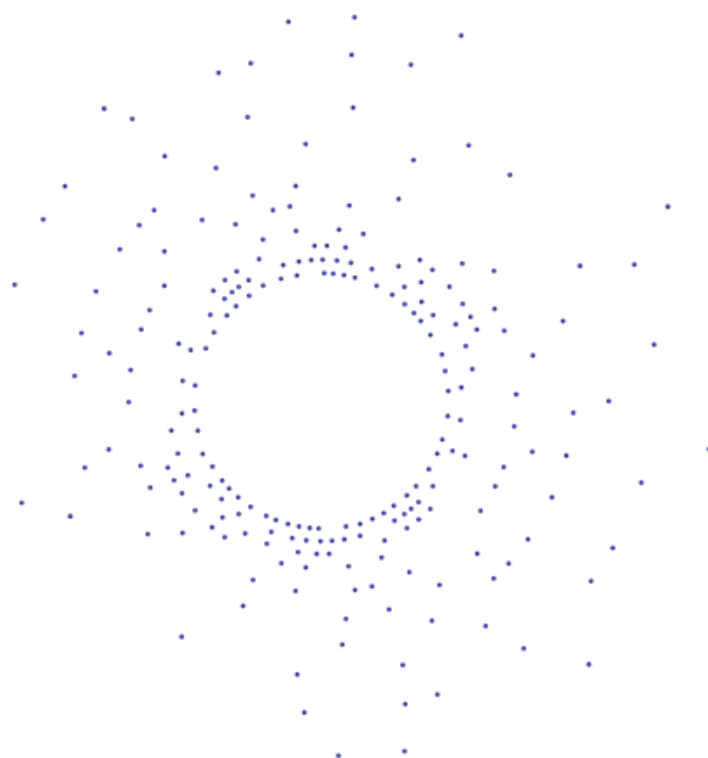


Brukermedvirkning på systemnivå (BRUS)

Brukerkunnskap i rus/psykisk helse tjenester - en samarbeidsdrevet innovasjon

Bente Berget & Trond Stalsberg Mydland



Prosjekttittel: Brukermedvirkning på systemnivå (BRUS). Brukerkunnskap i rus- psykisk helsetjenester – en samarbeidsdrevet innovasjon.

Prosjektnummer: 101012

Institusjon: NORCE

Gradering: Åpen

Rapportnr.: Rapport 6 – 2020 NORCE Safmunn

ISBN: 978-82-8408-069-7

Antall sider: 24

Publiseringsmnd.: Mars

Innhold

1. BRUS-prosjektet	3
2. Innledning	6
3. Teori	7
4. Kartleggingsstudie	12
4. Workshop	17
5. Kunnskapsoppbygging	20
6. Konklusjon	22
7. Referanseliste	23

1. BRUS-prosjektet

Sammendrag

De fem kommunene som har deltatt i prosjektet (Kristiansand, Arendal, Songdalen, Grimstad og Lindesnes) har alle erfaring med brukermedvirkning på systemnivå, men denne brukermedvirkningen har vært organisert på forskjellig vis. Det har derfor vært gjennomført en kartlegging for å utvikle kunnskap om, og finne nye måter å øke, brukermedvirkning på systemnivå i kommunene. Denne rapporten er ment som et kort sammendrag av aktivitetene i prosjektet.

For å kunne implementere brukermedvirkning i praksis vil det også være viktig å skape et godt personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, hvor bruker opplever trygghet, forståelse og likeverd (Sosial- og helsedirektoratet (2006)). Det personlige møtet og samtalene står sentralt i behandlingen av personer med psykiske lidelser og rus og bør derfor vies mer oppmerksomhet. Dersom de nasjonale føringene på brukermedvirkningen skal fungere som tilsiktet, må fagpersoner og brukere møtes i dialog og utvikle nye roller for samhandling der ansvar og oppgaver er tydelig forankret og fordelt. Forutsetninger for at man lykkes er at begge parter er villige til å gå inn i temaet, lære av hverandre og sette teori ut i praksis.

Målsetting med prosjektet

Målet med prosjektet har vært å få utvidet forståelse for brukermedvirkning innen rus og psykiske helsetjenester på systemnivå i kommuner i Agder-regionen. Brukermedvirkning er satt på agendaen fra sentralt hold, hvor det poengteres at brukermedvirkning skal sikres både i forhold til den enkelte og på systemnivå (Meld. St. 30 (2011-2012)). Allikevel er det mye usikkerhet i forhold til hvordan dette er implementert på kommunalt nivå. Med denne bakgrunnen ble det designet et prosjekt som skulle undersøke erfaringer med brukermedvirkning i noen utvalgte kommuner i Agder. Prosjektet fikk tittelen: «*Bruerkunnskap i rus/psykisk helse tjenester - en samarbeidsdrevet innovasjon*».

Arbeidsform, roller og fremdrift

Prosjektgruppen har vært organisert som del av samarbeidsorganet Praxis-sør¹ og gjennomført som del av utviklingsgruppen Praxis-bruker². Denne utviklingsgruppen har fungert som en styringsgruppe for prosjektet og for prosjektgruppens arbeid. Utviklingsgruppen er sammensatt av representanter fra de fem kommunene (per 2019) Arendal, Grimstad, Kristiansand, Songdalen og Lindesnes, samt brukerorganisasjonene

¹ <https://www.uia.no/senter-og-nettverk/praxis-soer>

² <https://www.uia.no/senter-og-nettverk/praxis-soer/praxis-bruker>

Alarm og Rom-Agder, Universitetet i Agder, NORCE – Norwegian Research Centre og Fylkesmannen i Aust- og Vest Agder.

