og bemannet den. En systematisk oversikt som har gjennomgått forskning på effekten av det å hjelpe andre viser blant annet til økt livskvalitet og reduksjon av depresjon hos de som bidrar (40).

Samarbeid-/partnerskap

Det å jobbe frem løsninger i samarbeid/partnerskap med andre nevnes i flere av eksemplene som suksessfaktorer på en ny og styrket brukerrolle. Dette gjelder både innad i tjenestene, og utad med relevante aktører. En slik måte å tenke på har støtte hos norske myndigheter. Det gis uttrykk for at partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er ønsket i tiden fremover, blant annet for å bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten (41, 42). En rapport fra 2012 om partnerskap vektlegger behovet for en overordnet strategi, leder- og medarbeiderforankring, engasjement og entusiasme, brukermedvirkning, avklaring av roller og ansvar, felles visjon og felles mål, tillit, respekt og gode relasjoner for å lykkes (43). Rapporten viser også til noen utfordringer, og det understrekes at partnerskap ikke er en enkel vei til suksess (43).

Rapporten omhandler inngåelse av formelle partnerskap, f.eks. mellom en kommune og frivillige organisasjoner, men samtidig er det relevant kunnskap når det gjelder inngåelse av mer eller mindre uformelle partnerskap mellom fagpersoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner og erfaringskonsulenter/likemenn. Spørsmål som må avklares i forkant er hva som er hensikten med samarbeidet, hvem som skal ha hvilke roller og hvilket ansvar. Forankringen blant ledere og medarbeidere må være på plass. Tillit, respekt og gode relasjoner er viktige suksessfaktorer for å lykkes med samarbeid/partnerskap (43). Ikke ulikt suksessfaktorene for å fremme en ny og styrket brukerrolle. Flere av eksemplene, f.eks. fra Sandnes, handler om kommunale tjenester som inngår samarbeid med likemenn/likepersoner. Det er en person som har vært i samme eller tilsvarende livssituasjon som de aktuelle brukerne, og som de kan dele erfaringer med. Den som skal være likemann må være personlig egnet, ha

bearbeidet sin egen situasjon og være i stand til å se den andres. De som har erfaring med likemenn beskriver det som personer som «går ved siden av» brukeren både i forkant av behandling, gjennom behandlingsfasen, og etter behandling (44). Opprinnelsen til likemannsordningen er brukerorganisasjoner til rusavhengige, mer spesifikt AA – Anonyme Alkoholikere, og har etter hvert spredd seg både innenfor somatikken og psykisk helsevern (44).

Bolig

I materialet står bolig frem som en viktig suksessfaktor. Den er plassert i kategori 4 – helsefremmende suksessfaktorer. Samtidig ville bolig også kunne ha blitt plassert blant virkemidlene. Hvor bolig plasseres i denne sammenhengen er av liten betydning. Men at en trygg bolig er viktig for brukerne kommer blant annet frem i eksemplene fra Drammen, Asker, og Kristiansand kommune med Jegersberg gård. Vinklingen og utformingen av boligene er ulike, men tenkningen som ligger til grunn er ressursfokusert. Drammen kommune prøver som tidligere nevnt ut Housing First-modellen. I tillegg til å skape en trygg base for den enkelte bruker, viser en rapport at denne måten å organisere boliger til utsatte grupper på kan være lønnsomt for en kommune når alternativet er hospits. Men det må være et visst antall deltakere for at det skal lønne seg økonomisk å opprette et eget Housing First-prosjekt (45).

Pr. 01.01.2015 hadde til sammen 14 norske kommuner igangsatt egne Housing First prosjekter (46). De finansieres av Husbanken, Helsedirektoratet og Fylkesmennene i tillegg til kommunene selv. Det å ha et hjem er foruten et grunnleggende menneskelig behov også en viktig motivasjonsfaktor for å kunne gjøre endringer i eget liv. Housing First kom som en reaksjon på at bostedsløse måtte gjennom bo-trening, rehabilitering eller behandling før det i det hele tatt ble aktuelt å få tildelt egen bolig. Housing First gjør det motsatte, nemlig først å finne et egnet sted å bo, for deretter å drive oppfølging etter brukerens behov og ønsker (46).

Alle de nevnte suksessfaktorene er i tråd med overordnede føringer, lovverket på området og anerkjente faglige teorier og metoder. For å fremme en ny og styrket brukerrolle kreves vilje til endring når det gjelder holdninger og kultur i tjenestene. Det kan også være nødvendig å tenke annerledes, og benytte ressursene man har tilgjengelig på en annen måte.

Svakheter ved bruk av begrepet suksessfaktor

En svakhet ved bruk av begrepet suksessfaktor i notatet er at de som presenterte eksemplene ikke var blitt bedt spesifikt om å beskrive dette på forhånd. Det de var bedt om var å svare på en rekke spørsmål, blant annet: Hvordan har dere lagt til rette for at brukerne kan medvirke på en ny måte? Og hva er forutsetningene for at det kunne skje? Konteksten svarene fremstilles i muliggjør bruken av begrepet suksessfaktorer

på det de har fått til når det gjelder utviklingen av en ny brukerrolle. Identifiseringen av suksessfaktorer ble gjort i ettertid, og det kan derfor være at de som kjenner eksemplene godt ville ha valgt ut andre faktorer som forklaring på det de har oppnådd. For å motvirke denne svakheten ble det vurdert å innhente tilbakemeldinger på de identifiserte suksessfaktorene fra alle som sendte inn eksempler. På grunn av en fremdriftsplan med korte tidsfrister har det ikke vært mulig å få til dette.

Et annet valg som ble gjort – det å lage en beskrivelse av suksessfaktor før gjennomlesing av eksemplene, kan også diskuteres. En fordel er at de tre som leste gjennom eksemplene så etter det samme. En ulempe er at andre tema som har vært viktige i forhold til en ny brukerrolle ikke ble identifisert.

Virkemidler for brukervedvirkning/en ny brukerrolle

Det å skulle sikre brukervedvirkning og fremme en ny og styrket brukerrolle i en travel hverdag kan være utfordrende. Medvirkningsstigen er et verktøy som er utviklet for å benyttes i dette arbeidet. Den kan brukes til bevisstgjøring og planlegging og inneholder eksempler på virkemidler som allerede benyttes i helse- og omsorgstjenesten. Virkemidlene i eksemplene ble identifisert av de samme personene og på samme måte som er beskrevet for suksessfaktorene: Hver for seg gikk de tre personene gjennom eksemplene, og deretter diskuterte de seg frem til enighet om hva som var virkemidler i det enkelte eksemplet. Virkemidlene er plassert inn i medvirkningsstigen – figur 4.