Arendal kommune var søker- og vertsinstitusjon for organisasjonene som utgjør samarbeidspartnerne i Praxis-bruker. Konkret har følgende organisasjoner og personer vært representert i selve arbeidsgruppen som har jobbet med prosjektet i løpet av prosjektperioden. De fleste personene har deltatt i avgrensede, og i hovedsak som etterfølgende, perioder.

Grimstad kommune: Elisabeth Fevik, Eva Irene Ødegård

Universitetet i Agder: Sigrid Nordstoga, Mette Kvammen

NORCE: Trond Stalsberg Mydland, Bente Berget

A-larm: Jan Ivar Ekberg, Lars Faksvåg, Kristina Sivertsen, Linda Omnes

Rom-Agder: Terje Fagersand, Geir Kanck, Haakon Steen, Kurt Laursen

Trond Stalsberg Mydland fra NORCE har vært prosjektleder og Bente Berget fra NORCE har bidratt i arbeid med workshop og rapportskrivning.

Prosjektet er gjennomført som aksjonsforskning, som blant annet innebærer at nye tiltak utvikles og justeres underveis. Da finansieringen av prosjektet ble betydelig mindre enn det skisserte prosjektet som var søkt, valgte man å konsentrere prosjektet til å innhente erfaringer om brukervedvirkning i fem case-kommuner og få frem måter som kan øke brukervedvirkning på systemnivå i kommunale rus- og psykisk helsetjenester. Dette ble gjort via en kartlegging av status i de fem kommunene gjennom kvalitative intervjuer i tillegg til en workshop med representanter fra kommuner og brukerorganisasjoner.

Det har blitt avholdt mange prosjektmøter i arbeidsgruppen, for å innhente informasjon, utvikle en mal for kartleggingen, arrangere og oppsummere erfaringene fra workshopen og planlegge videre kompetanseheving innen tematikken.

Grunnlaget

Prosjektet hadde ikke blitt realisert uten støtte fra Helsedirektoratet via Fylkesmannen i Aust- og Vest Agder, positive holdninger og bidrag fra kommunene som har deltatt og fra brukerorganisasjoner på rus- og psykisk helsefeltet i Agder-regionen. En stor takk til dere for engasjement for å sette brukervedvirkning på systemnivå på agendaen.

Vi håper erfaringene fra prosjektet kan gi inspirasjon til flere kommuner både i Agder-regionen og nasjonalt for å øke brukervedvirkning på systemnivå i tjenestene.

Rom-Agder er et brukerstyrt senter som arbeider for økt brukermedvirkning innen ROP, samt har brukerrepresentanter, og organisasjonen understreker det av denne grunn har vært givende og lærerikt å delta i et prosjekt viss mål er å fremme nettopp dette. Det har vært interessant å få en oversikt over hvordan brukermedvirkning på systemnivå fungerer per i dag, samt hva som kan gjøres for at dette kan økes.

2. Innledning

Bakgrunnen for prosjektet

Det er et mål for kommunene i Agder å utvikle gode tjenester innenfor rus/psykisk helse området i samarbeid med brukerne av disse tjenestene. Fra en kartlegging finansiert av Fylkesmannen i Vest-Agder, utført av Agderforskning (2015) gjennom Praxis-bruker, kom det fram at ingen av nettsidene til kommunene i Vest-Agder ga informasjon om brukermedvirkning på systemnivå. Nettsøk var derfor ikke egnet for å få informasjon om brukermedvirkning i kommunene. Den samme kartleggingen gjennomførte også en systematisk informasjonsinnhenting pr e-post til ansvarlig ledelse på rådmannsnivå og/eller enhetsnivå innen psykisk helse og rus i hver av de daværende 15 kommunene. Hovedtendensen var at brukermedvirkning på systemnivå primært var organisert i form av råd og utvalg. Disse utvalgene var oftest generelt orientert, eksempelvis i retning ungdomsutvalg, eldreutvalg og råd for funksjonshemming. Svært få hadde utvalg som spesifikt rettet seg inn mot tjenesteområdet rus/psykisk helse.

Ifølge Helsedirektoratet (2017) har brukere rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Det er også en demokratisk rettighet og er lovfestet i Pasient og brukerrettighetsloven §3.1, og ble lansert som det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet (Politisk plattform for flertallsregjeringen 2009-2013). Brukermedvirkning er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

Mål for prosjektet

Med bakgrunn i den ovennevnte kartleggingen fra 2015 og retningslinjene fra statlig hold, har målet med BRUS-prosjektet vært å få utvidet kunnskap om brukermedvirkning på systemnivå i de fem case-kommunene. Målet har videre vært at kunnskapen fra prosjektet kan få betydning for implementering av brukermedvirkning på systemnivå i flere kommuner i Agderdistriktet. Et annet mål har vært å vurdere hvordan kompetanseoppbygging kan utvides med fokus på brukermedvirkning gjennom ulike kurs og på ulike nivå.

3. Teori

Begrepsapparat

En lang rekke overordnede føringer har gjennom mange år vektlagt betydningen av brukermedvirkning i helse- og sosialtjenesten. Brukermedvirkning er både en visjon, et mål og et middel.

I følge Sosial- og helsedirektoratet (2006) defineres brukermedvirkning som:

Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp ... kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver.”

Systemnivå innebærer at brukere skal gis mulighet til å delta i utvalg og kontrollkommisjoner i spesialisthelsetjenesten, samt i råd og utvalg på kommunalt nivå. Innenfor denne målsettingen har blant annet opptrappingsplanen lagt til rette for at brukerorganisasjoner kan styrkes økonomisk. Deltakelse på individnivå innebærer at det legges til rette for brukeres medvirkning i relasjon med profesjonelle yrkesutøvere (Branderud et al., 2011).

De siste årene er det fra forskningshold også understreket betydningen av brukermedvirkning i forskningen. Særlig er dette understreket i Norges Forskningsråds program, HelseVel hvor det bla. skrives: «Brukermedvirkning i forskning betyr involvering av brukere i forskningsarbeidet, beslutningsprosesser og i utforming av forskningsbehov og konkretisering av forskningsspørsmål»³.

Brukere er her alle instanser som er brukere av forskningen, det kan gjelde både kommunen som tjenesteyter og enkeltbrukeren som tjenestemottaker. Å bidra i forskning innebærer for begge parter nye roller og ett nytt arbeidsfelt.

Men reell brukermedvirkning i praksis har vist seg å være problematisk å få til (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2014). Brukeres deltakelse og medvirkning omfatter både individnivå og systemnivå. Da det er brukermedvirkning på systemnivå, som er fokus i BRUS-prosjektet, vil begrepsinnholdet fra de involverte kommunene (nedenfor) gi et bilde på hva de legger i dette begrepet. I tillegg blir også erfaringskonsulenter og brukerrepresentasjon ofte brukt om hverandre, noe som kan gjøre det vanskelig å enes om hva man legger i begrepet brukermedvirkning. Det samme gjelder administrativt vs. tjenestenivå som ofte blir blandet sammen.

³ <http://www.forskningsradet.no/prognnett-helsevel/Brukermedvirkning/1254019678995>

Kunnskapsstatus

I det følgende gis det en kort gjennomgang av noen rapporter og artikler som belyser brukermedvirkningen. Dette skjer fortrinnsvis på systemnivå, selv om dette i mange sammenhenger er vevd sammen med brukermedvirkning på individnivå.

Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsevern i kommunene (NIBR 2006)

Rapporten presenterer resultater fra en kvalitativ undersøkelse som består av to runder med intervjuer med administrativt ansatte og profesjonelle yrkesutøvere i 7 kommuner. Første runde ble gjennomført i 2003/2004, andre i 2006. Den presenterer også resultater fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført til lokale lag av Mental Helse og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien, samt til lokale talspersoner i organisasjonen Voksne for barn.

Rapporten viste at det på feltet etableres brukerråd tilknyttet psykisk helsearbeid i en del kommuner og at lokale lag av organisasjonene gis økonomisk støtte i mange kommuner. Det tilfører brukere ressurser og de kan komme i forhandlingsposisjon over for myndigheter. Representanter for lokale lag oppfatter i noen grad at de inviteres inn i pågående prosesser og arbeidsgrupper i kommunene. Det vises likevel at kommunene tenker tradisjonelt i sitt arbeid for å involvere brukere og at det er sprikende oppfatninger av hva brukeres deltakelse og medvirkning er og hva den skal resultere i. Rapporten viste også at respondentene mente at det var en utfordring å involvere brukere i arbeidsgrupper i tilknytning til planprosesser og andre spørsmål som angår dem, samt tenke og handle alternativt med hensyn på brukeres deltakelse. Et annet viktig punkt var behovet for å skolere brukere som er medlemmer i representasjonsordninger, samt til å ta initiativet til å etablere en samforståelse med organisasjonene om hva brukeres deltakelse skal være og hva det kan forventes at den skal lede til.

Kommuner der brukermedvirkning og brukerdeltakelse ser ut til å lykkes kjennetegnes av at de ikke har domenekonflikter. De har profesjonelle yrkesutøvere med et høgt bevissthetsnivå på hvordan brukere involveres i utmålingen av egne tiltak, på hvordan andre enheter, både horisontalt og vertikalt, involveres i arbeidet med brukerne og en delaktig og interessert ledelse for psykisk helsearbeid i kommunen.

Brukermedvirkning i kvalitetsforbedring av tjenester for personer med rus og psykiske lidelser (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009)

Senter for rusforebygging (SFR) i Drammen kommune og ruspoliklinikken ved Vestre Viken gjennomførte 8 fokusgruppeintervjuer for å kartlegge hvordan pårørende og ansatte

hadde erfart og oppfattet brukermedvirkning innen rus og psykiatri. Tre av fokusgruppene var med brukere, to med pårørende og tre med ansatte. Intervjuene var lagt opp slik at deltakerne kunne fortelle om sine erfaringer ift noen fokusområder. Samtidig som flere positive opplevelser med tjenestetilbudet ble løftet frem, ble det også beskrevet alvorlige brudd og svikt på mange områder når det gjelder kvaliteten på rustjenestene. Den største utfordringen for alle parter var mangel på samhandling, et uoversiktlig system hvor det er komplisert for enkeltpersoner å finne frem ble beskrevet. Som en av mange konsekvenser ved manglende samhandling måtte brukerne fortelle historien sin gang etter gang, noe som ble opplevd som en belastning. Konklusjonen var at for å lykkes med å skape vedvarende forbedringer, var det svært viktig å identifisere og tydeliggjøre hvilke fordeler de planlagte endringene har for pasientene, personalet og hele organisasjonen. Det var også med til å skape positive holdninger til endringene både hos ledelse og personalet (Brandrud et al.. 2011; Øvretveit, 2009).