I arbeidet med identifisering har det vært flere utfordringer når det gjelder det å plassere tiltak på «riktig» sted – suksessfaktor eller virkemiddel? Dette gjelder blant annet det å stille brukere og pasienter spørsmålet «*Hva er viktig for deg?*». I noen eksempler er dette presentert på en måte som tilsier at det kan plasseres i kategorien suksessfaktor, mens i andre eksempler er det presentert som en type virkemiddel. Det samme gjelder åpen dialog, og det å ha fokus på mestring og muligheter, ikke begrensninger. Med det utgangspunktet at det kan argumenteres for å plassere tiltakene både blant suksessfaktorer og virkemidler, er de i denne sammenhengen plassert under suksessfaktorer. Årsaken til dette er at virkemidlene i stigen er mer konkrete, jf. brukerråd, faglige retningslinjer, IP osv.

Andre tiltak som har vært vanskelig å plassere er det å ansette erfaringskonsulenter og samarbeide med likemenn/likepersoner. På samme måte som for eksempel åpen dialog og fokus på mestring presenteres det på forskjellige måter i eksemplene: Det kan både være en suksessfaktor fordi det er samarbeidet som vektlegges, og et virkemiddel fordi det gjelder konkret ansettelse av erfaringskonsulenter. Løsningen i dette tilfellet har vært å plassere det både blant suksessfaktorene og virkemidlene.

I tillegg til virkemidler fra de 39 eksemplene, er det satt inn virkemidler som var kjent fra tidligere, og virkemidler beskrevet i lovverket. Sistnevnte starter med uttrykket «Rett til» i stigen. Oversikten over virkemidler i figur 4 er på ingen måte utfyllende og plasseringen kan diskuteres. De som vil bruke stigen i eget arbeid står fritt til å sette inn egne virkemidler, og fjerne de som ikke passer:

	A. Individnivå	B. Tjeneste-/systemnivå	C. Systemnivå/politikkutforming
4. Brukerstyring	<ul style="list-style-type: none"> - Varige boliger. - Rett til fritt sykehusvalg, brukervalg og behandlingsvalg. - Brukerstyrt personlig assistent (BPA). - Brukerstyrte senger. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brukerstyrte tjenester. - Brukerråd. - Brukere som spesialrådgivere. - Brukerråd bestiller tjenester. - Brukerråd lager informasjonsmateriell. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lov om pasient- og brukerrettigheter.
3. Medbestemmelse-/partnerskap	<ul style="list-style-type: none"> - Rett til å medvirke (samvalg). - Rettighetsfestet klagoadgang. - Hverdagsmestring/rehabilitering. - Individuell plan. - Ansvarsgrupper. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brukerråd. - Ansette brukere med egenerfaring. - Bruker spør bruker (BSB). - Lærings- og mestringssentre. - Samarbeide med likemenn/likepersoner. - Systematisk forbedringsarbeid. - Styringsgrupper. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brukerråd. - Bruker- og pårørende-representasjon i styrer, prosjekt- og arbeidsgrupper. - Brukerdeltakelse i utformingen av helsepolitikk og faglige retningslinjer, veiledere, pakkeforløp, forskning og forbedringsarbeid.
2. Konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Dialog. - Ulike former for velferdsteknologi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utforming av informasjonsmateriell, brosjyrer ol. - Arbeids-/referansegrupper. - Brukerpanel. - Lokale brukerundersøkelser. - Nettverksgrupper. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brukerråd. - Referansegrupper. - Brukerpanel. - Påvirknings-/lobbyarbeid. - Nasjonale brukerundersøkelser. - Pakkeforløp, veiledere, retningslinjer.
1. Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Rett til informasjon. - Veiledning og opplæring. - Brosjyrer og råd. - Nasjonale retningslinjer, veiledere og pakkeforløp. 	<ul style="list-style-type: none"> - System for løpende tilbakemelding fra pasienter. - Felles informasjonsmøter. - Lokale, årlige brukerundersøkelser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjonskampanjer

Figur 4. Medvirkningsstige videreutviklet.

Stigen viser at det kan jobbes med den nye brukerrollen med mange ulike virkemidler. Men virkemidlene i seg selv er ikke nok til å fremme en ny brukerrolle. Det er hvordan virkemidlene blir brukt og hvilke holdninger og kultur som ligger til grunn for bruken som er det viktigste. For at virkemidlene skal virke i den ønskede retning er det blant annet viktig å ha etablerte rutiner som tydelig signaliserer til pasientene/brukerne og deres pårørende at medvirkning er ønsket. Stigen har fire trinn hvor brukerstyring illustrerer det optimale i en ny og styrket brukerrolle. Men som på en vanlig stige er det behov for alle trinnene, og på hvert trinn finnes virkemidler som kan bidra til å lykkes med å utvikle en slik rolle.

Praksisfeltet har en stor grad av frihet til å velge virkemidler. Samtidig er det klart at enkelte virkemidler, de som er hjemlet i lovverket, ikke kan velges bort. De skal gjennomføres. Ikke minst gjelder dette virkemidler hjemlet i lov om pasient og brukerrettigheter (12). Hensikten med loven er å bidra til å fremme et tillitsforhold mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten, og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (12). Det er helsepersonell som har ansvar for å gjennomføre de oppgavene som hjemles i lovverket, f.eks. det å informere pasientene på en slik måte at tillitsforhold opprettes og vedlikeholdes (47).

I den videre beskrivelsen av virkemidlene vises det til tall og bokstaver. Dette henviser til hvilket nivå virkemidlet er plassert på (A, B, eller C), og trinn (1 - 4). Noen av virkemidlene kan plasseres på flere trinn og nivå. Dette gjelder f.eks. brukerråd. Det kan både plasseres på tjeneste-, og på system-/politisk nivå – B og C. Hvor høyt oppe på stigen virkemidlet plasseres vil avhenge av hvilken myndighet det skal ha. Uten et tydelig mandat kan det oppstå misforståelser omkring roller, og forventninger som ikke blir innfridd fordi muligheten brukerne har til å påvirke tjenestene viser seg å ikke være reell.

Et annet virkemiddel som kan plasseres på flere trinn og nivå er nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og pakkeforløp. Disse dokumentene inneholder helsefaglige anbefalinger og råd som myndighetene utarbeider (48). Brukerorganisasjoner deltar ofte på system-/politisk nivå i utarbeidelsen, og har dermed mulighet til innflytelse på innholdet. Virkemidlet kan derfor plasseres på system-/politisk nivå – C3. Samtidig gir retningslinjer, veiledere og beskrivelser av pakkeforløp brukere/pasienter og deres pårørende informasjon på områder de er opptatt av, f.eks. pakkeforløp for kreft. Dermed kan virkemidlene også plasseres på individnivå – A1. Et annet virkemiddel som er plassert på flere trinn og nivå er deltakelse i referanse-/arbeidsgrupper og brukerpanel.

Ansettelse av medarbeidere med brukererfaring

Ansettelse av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene (13). Et begrep som brukes i denne sammenheng er erfaringskonsulenter. Dette

virkemidlet er plassert på tjenestenivå B og trinn 3 – samarbeid/partnerskap, i stigen. Brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner kan ha en viktig funksjon i brukerens liv som sosialt nettverk, rådgiver, støttespiller eller motivator (13). Flere eksempler viser at brukere har lyst til å være en støtte for andre, og at dette oppleves positivt av dem som får tilbudet. I eksemplene samarbeider personer med brukererfaring både med den enkelte bruker og fagpersoner.

En evaluering av erfaringskonsulenter ansatt i ambulante team viser at de hadde stor betydning for brukerne, blant annet ved å være bærere av håp og formidle mestringsstrategier (49). Videre har de bidratt til å se nye løsninger, og brakt nye perspektiver inn i teamene. Ifølge teammedlemmene har erfaringskonsulentene utfordret etablerte tankesett og sykdomsforståelse, og skjerpet kravet om å være tydelig i argumentasjoner og avgjørelser. Det er utarbeidet en informasjonsbok for arbeidsgivere som skal ansette erfaringskonsulenter innen psykisk helse- og rusfeltet (50). Den tar for seg hvilke forberedelser som bør gjøres før de ansettes, og hvilke områder som er viktig å følge opp etter ansettelse.

Hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering

I fire av eksemplene oppgis det at tjenestene jobber ut fra tankegangen i hverdagsmestring. Dette begrepet har etter hvert blitt knyttet til arbeidsformen hverdagsrehabilitering (51). I medvirkningsstigen er dette virkemidlet plassert på individnivå - A, trinn 3 – medbestemmelse og partnerskap. I en rapport fra prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge», blir begrepet beskrevet som et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkelte pasient/brukers mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukernes ønsker og valg når det gjelder viktige aktiviteter, og de målene som brukerne har skal stå i fokus i tjenestetilbudet (52). Hverdagsmestring er egnet som en overordnet tenkemåte når det gjelder utviklingen av en ny og styrket brukerrolle.

Forskning viser at hverdagsrehabilitering gir betydelige økonomiske besparelser sammenlignet med tradisjonelle hjemmetjenester, både for personer med funksjonsnedsettelse og for personer som trenger bistand etter sykehusopphold (53). Etter tre måneder var kostnadene halvparten av tradisjonelle tjenester. Virkningen har effekt over tid, og besparelsen øker derfor til betydelige summer (53-55). Så i tillegg til å egne seg i arbeidet med en ny brukerrolle har hverdagsmestring vist seg å være bærekraftig i et økonomisk perspektiv.

Forskning på brukermedvirkning

Det foreligger klare føringer fra myndighetenes side om å utvikle pasientenes helse-tjeneste og en ny og styrket brukerrolle. Så uavhengig av om det finnes forskning på

dette området eller ikke, skal brukermedvirkning gjennomføres i den norske helse-tjenesten. Det er likevel viktig å finne ut hva forskningen sier på dette viktige området. En oppsummering av studier fra 2009 viser at det å involvere pasienter i plan-legging og utvikling av helsetjenesten har bidratt til endringer på flere områder (56): Nytt eller forbedret informasjonsmateriell, forbedrede muligheter for timebestilling, utvidede åpningstider, forbedret transportsystem, forbedret tilgang for funksjons-hemmede, opprettelse av nye tjenester – for eksempel ombudsordning for å ivareta rettigheter og hjelp til å søke jobber, og utvidelse av det tradisjonelle tilbudet med komplementær medisin. En systematisk oversikt fra 2013 viser en positiv sammen-heng mellom det å innhente brukernes erfaringer i forbedringsarbeidet og pasient-sikkerhet (32).

Videre forskning

Det mangler fortsatt forskning på hvilke former for tilbakemeldinger fra pasienter som har hvilken effekt på tjenestekvaliteten, og hvilke former som i størst mulig grad gir brukerne en mulighet til å påvirke utviklingen av helsetjenesten (38, 39, 57-59). Blant annet synliggjør medvirkningsstigen hvor komplekst bildet er når det gjelder brukermedvirkning generelt, og forskning på området spesielt: Hvilket nivå, og hvilket virkemiddel er det ønskelig å få mere kunnskap om? I videre studier av brukermedvirkning/ny brukerrolle er dette viktig å klargjøre.

Vedlegg 1. Skjema for innsamling av eksempler.

Innledning

Vi samler inn eksempler for å kunne utgi et notat som vil løfte fram god praksis.

Gode eksempler på:

- ny brukerrolle
- brukermedvirkning
 - Individnivå
 - Tjenestenivå
 - Systemnivå

Vi vil gjøre et bredt og dekkende utvalg av alle eksemplene som blir samlet inn til bruk i notatet. Det kan bli behov for å ta kontakt for å få mer informasjon om eksempelet. Legg gjerne ved vedlegg, lenker eller annet materiale som kan være av interesse for andre eller for å lære mer om eksempelet.

Eksempel for beskrivelse av godt samarbeid mellom bruker og ansatt	
Kontaktinformasjon	<p>Navn på deg som sender inn skjemaet:</p> <p>Rolle:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Epost:</p>
Overskrift	Tema for eksempelet på samarbeid
Mål	Beskriv kort hensikten med eksempelet
Bakgrunn	<p>Hvilken sammenheng foregikk dette i?</p> <p>Navn på tjeneste, kommune, sykehus, frivillighet eller lignende?</p> <p>Hvem var involvert?</p> <p>Beskriv kort hva det var som gjorde at denne nye måten å samarbeide på ble til?</p> <p>Hvordan har dere erkjent behovet for dette?</p> <p>Hvordan ble det forankret?</p>
Utvikling	<p>Hvordan ble prosessen planlagt?</p> <p>Hvordan var brukerne involvert i utviklingsarbeidet og hvordan fikk dere til dette?</p> <p>Har dere brukt eller utviklet noen metoder eller verktøy? Evt. hvilke, legg gjerne ved lenke/vedlegg.</p>
Ny praksis	<p>Hvordan har dere lagt til rette for at brukerne kan medvirke på en ny måte?</p> <p>Hva gjør dere nå, som dere ikke gjorde før, som involverer brukerne?</p> <p>Beskriv hva den nye praksisen består av?</p> <p>Hva er forutsetningene for at det kunne skje?</p> <p>Benyttes det noen nye prosedyrer, verktøy, metoder, etc.?</p>
Resultat	<p>Hva har den nye praksisen ført til?</p> <p>Er det gjort undersøkelser/målinger som viser effekt? Dokumentert effekt?</p> <p>Hvilke resultater har det gitt for brukere, pårørende, ansatte og systemet?</p> <p>Hvilken betydning har det hatt?</p> <p>Hva er spesielt bra med dette?</p> <p>Hva kunne vært bedre?</p> <p>Har det påvirket kulturen og verdien på noen måte?</p> <p>Hva har personalet/tjenesten lært av brukerne?</p> <p>Er det gjennomført noen form for evaluering som kan oppsummeres/vedlegges?</p> <p>Finnes det noen form for dokumentasjon?</p>
Spredning	<p>Har dere noen strategi/tiltak for å spre dette videre til andre avdelinger/etater/tjenester?</p> <p>Vet dere om andre som har gjort tilsvarende?</p>

Vedlegg 2. Oversikt over alle eksemplene.