Brukermedvirkning i helse og omsorgssektoren (Telemark forskning 2011)

Rapporten baserer seg både på litteratur om brukermedvirkning og innsamling av egne data fra et utvalg av case-kommuner.

Rapporten viste at utbredelsen av ulike ordninger for brukermedvirkning varierer mye mellom norske kommuner. Mens noen kommuner har rapportert at de har innført relativt mange ulike ordninger, er dette mindre utbredt i andre kommuner. Undersøkelser om brukerråd peker på noen gjennomgående utfordringer i forhold til deltakelse og representativitet, samt på utfordringer i forhold til rådernes innflytelse. Det er bl.a. vanskelig å rekruttere representanter. Disse kan i tillegg ha en tendens til å representere seg selv mer enn å være representant for en bredere gruppe brukere. Spørsmålet om hvilken innflytelse rådene skal ha er også ofte uavklart. Case-studien viste at brukerrådene hadde varierende innflytelse, noe som bl.a. avhenger av hvor integrert rådet er i kommunens øvrige beslutningssystem. Studien viste at rådene i varierende grad var opptatt av utformingen og kvaliteten på tjenestene. Anbefalingene var at medlemmene i råd eller utvalg bør være representative, at medlemmene selv setter dagsorden, at rådet og medlemmenes rolle avklares i forhold til det tradisjonelle kommunale styringssystemet, og at det er nødvendig med opplæring av rådsmedlemmene om brukerrådernes funksjon og virkemåte.

Brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) – en myte? (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2014)

Førtiåtte ledere i TSB over hele landet ble i 2014 intervjuet om deres erfaringer med brukermedvirkning i tilknytning til brukerråd, tillitsmannsordninger, brukerstyrte senger, selvhjelpsgrupper, erfaringskonsulenter og likemannsarbeid. Her kom det frem at lederne

hadde relativt lite kunnskap om brukermedvirkning og at de lovpålagte forordningene gjennom oppdragsbrev, anbefalinger og strategier for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i mange tilfeller ikke ble fulgt opp. Eksempelvis hadde kun en av fem rusbehandlingsenheter brukerråd. Intervjuobjektene sa at hovedårsakene i første rekke var knyttet til holdninger hos de ansatte, manglende kunnskap om styringskrav eller praktiske utfordringer. Tillitsvalgt ordninger blant pasientene på døgnenheter var den mest benyttede ordning for brukermedvirkning og en tredjedel av de spurte hadde ansatt erfaringskonsulenter.

En oppfølging to år seinere viste at det var fortsatt var forskjeller mellom de ulike enhetene, selv om de ulike enhetene uttrykte at de var opptatt av å forankre brukermedvirkning på systemnivå. Brukerråd var det tiltaket som hadde kommet lengst i løpet av denne perioden og flere aktører i helseforetakene og blant private hadde under samme organisasjonsparaply gått sammen om å etablere brukerråd.

Noen aktuelle teorier i tilknytning til brukermedvirkning

Empowerment

Empowerment er et begrep som argumenterer for at brukere skal styrkes og myndiggjøres. Det innebærer et syn på mennesket som et subjekt som har evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv, og som vet hva som er bra, nyttig og viktig for det. Individet skal utstyres med større selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter og på den måten lettere kunne identifisere barrierer mot selvrealisering som begrenser muligheter til egenkontroll. Gjennom empowerment betraktes brukere som borgere av et samfunn med de rettigheter, muligheter og plikter det innebærer. Brukerrollen vil bare være en liten del av livet, men for å kunne leve et aktivt liv, er det viktig å få den hjelpen en trenger og de tjenestene en har behov for. Empowerment er "mobilisering innenfra", og innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne egne løsninger, gjerne i fellesskap med andre. På samfunnsnivå skal bruk av begrepet kunne identifisere barrierer, strukturer og maktforhold som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv (Askheim, 2003).

Recovery

Borg et al. (2013) definerer recovery som en persons perspektiver på hva som hjelper, og den enkeltes egen innsats for å ta kontroll, finne mening og håndtere konsekvensene: «Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv». Som definisjonen beskriver er selvbestemmelse og selvstyring sentralt i recovery-prosessen. Hver person må finne sin egen vei. Viktige personlige elementer i bedringsprosessen har

vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål. På engelsk snakker man gjerne om "being *in* recovery" istedenfor "being recovered".

Tjenester med en åpen og fleksibel organisering, som tilbyr støtte fra ansatte og brukerne seg imellom, har blitt anbefalt som en del av en recovery-orientert tilnærming i Norge (Elstad, 2014). Et eksempel på et tiltak for å jobbe ut fra et perspektiv om recovery er Senter for psykisk helse (SFPR) i Asker kommune (Johnson, 2005) hvor målet var å utvikle og styrke recovery-perspektivet samt å utvikle modellen til også å gjelde andre kommuner.

Oppsummert om brukermedvirkning

Litteraturen om brukermedvirkning viser at begrepet i praksis rommer svært mange ulike former for medvirkning, alt fra brukerdeltakelse i kommunale råd til det at brukene gir uttrykk for ønsker og behov for oppfølging i sitt daglige liv.