Kommune/helseforetak	Tittel/mål/hensikt
<p>Sandnes Navn: Trine Vos Rolle: Rådgiver fagstab levekår Telefonnummer: 51 33 53 04 Epost: trine.l.vos@sandnes.kommune.no</p>	<p>Tittel: «Borte bra», aktørworkshop nytt avlastningssenter for barn og unge i Sandnes kommune.</p> <p>Velferdsteknologi skal gi en bedre hverdag både for beboere, pårørende og ansatte.</p>
<p>Sandnes Navn: Torstein Årseth Rolle: Avdelingsleder i Aktivitetsbasert avlastning Telefonnummer: 99320328 Epost: torstein.arseth@sandnes.kommune.no</p>	<p>Tittel: Nettverksgruppe for foresatte/pårørende i Aktivitetsbasert avlastning i Sandnes kommune.</p> <p>Gjennom et kontinuerlig nettverksarbeid sammen med pårørende åpner vi for en toveis dialog i samarbeidet om barn/ungdommer.</p>
<p>Sandnes Navn: Olga Marie Berge Rolle: Miljøterapeut/Terapeut 1 i Psykisk Helse-team Telefonnummer: 48131751 Epost: olga.marie.berge@sandnes.kommune.no</p>	<p>Tittel: Troen på bruker.</p> <p>Fire fortellinger om å lytte til brukerne og handle ut fra deres ønsker og behov.</p>
<p>Sandnes Navn: Aud Skjørestad Rolle: Avdelingsleder Tlf: 90071739 Epost: aud.skjorestad@sandnes.kommune.no</p>	<p>Tittel: Ansettelse i en 25% stilling av ung kvinne med brukererfaring.</p> <p>Økt brukermedvirkning, og økt innsikt og kunnskap for personalgruppa om det å ha en psykisk lidelse.</p>
<p>Sandnes Navn: Siren Austrått Rolle: Vernepleier Mestringsenheten, ROP-team</p>	<p>Tittel: Hvorfor endre på noe som allerede fungerer?</p> <p>Et eksempel på ikke-fungerende samarbeidsavtale mellom sykehus, bruker</p>

	<p>og kommune etter at bruker var utskrevet. Sykehuset ville ha strenge grenser og høy grad av kontroll med bruker etter utskrivelse. Bruker svært misfornøyd. Ønsket å «starte på nytt» etter utskrivning.</p>
<p>Sandnes Navn: Siri Rugland Ree Rolle: Kreftkoordinator, Sandnes Kommune Tlf.: 51335409/91664471 E-post: siri.rugland.ree@sandnes.kommune.no</p>	<p>Tittel: Hvordan oppnår vi en god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for alvorlig syke kreftpasienter.</p> <p>Åpne og gode dialoger mellom bruker og hjelper, og mellom samarbeidende i kommune- og spesialisthelsetjenesten.</p>
<p>Sandnes Navn: Ingrid Asserson Rolle: Avd.sykepleier Telefonnummer: 51 68 34 75 Epost: imak@sus.no</p>	<p>Tittel: Ansatt med brukererfaring (likemann) i ettervernpoliklinikken (EVP).</p> <p>Vi har hatt to ansatte i EVP med brukererfaring. En med rusbakgrunn, og en med bakgrunn fra psykiatri. Den ansatte med rusbakgrunn er fast ansatt i EVP i 40%. Den ansatte med erfaring fra psykiatri er i EVP som jobbtrening via NAV. De øvrige ansatte i EVP har hatt stor nytte av likemennes erfaringer.</p>
<p>Sandnes Navn: Elisabeth Gausel og Geir Glesnes Rolle: Ruskonsulent og Erfaringskonsulent Telefonnummer: Ikke oppgitt. Epost: Ikke oppgitt.</p>	<p>Tittel: Samarbeid med erfaringskonsulent, ruskonsulent og en bruker.</p> <p>Mål: Kunne gi brukere som har tjenester fra Fagteam rus samtaler og oppfølging fra både ruskonsulent og erfaringskonsulent.</p>
<p>Sandnes Navn: Vigdis Eide Rolle: Koordinator Mestringsenheten, Sandnes kommune Tlf: Mobil 977 57 485 Epost: vigdis.eide@sandnes.kommune.no</p>	<p>Tittel: Omlegging av støttekontaktarbeidet, ny organisering, ny praksis.</p> <p>Mestringsenheten så behov for å legge om støttekontaktordningen. Ønsket mer treffsikre tjenester til brukerne.</p>
<p>Sandnes Navn: Aleksander Skålevik.</p>	<p>Tittel: Å jobbe som likemann i rus – og psykiske helsefeltet.</p>

Kontaktinfo foreligger ikke.	
<p>Sola Navn: Miriam Austarheim Rolle: Primærkontakt/Sårsykepleier Telefonnummer: 920 68 748 E-post: miriam.austarheim@sola.kommune.no</p>	<p>Tittel: Sammen om behandlingsforløpet - oppfølging og behandling av sårproblematikk.</p> <p>Godt samarbeid med bruker og evt. andre samarbeidsinstanser for å oppnå effektiv og varig sårtilheling.</p>
<p>Sola Navn: Hanne Fister Rolle: Sykepleier Telefonnummer: 91880360 Epost: hanne.fister@sola.kommune.no</p>	<p>Tittel: Gode pasientforløp. Fokus på muligheter ikke begrensninger.</p> <p>Tankegangen i hjemmerehabilitering skal implementeres i hjemmesykepleien. Brukeren skal mestre det som er viktig for vedkommende og klare å bo hjemme lengst mulig.</p>
<p>Sola Navn: Silje-Therese Vedøy Rolle: Sykepleier Telefonnummer: Ikke oppgitt Epost: silje-therese.vedoy@sola.kommune.no</p>	<p>Tittel: Gode Pasientforløp – brukercase selvhjelpen.</p> <p>Hensikten var å tilrettelegge og veilede slik at bruker opplevde mestring i de ulike oppgavene som skulle utføres, hjelp til selvhjelp.</p>
<p>Sola Navn: Liv Tjelta Rolle: Virksomhetsleder Telefon: 51291500 Epost: liv.tjelta@sola.kommune.no</p>	<p>Tittel: Medbestemmelse av behandlingsintensitet.</p> <p>Det er pasienten som skal leve videre og/eller mestre de valg som blir tatt med hensyn til behandling og behandlingsintensitet.</p>
<p>Sola Navn: Aina Dysjeland Gundersen Rolle: Avdelingsleder Telefonnummer: 51 94 43 73 Epost: aina.dysjeland.gundersen@sola.kommune.no</p>	<p>Tittel: Eksempel på godt samarbeid.</p> <p>Et samarbeid på tvers av de ulike arenaer som bruker er i det daglige. Tiltaket kom i gang ifb med et innovasjonsprosjekt i kommunen.</p> <p>Det var et ønske om tettere samarbeid på ulike arenaer til det beste for bruker. Ønske om å se hvordan fosterhjem og skole – barnebolig kan samarbeide mot et fellesmål og oppnå resultater.</p>
<p>Asker Navn: Monica Strand</p>	<p>Tittel: Nettbasert støtteverktøy ReConnect</p>

<p>Rolle: Doktorgradsstipendiat Telefonnummer: 93455201 Epost: monica.strand@rr-research.no</p>	<p>ReConnect skal være en støtte i hverdagslivet til den som strever med langvarige psykiske helseutfordringer, i samarbeid med helsepersonell i kommune- og/eller spesialisthelsetjeneste.</p>
<p>Asker Navn: Janne Nilsen, Fagrådgiver, og Margrethe S. Iversen, avdelingsleder. Rolle: Brukertorget Telefonnummer: 90026043/90828882 Epost: janne.nilsen@asker.kommune.no miversen@asker.kommune.no</p>	<p>Tittel: Fra kaos til struktur – mitt liv i endring.</p> <p>En aktiv brukerrolle fører til mer treffsikre tjenester, og får frem brukers egne ressurser.</p>
<p>Asker Navn: Kari Engen Sørensen Rolle: Prosjektleder 41600524 kari@vestregionen.no</p>	<p>Tittel: Ny modell for forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene Asker, Røyken og Hurum for brukere med behov for omfattende tjenester innen psykisk helse og rus.</p> <p>Mål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utvikle og forbedre pasientforløp i samarbeid med brukere, helseforetak og kommuner. 2. Pasienter og pårørende opplever koordinerte og samordnede tjenester. 3. Styrke brukerinvolveringen i psykisk helse og rus gjennom reell brukermedvirkning i alle deler av pasientforløpet.
<p>Asker Navn: Therese A Johnson, Prosjektleder, og Marielle Andersen, prosjektrådgiver Telefonnummer: 46899324 Epost: mariell.andersen@asker.kommune.no</p>	<p>Tittel: Recoveryverkstedene – fellesarenaer for utvikling, samarbeid og kunnskap.</p> <p>Recoveryverkstedene ønsker å være en nyskaping innen kompetansebygging, fag- og tjenesteutvikling og forskning, der ulike former for erfaringskunnskap vil ha en særlig sentral plass.</p>
<p>Drammen Navn: Asgeir Bergseth</p>	<p>Tittel: Prosjekt «Ditt valg – bolig først»</p>

<p>Rolle: Prosjektleder – Boligtjenesten Drammen kommune</p> <p>Telefonnummer: 910 08 045</p> <p>Epost: asgeir.bergseth@drmk.no</p>	<p>Færre bostedsløse i Drammen gjennom Housing First metodikken som gir bruker mulighet til å styre sin egen oppfølging.</p>
<p>Drammen</p> <p>Navn: Hanne Larson</p> <p>Rolle: Avdelingsleder – Kontor for tjenestetil- deling</p> <p>Telefonnummer: 32 04 55 83 / 92 03 53 65</p> <p>Epost: hanne.larson@drmk.no</p>	<p>Tittel: Hverdagsrehabilitering</p> <p>Hensikten er at brukeren skal gjen- vinne og beholde sitt funksjonsnivå, mestre hverdagen og delta i fellesska- pet.</p>
<p>Ålesund</p> <p>Navn: Cecilie Campbell</p> <p>Rolle: Prosjektleder</p> <p>Telefonnummer: 91513475</p> <p>Epost: ceciliecampbell@alesund.kommune.no</p>	<p>Tittel: Jeg Kan, innføring av velferds- teknologi i tjenestene til mennesker med en utviklingshemning.</p> <p>Bedre livskvalitet ved hjelp av bedre kommunikasjon, forutsigbarhet og brukerstyrt innovasjon.</p>
<p>Ålesund</p> <p>Navn: Lisbeth Slyngstad</p> <p>Rolle: Rådgiver psykisk helse</p> <p>Telefonnummer: 48067280/70162808</p> <p>Epost: lisbeth.slyngstad@alesund.kommune.no</p>	<p>Tittel: MAX-Prosjektet et lavterskel arbeidstiltak.</p> <p>For: Personer som har blitt uføretryg- det pga psykiske helseproblemer, men som i perioder kan og ønsker å utføre arbeid.</p>
<p>Ålesund</p> <p>Navn: Brit Steinnes Krøvel</p> <p>Rolle: Leder Utviklingssenter for hjemmetjenes- ter i Møre og Romsdal</p> <p>Telefonnummer: 95187188</p> <p>Epost: brit.krovel@alesund.kommune.no</p>	<p>Tittel: Skype i sykehjem, bruker og pårørende som aktiv tjenesteutvikler.</p> <p>Avdekke behov for tilrettelegging i sy- kehjemmet for å få til et godt samspill mellom beboer, pårørende, persona- let/ledelse og ansvarlige for teknolo- giske løsninger.</p>
<p>Helse Møre og Romsdal</p> <p>Navn: Toril Kvisvik i dialog med Nina Kvernmo Seksjonsleder Lærings- og mestringssenteret</p> <p>Telefonnummer: 95781432</p> <p>Epost: toril.kvisvik@helse-mr.no</p>	<p>Tittel: Samarbeid om lærings- og mestringstilbud MS kurs.</p> <p>Fremme det gode og likeverdige sam- arbeidet mellom brukere og fagperso- ner i utvikling av lærings- og mest- ringstilbud.</p>
<p>Kristiansund</p> <p>Navn: Stephanie Helland</p> <p>Telefonnummer: 92027788</p>	<p>Tittel: Fra et brukerråd til brukerråd på alle kommunens sykehjem.</p>