Det er svært ulikt hvor langt de ulike virksomhetene på kommunalt plan har kommet i forhold til brukermedvirkning på systemnivå i nasjonal regi. Noen har etablert eget brukerråd/brukerforum. I mange kommuner er brukermedvirkning forsøkt ivaretatt gjennom andre organisatoriske tiltak som råd for funksjonshemmede, høringsmøter etc. Brukermedvirkning på systemnivå er flere steder en utelatt arena hvor brukerne bør medvirke i langt større grad enn i dag. Det kan i mindre kommuner være vanskelig å rekruttere nok brukerrepresentanter på systemnivå.

En gjennomgang av forskning om brukermedvirkning fra internasjonale tidsskrift, viser i all hovedsak til studier som ser på effekter av å gi brukere bedre eller mer informasjon om tjenestene. Resultatene viser imidlertid ingen entydige effekter. Det betyr at mens noen undersøkelser finner at informasjon til brukerne har positive effekter på brukernes medvirkning eller evne til å ta i bruk tjenestene, er effektene små eller fraværende i andre.

4. Kartleggingsstudie

Metodikk

Formålet med kartleggingsstudien var å frembringe kunnskapsinnhenting om hvordan man jobber med brukermedvirkning på systemnivå i de fem case-kommunene for derigjennom å kunne utvikle og styrke opplæring av brukerrepresentater og medarbeidere med brukererfaring.

Kartleggingsstudien ble utført som et fokusgruppeintervju i 2017 i de fem kommunene Kristiansand, Songdalen, Arendal, Grimstad og Lindesnes.

Informantene var som følger:

- Kontaktpersoner som var strategisk plassert i kommunen og som hadde forkunnskap om prosjektet
- 1-2 andre relevante kommunalt ansatte
- Representanter fra brukerorganisasjoner
- Eventuelt andre med brukererfaringer

ROM/A-larm hadde ansvar for å gjennomføre informasjonsinnhenting i kommunene og med bruker som spør bruker som en modell (Westerlund og Bjørgen, 2010). Hvert gruppeintervju skulle gjennomføres med minimum en representant fra hver av disse organisasjonene. Flere dersom det var mulig.

Representantene fra ROM/A-larm utarbeidet en rapport/referat i etterkant av hvert enkelt gruppeintervju med relevant dokumentasjon fra kommunene, hvis det var mulig. I tillegg til faste tema var det også rom for åpne spørsmål.

Det ble ikke innhentet informasjon om enkeltpersoner, tredjepersoner eller andre personidentifiserende opplysninger. Eventuelle representater som deltok fra brukerorganisasjoner med brukererfaring skulle bruke denne erfaringen til å bidra med informasjon om kommunens tjenester/organisering.

Informasjonen fra fokusgruppen ble skrevet ut slik at anonymiteten ble ivaretatt og det ble forsikret om at det ikke var personidentifiserende opplysninger.

Under er intervjuguiden som ble brukt kartleggingsstudien:

Spørsmål

Underpunktene i parentes er spørsmål som kunne tilpasses/sjekkes ut.

1. Hva forstår dere med brukermedvirkning?**2. Hvordan definere dere systemnivå når det gjelder brukermedvirkning?**

(Hvordan defineres brukermedvirkning på systemnivå sammenliknet med andre nivåer for brukermedvirkning?)

3. Hva finnes av brukermedvirkning på systemnivå i deres kommune?

(Råd, utvalg, referansegrupper, andre arenaer hvor brukere trekkes inn?)

4. Hvordan jobber dere med brukermedvirkning i deres kommune?

(organisering, form, tidsperspektiv, annet)

5. Hvordan rekrutteres brukerrepresentantene? Hvorfor velger de å rekruttere på den måten de gjør?

(Er brukerrepresentanter organisert i brukerorganisasjoner og i så fall hvordan er de organisert? Velges de lokalt/lokalsamfunn, i så fall hvordan?)

6. Honoreres brukerrepresentantene og i så fall hvordan?

(individuelt, brukerorganisasjon, hvorfor/hvorfor ikke?)

7. Hvilke erfaringer har dere knyttet til brukermedvirkning på systemnivå?

I hvilken grad er dere fornøyd/ikke fornøyd med brukermedvirkningen slik den eksisterer i dag? (eks: hvordan fungerer brukerorganisasjonene, brukerrepresentantene, inkludering i den kommunale og administrative strukturen?)

Fornøyd – mellomfornøyd – ikke fornøyd

8. Hvilke utfordringer vil dere anse som de vesentligste for å etablere og forankre brukermedvirkningen i kommunen?**9. Har dere pr i dag opplæring/veiledning knyttet til brukerrepresentasjon, brukermedvirkning, erfaringskonsulenter, medarbeidere i stillinger basert på erfaringskompetanse fra bruker-/pårørendeposisjon?**

(Hva er erfaringer med dette?)

10. Hvilke opplærings-/veiledningsbehov er det knyttet til brukerrepresentasjon, brukermedvirkning, erfaringskonsulenter, medarbeidere i stillinger basert på erfaringskompetanse fra bruker-/pårørendeposisjon?

11. Hvilke planer har dere for brukermedvirkning i deres kommune?

12. Hvilken rolle har erfaringskonsulenter i denne sammenhengen?

13. I hvilken grad ville dere ønsket faglig/ forskningsbasert kunnskap om brukermedvirkning, og i så fall hva ville dere ønsket informasjon om?

(Eks. holdninger til og erfaringer med brukermedvirkning blant kommunalt ansatte, strukturelle utfordringer, brukerrepresentanters erfaringer?)

Oppsummering av resultatene fra kartleggingsstudien

Deltakelse og oppmøte

Avdelingsleder eller enhetsledere stilte i alle kommunene med adekvat representasjon i forhold til nivå og kunnskap om brukermedvirkning. På brukersiden var det imidlertid stor variasjon.

Forståelse med brukermedvirkning

Kommune 1

Forståelse: «Brukermedvirkning først og fremst inn mot tjenestene. I tillegg til på individnivå.» Systemnivå handler om planarbeid inn mot det politisk nivået, som brukerråd.

Kommune 2

Forståelse: At det er brukerrepresentasjon inn i utarbeidelse av tjenestetilbudet. Få tjenester som treffer behovene i større grad.

Kommune 3

Forståelse: Planverk som har tydelig vektlegging av brukermedvirkning

Kommune 4

Forståelse: System og kanaler for å innhente brukernes erfaringer i forbindelse med organisering, drift, planarbeid.

Kommune 5

Forståelse: Brukere er med på å bestemme. Brukerrepresentanter valgt av brukerne og rekruttert fra brukerne.

Det var noe variasjon mellom kommunene hva gjaldt definisjon av systemnivå. Deltakelse i planarbeid var vesentlig. Det var imidlertid noe uklarheter angående nivå (individ, tjeneste og system). Begrep som: «å bli hørt, være med å bestemme, å fremme brukerperspektivet», indikerer et fokus på individnivå, mens «å opprette kanaler og systemer for å innhente brukererfaring», peker mer i retning av systemnivå tenkning. Det

var imidlertid noe uklarheter i forhold til forståelsen av systemnivå i forhold til tjenestenivå.

Hva som finnes av brukermedvirkning på systemnivå, erfaringer og hvordan det jobbes med brukermedvirkning

Alle fem kommunene hadde, eller hadde hatt, brukerråd i en eller annen form, men det var stor variasjon mellom kommunene. Noen hadde brukerråd på enhetsnivå og andre hadde både fag- og brukerråd. Enkelte hadde erfaringsansatte involvert i arbeid på systemnivå. Dette skulle ivareta behovet for å ta inn brukerperspektivet. Noen skulle etablere brukerråd og andre ville ansette erfaringskonsulenter fast. Når det gjaldt erfaringer var det et klarere skille mellom de fem kommunene. Noen uttrykte at de var noe kritiske til representantene som organisasjonene hadde oppnevnt, men poengterte likevel at det var positiv holdning til dette i kommunen. Noen hadde jobbet i så kort tid med brukermedvirkning at de ikke kunne si noe sikkert om erfaringene, mens andre ikke så noen grunn til «å endre noe som fungerer».

Alle var enige om at brukerstemmen var viktig i utformingen av effektive og gode tjenester innen rus- og psykiskhelsefeltet, og ville legge vekt på det i arbeidet med å implementere brukermedvirkningen på systemnivå.

Rekrutterings av brukerrepresentanter og honorering av disse

Det var stor variasjon her – fra at man har «funnet en i læringsnettverket», til å ha sendt ut åpent brev til innbyggerne i kommunen med spørsmål om hvem som kunne tenke seg å bli med. Hva gjaldt utvalget av representerte organisasjoner, ble det nevnt både et ønske om å holde antallet lavt, til: «vi føler at organisasjonene som best dekker vårt fagfelt/er de største og mest relevante i vår kommune» bør være representert. Alle kommunene betalte en eller annen form for godtgjørelse for representasjon. Noen forholdt seg til faste takster og betalte personene som faktisk stilte, mens andre støttet de aktuelle organisasjoner med et fast årlig budsjettert beløp.

Utfordringer med å etablere og forankre brukermedvirkning

Alle fem kommunene hevdet at det var god vilje hva gjaldt brukermedvirkning på alle nivå. De erkjente behov for og nytten av medvirkning og fremhevet at det ikke var motvilje verken politisk eller i tjenestene. Noen hevdet at de var klare på at de måtte tenke nytt for å få sitt nye brukerråd til å fungere. Dette gjennom å stille klare krav til organisasjonene i forhold til forventninger kommunen har, og at representantene skulle representere organisasjonene på en god måte og skille egne motiv fra organisasjonens behov og ønsker. Videre var de opptatt at brukermedvirkningen skulle være reell og ikke bare «at vi sender et referat, så vet de det liksom ...», og at det må være mer enn «bare å sende saker til godkjenning». Ellers trekkes manglende selvtillit og trygghet blant brukerne til å mestre oppgavene frem, samt manglende datakunnskap. Gjennomsiktighet i små kommuner nevnes også som en utfordring når det gjelder å rekruttere brukere.

Opplæring og veiledning knyttet til brukerrepresentasjon

Ingen av kommunene har noe eget utdannings- eller veiledningstilbud til brukerrepresentanter. Noe form for kursing foregår likevel. Noen nevnte erfaringsveiledningen for Agderfylkene, hvor deres ansatte erfaringskonsulent møter, mens noen hadde erfaringskonsulenter som hadde deltatt på selvstyrningskurs (Verktøykassekurs). Noen trakk frem behovet for dataopplæring, da manglende datakunnskap ofte er en hemsko for potensielle representanter.

Noen så for seg at de, kanskje i samarbeid med organisasjonene, kunne utvikle et opplæringstilbud for å klargjøre krav og behov kommunen har i forhold til.