<p>Epost: stephanie.helland@kristiansund.kommune.no</p>	<p>I 2014 deltok Utviklingscenter for sykehjem i Møre og Romsdal (USH) i den nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, hvor vi gjennomførte en pilot på brukermedvirkning. Målsettingen var da å få etablert brukerråd på alle sykehjemmene i kommunen. I tillegg ble det konstituert et overordnet brukerråd, hvor en brukerrådsrepresentant fra hvert sykehjem deltok sammen med enhetsledere og kommunalsjef.</p>
<p>Kristiansund Navn: Lillian Karlsen Rolle: Kreftkoordinator Kristiansund kommune Tlf.: 71574761/ 90114328 Epost: Lillian.karlsen@kristiansund.kommune.no</p>	<p>Tittel: Plan for lindring.</p> <p>Mål: At pasienter med uhelbredelige sykdom i større grad får delta i beslutninger om egen sykdom og mulighet til å tilkjenne sine ønsker og preferanser for behandling og omsorg i livets slutfase.</p>
<p>Surnadal Navn: Ingunn Mikkelsen Rolle: Fagutviklingssykepleier Telefon: 951 83 310 Epost: ingunn.mikkelsen@surnadal.kommune.no</p>	<p><u>Tittel:</u> Brukermedvirkning ved utarbeiding av ny inntakstprosedyre.</p> <p>Behovet for en ny inntakstprosedyre hadde vokst frem over tid. Den skulle kunne brukes på alle avdelingene, derfor var det viktig at alle var representert i arbeidsgruppen. Etter hvert som vi utarbeidet produktet prøvde vi det ut på pasienter og pårørende. De fikk uttale seg om spørsmålene vi stilte og informasjonen vi ga til pasient og pårørende. I tillegg la vi fram arbeidet vårt på ett møte i den lokale pensjonistforeningen, men ønske om innspill til spesielt hvilken informasjon det er nyttig å få når man blir lagt inn på sykehjemmet.</p>
<p>Kristiansand Navn: Ingrid Nilsen Rolle: Avdelingsleder Arbeidsforberedende tiltak/God Start Telefon nummer: 90828805</p>	<p>Tittel: «Fra fuglunge til moden voksen dame».</p> <p>Forskningsprosjekt i samarbeid med UIA/praksis sør og kvinne-</p>

<p>Epost: ingrid.nilsen@kristiansand.kommune.no</p>	<p>gruppe/vekstgruppe i Arbeidsforberedende tiltak, Oppfølgingstjenesten rus/psykisk helse. En lukket gruppe bestående av seks kvinner i forskjellig alder med ulik bakgrunn og erfaringer (psykiske lidelser), men med sammenfallende problematikk.</p>
<p>Kristiansand Navn: Thea Vesterhus Rolle: Fysioterapeut i hverdagsrehabilitering Telefonnummer: 41521701 Epost: thea.vesterhus@kristiansand.kommune.no</p>	<p>Tittel: Hverdagsrehabilitering. Høsten 2013 startet prosjektet i sentrum: To ergoterapeuter, en fysioterapeut og en sykepleier i det første teamet. I løpet av 2014 økte antallet med fem team spredd over hele byen.</p>
<p>Kristiansand Navn: Terje Madsen Rolle: Avdelingsleder Tlf: 90536169 Epost: terje.roar.madsen@kristiansand.kommune.no</p>	<p>Tittel: Fra brakkebyen til egen bolig. Belyse virkningen av brukermedvirkning knyttet opp mot etablering av boliger for rusavhengige.</p>
<p>Kristiansand Kontaktinformasjon: Ikke oppgitt For mer informasjon: www.jegersberggaard.no https://www.facebook.com/jegersberggaard</p>	<p>Tittel: Jegersberg gård. Jegersberg går er et kompetansesenter og et rehabiliteringstilbud for rusavhengige drevet gjennom et interkommunalt samarbeid mellom fem kommuner: Kristiansand, Søgne, Vennesla, Songdalen og Lillesand. Betydelig kommunal satsing på rusfeltet og i tråd med samhandlingsreformen. Pionerarbeid på hvordan samhandling foregår i alle ledd: 1.linje, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner, private og ideelle organisasjoner, næringsliv, universitet, interkommunalt samarbeid, husbanken.</p>
<p>Sørlandet sykehus, Kristiansand Brukerstyrt medisinsk poliklinikk for hiv positive. Kontaktinfo ikke oppgitt.</p>	<p>Medisinsk avdeling ved Sørlandet Sykehus Kristiansand ved Ole Rysstad har iverksatt et pilotprosjekt med «<i>brukerstyrt poliklinikk</i>». Pilotprosjektet startet for å tilrettelegge for et helhetlig og forsvarlig pasientforløp,</p>

<p>Prosjektet er beskrevet i artikkelen: «<i>True User Involvement by People Living With HIV is Possible: Description of a User-driven HIV Clinic in Norway</i>».</p>	<p>og sikre bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet.</p>
<p>Sørlandet sykehus, Kristiansand Brukerstyrt ME-poliklinikk.</p> <p>Kontaktinfo ikke oppgitt. Informasjonen er hentet fra en bestilling fra brukerrådet ved ME-poliklinikken til ledelsen ved Sørlandet Sykehus HF.</p>	<p>ME-poliklinikken vil tilrettelegge for et helhetlig og forsvarlig pasientforløp, og bidra til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet.</p>
<p>Larvik Ingen skriftlige opplysninger foreligger. Informasjon basert på filmet fremlegg.</p> <p>For mer informasjon: http://www.larvik.kommune.no/Landingssider/Verket/</p>	<p>Tittel: Verket.</p> <p>Verket tilbyr ulike aktiviteter, verksteder og individuell undervisning, som tegne/maleverksted, musikkundervisning, skrivekurs, data- og fotogrupper, dans, søm- og strikkegrupper, hobbyverksted, kafé- og butikkdrift. Verket har instruktører med høy faglig kompetanse og personlig engasjement. Verket er for mange det første skritt på veien ut fra sitt eget hjem og inn i et aktivitetstilbud.</p>
<p>Larvik Ingen skriftlige opplysninger foreligger. Informasjon basert på filmet fremlegg.</p> <p>For mer informasjon: http://www.larvik.kommune.no/no/Los-struktur/Emneord-a-a/Huset---Greveveien/</p>	<p>Tittel: Huset.</p> <p>Huset i Larvik er et kommunalt drevet aktivitets- og kompetansesenter for psykisk helse, basert på høy grad av brukermedvirkning. Dette gir oss en helt unik tilgang til entusiasme, kapasitet og kompetanse. Det er et sted med mange rom og aktiviteter for de fleste aldersgrupper. Hvor folk kan komme og vokse, eller bare ta seg en stille kopp kaffe i kafeen.</p>
<p>Sandefjord Ingen skriftlige opplysninger foreligger. Informasjon basert på filmet fremlegg.</p> <p>For mer informasjon: https://www.sandefjord.kommune.no/Helse-og-omsorg/Helse-og-omsorgstjenester/Psykisk-helse/#optimisten-dagsenter</p>	<p>Tittel: Dagsenteret Optimisten v/Sandefjord sosialmedisinske senter.</p> <p>Dagsenter som er rusfritt lavterskeltilbud til personer over 18 år med psykiske problemer, hvor det ikke kreves noen form for henvisning.</p>

<p>Sandefjord Ingen skriftlige opplysninger foreligger. Informasjon basert på filmet fremlegg.</p> <p>For mer informasjon: https://www.sandefjord.kommune.no/Helse-og-omsorg/Helse-og-omsorgstjenester/Larings-og-mestringssenteret/</p>	<p>Tittel: Lærings- og mestringssenteret og brukerorganisasjonene.</p> <p>Når en livssituasjon endres, oppstår ofte en ubalanse. Lærings- og mestringssentrene (SMS) sin oppgave er å bidra til at balansen gjenopprettes så godt som mulig. Det handler om igjen å få kontroll og oversikt og kjenne at en mestrer den nye livssituasjonen.</p> <p>«Brukerne har også erfaringskunnskap!»</p> <p>«Det er en dannelsesreise for personalet å høre deres erfaringer».</p>
<p>Sandefjord Ingen skriftlige opplysninger foreligger. Informasjon basert på filmet fremlegg.</p>	<p>Tittel: Best hjemme.</p> <p>Hverdagsmestring – tverrfaglig hjemmerehabiliteringsteam.</p>

Vedlegg 3. Identifiserte suksessfaktorer.