To av kommunene ønsket kunnskap som løftet temaer om brukermedvirkning generelt. Noen så ingen «gapende hull» og mente at de hadde funnet frem bra i så måte på egen hånd, mens andre etterlyste egnet evalueringsverktøy når det gjelder brukermedvirkning for å optimalisere dette.

Konklusjon vedrørende erfaringer og utfordringer i de fem kommunene

Erfaringer med brukermedvirkning

Til tross for at respondentene var en heterogen gruppe og sammensatt av representanter på kommunalt nivå og fra brukersiden ønsket alle å etablere eller beholde brukerråd og benytte workshops i forbindelse med planarbeidet og årlige brukerundersøkelser. Positivt med personer i og utenfor organisasjoner – engasjement er viktigst. Enkelte hadde dårlig erfaring med personer som har hatt for stort fokus på egen historie og behov. Rutiner for ansettelse/engasjement av erfaringskonsulenter og avlønning av disse var viktig for å sikre kontinuitet i brukermedvirkningen.

Utfordringer

Åpne for å jobbe annerledes i forståelsen av at man kan bidra til endring, stille klare krav og nyttiggjøre seg dialogen bedre. Her kan utforming av felles læringsprogram være en vei å gå.

4. Workshop

For å innhente ytterligere informasjon om brukervedvirkning og behovet for kompetanse ble det i slutten av november i 2018 arrangert en workshop med representanter fra kommuner i Agderregionen, Fylkesmannen i Aust- og Vest Agder og brukerorganisasjoner.

Tittelen for workshopen var: **«Hvordan kvalifisere for brukervedvirkning på systemnivå?»**

Arrangører var: ROM-Agder, A-larm og NORCE Norwegian Research Centre AS.

Workshopen var to-delt og ble gjennomført som en fellesbolk med foredrag fra representanter fra Fylkesmannen i Aust- og Vest Agder, Kristiansand kommune og brukerorganisasjonen A-larm. Deretter ble deltakerne delt inn i grupper med en blanding av representanter fra kommunesektor (både administrativt og politisk) og brukerorganisasjoner.

Nedenfor er det en oppsummering av de viktigste temaene som ble løftet frem basert på fellesforedragene og det som kom frem fra gruppearbeidet.

Erfaringer, utfordringer og mulighetsperspektiver med brukervedvirkning

Brukerundersøkelser

Det har blitt utført brukerundersøkelser i regi av Fylkesmannen. De viser at de fleste kommunene oppgir å være fornøyde, men det samsvarer dårlig med hva brukerne selv rapporterer i nasjonale undersøkelser.

Utfordringer med brukervedvirkning på systemnivå

Det var store forskjeller i forhold til hvor tilgjengelig ulike tjenester er i ulike kommuner. For dårlig bruk av Individuell plan (IP). Her er det mye å gå på.

Det finnes per i dag ikke et pårørendesenter, ei heller en pårørendekoordinatorer, i flere av kommunene. Det er også få brukerorganisasjoner i en del kommuner.

I noen tilfeller er brukerrådene for knyttet til enkeltindivider og i tillegg kan det være for formalistisk og vanskelig for noen brukerrepresentanter. Når det gjelder feedbackorienterte tjenester (FIT), er det masse gode erfaringer, men også etiske dilemmaer. Konfliktfylte relasjoner kan gjøre det vanskelig å gi tilbakemeldinger.

Oja (2018) forsket på FIT i brukervedvirkningen i kommunal psykisk helsetjeneste. Resultatene viste at informantene opplevde å ha god innflytelse gjennom FIT, samt at det sikret brukervedvirkningen. Brukere er i behov av implementering ut ifra eget ståsted, noe som viser viktigheten av brukervedvirkning.

For å oppnå god kommunikasjon med de kommunale tjenestene er det viktig at brukerrepresentantene er godt forberedt til møter og utvalg, noe som ikke alltid er tilfelle.

Mulighetsperspektiver

Når det gjelder å utvikle felles fundament både fra brukersiden og fra tjenestene er det viktig med systematisk tilbakemelding fra brukerne (brukerundersøkelser). I enkelttilfeller trenger det ikke å være så sterke skiller mellom kommunegrensene, det kan gi mere kontinuitet i brukervedvirkningen.

Bruk av arbeidspraksiser er en metode som understøtter brukervedvirkning og som man bør bruke i større grad.

Folk som jobber i kommunen kan miste litt koblingen på grunn av arbeidspress, brukervedvirkning på systemet kan være positivt her.

Organisasjoner er gjennomgående gode til å skolere til å være brukerrepresentanter og i så måte kan det være gunstig å gjøre bruk av de som har lang fartstid som brukerrepresentanter.

Housing first bør bli etablert i større skala. Få prøvd det mer ut. Et eksempel er Topdalsveien: Først bare en beboer som deltok, men vedkommende skjønnte at det ble lagt opp til brukervedvirkning, etter hvert så kom alle beboerne med. Boligene er i stor grad utformet i tråd med dette.

Økonomiske vurderinger

Det har vært ymse tilskuddsordninger på rus- og psykisk helsefeltet siden slutten av åttitallet og det avsettes store summer til opptrappingsplanen på rus til kommunene i landet.

Forvaltning av tilskudd vil bli prioritert høyt i de kommunene som ønsker å ansette personer med brukererfaring og Fylkesmannen har gitt noe tilskudd for å få etablert et forum for de med erfaring.