- Bolig
- Jobb
- Samskapning
- Egenerfaring som ressurs
- Trygghet – bolig og fellesskap så lenge man vil selv
- Myndiggjøring
- Den enkelte pasient som premissleverandør til spesialisthelsetjenesten
- Tidlig inn i utforming og gjennomføring av nye tiltak
- Selvtnevnt brukerråd og styreleder
- Brukerne selv kartlegger brukernes behov
- Brukerne lager bestilling av tjenester til sykehuset
- Individuell plan
- Brukerne aktivt med i avdelingens generelle forbedringsarbeid
- Brukere som spesialrådgivere
- Brukerrådet bestiller tjenester etter at de har kartlagt behov
- Likemenn
- Brukerråd lager informasjonshefte som gir svar på viktige spørsmål
- Individuell plan
- Brukerkunnskapen brukes sammen med fagkunnskapen
- Formidling av egenerfaringer fra brukerne fører til dannelsesreiser for personalet
- Mulighet til forberedelse før møter som skulle diskutere løsninger
- Mulighet til påvirkning av løsninger
- Jobbe frem løsninger i partnerskap
- Bevisst forhold til hvordan brukerrepresentanter blir rekruttert
- Ydmyk og åpen dialog
- Uformell atmosfære, gjøre «normale» ting sammen
- Støttet brukers håp om og tro på at han kan, og la han få prøve slik han selv ønsker
- Gi den hjelpen de trenger når de ber om det – myndiggjøring
- Imøtekomme ønsker for å skape tillit, fremmer bedringsprosess

- Møte bruker med åpenhet. Spørre hva trenger du? Hva er viktig for deg?
Hvordan kan jeg bidra til å nå dine mål?
- Prioritere individuelle hensyn fremfor rutiner
- Åpen dialog
- Legge til rette for individuell behandling
- Ansettelse som medarbeider med brukererfaringer
- Undervise personalet om egne erfaringer som bruker, og pårørende.
- Delta i utformingen av kartleggingsskjema
- Lytte på brukeren og revurdere avtaler
- Vise tillit til brukeren
- Gi mulighet til å kjenne på ansvarsfølelse
- Gi spillerom
- Oppleve at tjenestene henger sammen og er koordinert
- Individuelle tilpasninger til hver enkelt bruker så langt det er mulig
- Likemenn, blir forstått på en annen måte
- Personer med egen erfaring og ansatte med fagutdanning jobber tett sammen med bruker og utfyller hverandres kompetanse
- Legge til rette for at den enkelte får brukt sine egne ressurser i hverdagen
- Jobbe systematisk mot den enkelte brukers mål i rehabiliteringsprosessen ut fra hva som er viktig for vedkommende
- Ha fokus på hva bruker kan, og ikke hva bruker ikke kan.
- Åpen dialog
- Individuell tilrettelegging
- Tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten allerede før utskrivning.
- Godt samarbeid med alle involverte parter
- Kontinuerlig evaluering av brukers mål sammen med bruker
- Bistå bruker med «alt»
- Være bevisst på hvem sine ønsker og behov som er i førersetet
- Brukere blir hørt når de setter ord på hva de har behov for
- Brukere støtter og oppmuntrer hverandre
- Mulighet til å gi tilbakemelding om hvordan man har det
- Bo trygt og godt
- Løpende tilbakemeldinger fra brukerne i kvalitetsutvikling
- Tenk utenfor «boksen» i forhold til hvem som gjør hva
- Brett opp arma, gjør det som må til
- Gode relasjoner, jobb derifra
- Hjelperne jobbet utenfor eget område for å få løst saken
- Samskapning
- Mulighet til å hjelpe andre, ikke bare tar imot hjelp
- Mulighet til å dele erfaringer med andre, kan se nye muligheter og løsninger
- Brukerne inn tidlig inn i prosessen i utviklingsarbeid
- Mulighet for valg

- Brukerne lager spørreundersøkelse, f.eks. når det gjelder opplevd brukerkvalitet
- Brukerne sitter i førersetet med begge hendene på rattet, og personalet bistår så godt de kan for at bruker skal nå sine mål
- Lage serviceplan med brukerens egne utfordringer og mål sammen med bruker, planen er overordnet alt som gjøres
- Mestringskultur og brukeren som aktiv deltager i stedet for en passiv mottaker
- Brukerens mål skal være førende
- Brukerne får mulighet til å gi noe tilbake til samfunnet
- Opplevelse av å bidra
- Oppleve å være en del av noe
- Brukerne involveres tidlig når nye løsninger skal planlegges
- Likeverdig samarbeid mellom brukere og personell i utviklingen av nye tilbud
- Brukere og pårørende som utviklingsagenter
- Utforsk bruken av nye media sammen med brukerne
- Bruk mange ulike metoder til å få frem brukernes stemme
- Åpen dialog
- Forum for dialog
- Samskapning
- Brukere deltar i planlegging av nye tiltak
- Mulighet for påvirkning underveis i forbedringsarbeid, f.eks. inntaksprosedyrer
- Mulighet til å evaluere underveis i utviklingen av nye tiltak, og sluttproduktet
- Forventningsavklaring
- Den som har skoen på vet best hvor den trykker
- Bli hørt, sett og tatt på alvor
- Gi mulighet til å hjelpe andre
- Mulighet til å fortelle egne erfaringer
- Involvere brukerne tidlig i utviklingen av nye tiltak, f.eks. nye boliger
- Eierforhold til tiltakene
- Tillit
- Opplevelse av mestring.
- Tjenestene tar utgangspunkt i brukernes mål

Referanser

1. De Stefani R, et al. Presentation of the model of Italian Community Psychiatry in the Mental Health Department of Trento according to the “Doing Together” approach and with the kind presence of the UFE (Users and Family-members Experts). [Foredrag på turné sammen med FFO og FHI]. 2016.
2. De Stefani R, Torri E, Bertotti K. The active involvement of users and family members in the Mental Health Service of Trento: the “doing together approach and the Expert Users and Family members (UFE). *Salute e Società* 2011(2En):196-208.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)
4. Hanssen G, Helgesen M. Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren? Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. (NIBR-rapport 2012:26).
5. Pasientens helsetjeneste [pressemelding]. Helse- og omsorgsdepartementet. [Oppdatert 07. jan. 2014; Lest 21. apr. 2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Sykehustalen 2016. Helse- og omsorgsdepartementet. [Lest 30.06.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2016/id2470065/>
7. Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2001. (NOU 2001:22).
8. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2002-12-20-1731.
9. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. FOR-2003-06-27-792.
10. Sosial- og helsedirektoratet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. (Veileder IS-1201).

11. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30.
12. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
13. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning. Helsedirektoratet. [Lest 19. mai 2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
14. Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen; Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. [Oppdatert 08.12.2014; Lest 25.08.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Samhandlingsreformen/Samhandlingsreformen---Skjultesider/Nasjonalt-nettverk---statusrapport/>
15. Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen: sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Oslo: Forskningsrådet; 2016.
16. Sosial- og helsedirektoratet. Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. (Rapport IS-1315).
17. Lov om helseforetak. LOV-2001-06-15-93.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr 47 (2008-2009).
19. Johannesen A, Tuft P, Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 3. utgave. Oslo: Abstrakt 2006.
20. Epstein R, Street R. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011;9 (2):100-103.
21. Kunnskapsbasert praksis. Høgskolen i Bergen; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Oppdatert 2012; Lest 11.05.2016]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
22. Udness E, Hjelm I. Borgermedvirkning i arealplanprosesser - visjon eller virkelighet: med fokus på muligheten for en helsefremmende arealplanprosess [Lest 02.06.2016]. Tilgjengelig fra: http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_9687
23. Sager T. Planlegging med samfunnsperspektiv: analysemetode. Trondheim: Tapir; 1991.
24. Berg RC, Gamst A, Said M, Aas KB, Songe SH, Fangen K, et al. True user involvement by people living with HIV is possible: description of a user-driven HIV clinic in Norway. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2015;26(6):732-742.
25. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet. Pasientforløp. Folkehelseinstituttet. [Lest 02.06.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/pasientforlop>
26. Forskrift om habilitering og rehabilitering. FOR-2011-12-16-1256.

27. Valla B. Videre : hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
28. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA); 2013. (Rapport nr 4/2013).
29. Fisher RJ, Walker MF, Golton I, Jenkinson D. The implementation of evidence-based rehabilitation services for stroke survivors living in the community: the results of a Delphi consensus process. *Clin Rehabil* 2013;27(8):741-749.
30. Kidd SA, McKenzie KJ, Virdee G. Mental health reform at a systems level: widening the lens on recovery-oriented care. *Can J Psychiatry* 2014;59(5):243-249.
31. Ulvestad A, Henriksen A, Tuseth A, Fjeldstad T. Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
32. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3(1):e001570.
33. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary P. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res* 2010;45(5 Pt 1):1188-1204.
34. Langeland E, Førland O, Aas E, Birkeland A, Folkestad B, Kjekken I, et al. Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner: effekter for brukerne og gevinster for kommunene? Bergen: Senter for omsorgsforskning, vest; 2016. (Rapportserie nr 6/2016).
35. Helsedirektoratet. Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. (Veileder IS-2076).
36. Sarpsborg kommune, Bergensklinikkene, Kommunenes Sentralforbund, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ti filmer om motiverende samtaler: et utviklings- og opplæringstilbud. [video]. Folkehelseinstituttet. [Lest 02.06.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/ti-filmer-om-motiverende-samtaler>
37. Motiverende intervju fra start til slutt. [video]. Helsedirektoratet,. [Lest 02.06.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/filmer-om-motiverende-intervju>
38. Davies EA, Meterko MM, Charns MP, Seibert ME, Cleary PD. Factors affecting the use of patient survey data for quality improvement in the Veterans Health Administration. *BMC Health Serv Res* 2011;11:334.

39. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare setting. *BMJ Open* 2016;6(8):e011907.
40. Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M, et al. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health* 2013;13:773.
41. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. St.meld. nr 25 (2005-2006).
42. Innovasjon i omsorg. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2011. (NOU 2011:11).
43. Bakke T, Vege A. Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten: en beskrivelse av to modeller. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15 – 2012).
44. Torjussen E, Harwiss H, Havnes I. Brukermedvirkning i TSB - en myte? : en nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. Oslo: Oslo Universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste TSB; 2014. (TSB skriftserie nr 1).
45. Housing First lønner seg for kommunene. Husbanken. [Oppdatert 11.03.2016; Lest 07.07.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/housing-first/housing-first-loenner-seg-for-kommunene/>
46. Housing First. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). [Oppdatert 07.09.2016; Lest 10.09.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/13934/Housing-First>
47. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. (Rundskriv IS-8/2015).
48. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. Helsedirektoratet. [Lest 23.05.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/nfr>
49. Høise R, Bjørgen D, Kvisle M. Praksis- og holdningsutvikling gjennom erfaringskonsulent i ambulante team. Trondheim: KBT Midt-Norge; 2016. (Rapport 2/2016).
50. Weber A, Jensen M. Brukeransettelser. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. [Lest 01.06.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2016/03/H%C3%A5ndbok-for-erfaringskonsulenter.pdf>
51. Ness N. Hva er hverdagsmestring? Ergoterapeutene. [Lest 05.07.2016]. Tilgjengelig fra: <https://erganen.wordpress.com/2015/12/14/hva-er-hverdagsmestring/>
52. Ness N, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaaag L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Oslo: Ergoterapeutene; Norsk Sykepleierforbund; Norsk Fysioterapeutforbund; 2012.

53. Tuntland H, Aaslund M, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2015;15:145.
54. Ness N. Fakta ark: Hverdagsrehabilitering – en strategi for bærekraftige helsetjenester. *Ergoterapeutene*. [Lest 12.09.2016]. Tilgjengelig fra: <https://erganen.wordpress.com/2016/04/20/uforlost-potensiale-med-hverdagsmestring-og-deltakelse/>
55. Lewin G, De San Miguel K, Knuiman M, Alan J, Boldy D, Hendrie D, et al. A randomised controlled trial of the Home Independence Programme: an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health Soc Care Community* 2013;21(1):69-78.
56. Bakke T. Effekten av brukermedvirkning i forbedringsarbeid. helsebiblioteket.no. [Oppdatert 25.11.2009; Lest 24.05.16]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/effekten-av-brukermedvirkning-i-forbedringsarbeid>
57. Crawford M, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002;325(7375):1263.
58. Crawford M, Rutter D, Thelwall S. User involvement in change management: a review of the literature: report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation; 2003.
59. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf* 2016;25(8):626-632.

www.fhi.no

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2016
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no