Direktoratet blir mer og mer tydelig på at det de jakter på er en økning i kommunenes årsverk, noe som gjør det noe vanskeligere med kjøp av denne typen tjenester.

I tillegg varierer rutiner for honorar/lønn og reisegodtgjøring fra utvalg til utvalg og fra kommune til kommune.

Kompetanseheving

Noen var skeptiske til kurs med studiepoeng, mens andre mente at nettopp studiepoeng kan være positivt for selvfølelsen og noe som kan være en styrke i rollen som brukerrepresentant. Flere hevdet at det kan være gunstig med felles kurs for kommuneansatte og brukerrepresentanter. Her kan metoden Bruker spør Bruker (Westerlund og Bjørgen 2010) være en god modell. Dette er en dialogbasert evalueringsmetode som har til hensikt å bedre dialogen mellom brukere og personale, noe som kan stimulere til bruken av brukerrepresentanter (Rydheim og Svensen, 2014). Det ble også påpekt at noen kurs heller burde utvikles av brukerorganisasjonene selv og være for deres representanter.

5. Kunnskapsoppbygging

Veivalg i retning et eget kurs

Et av målene med prosjektet var å komme opp med ulike modeller for kompetanseoppbygging i forbindelse med brukermedvirkning på systemnivå. Med bakgrunn i workshopen samt kartleggingen og kunnskapsstatus på feltet har prosjektgruppen det siste prosjektåret jobbet ut fra følgende modell:

Å utvikle et felles opplæringsprogram for brukerrepresentanter og fagfolkene som de ansatte med brukererfaring samarbeider med. Her fant man at deltakerne for eksempel kunne få tilbud om å gjennomføre et spesialtilpasset kurs – SV 911- Kunnskapsutvikling på arbeidsplassen – som er et etter- og videreutdanningskurs (EVU) ved UiA. I dette kurset kan deltakerne utforske problemstillinger som styrker betydningen av samarbeid på feltet. Samtidig må det være en struktur som gir kommunene frihet til å forme prosjektene som inngår i kurset.

Kurset kan være på både bachelor- og mastergradsnivå men samtidig være åpent for deltakere uten formell studiekompetanse. Tanken er at rekruttering til kurset kan ta utgangspunkt i de kommunene som er med i Praxis-bruker. Rus/psykisk helse bør være utgangspunktet, men det bør også være mulig å utvide denne rammen.

Målet er å ha ferdig et kursopplegg våren 2020 og med eksamen desember 2020.

En kan videre tenke seg et formidlingsseminar i januar 2021, og skal kurset videreføres kan dette også fungere som oppstart på neste kurs.

Kurset SV 911 Tjenesteutvikling innen rus og psykisk helse⁴

Organisering av kurset

Gjennom kurset Tjenesteutvikling innen rus og psykisk helse tilbyr UiA i samarbeid med Praxis-Sør et videreutdanningsemne i tjenesteutvikling innen velferdsfeltene rus og psykisk helse. Tilbudet retter seg mot ansatte i offentlige tjenester og brukermedvirkende. Studentene vil gjennom kurset arbeide med et eget utviklingsprosjekt knyttet opp mot arbeidsplassen, med veiledning fra universitetet. Kurset vil ha ett års varighet på deltid, og med mulighet for å avlegge eksamen med 10 studiepoeng.

⁴ <https://www.uia.no/studier/evu/tjenesteutvikling-innen-rus-og-psykisk-helse>

Kurset baserer seg videre på en aksjonsforskningsbasert tilnærming, som vil si en form for forskning der praktiske tiltak utvikles under medvirkning av en forsker. Studentene skal selv utforme et utviklingsprosjekt fra egen praksis, og arbeide aktivt gjennom studieløpet med undervisning og veiledning fra fagpersoner ved Universitetet i Agder. Undervisningen er tematisk todelt. Første del angår planlegging og etableringen av ulike typer utviklingsarbeid med ulike formål. Andre del tar for seg læring i organisasjoner og implementering av ny praksis.

Brukermedvirkning står også sentralt i dette kurset, både i arbeidet med utviklingsprosjektet og som innhold i undervisningen. Brukerrepresentasjon og medvirkning i prosjektene er et krav, og det er en fordel om flere fra samme organisasjon deltar. Kursdeltakelsen og delprosjektene bygger altså på en kombinasjon av fag- og erfaringskompetanse.

Læringsmål

Studentene skal etter gjennomført kurs:

- kunne initiere og drive tjenesteutvikling i rus- og psykisk helse-feltet der brukermedvirkning og samskaping står sentralt
- ha kunnskap om brukermedvirkning på systemnivå
- ha kunnskap om aksjonsforskningsbaserte tilnærminger og ulike kunnskapsformer
- kunne systematisere og formidle erfaringskunnskap basert på praktikerforskning, medforskning og/eller samarbeidsforskning
- ha kunnskap om aksjonsforskning og læring i organisasjoner
- ha fått erfaring fra prosjekt der utvikling av tjenesten skjer i samarbeid mellom kommuner/tjenesteområder og brukerorganisasjoner/brukerrepresentanter, erfaringskonsulenter

Kursets oppbygging

Undervisningen i kurset er tematisk todelt. Første del angår planlegging og etableringen av ulike typer utviklingsarbeid med ulike formål. Andre del tar for seg læring i organisasjoner og implementering av ny praksis.

Gjennom kurset skal studentene jobbe med flere arbeidskrav knyttet til tjenesteutvikling. Studenter med generell studiekompetanse eller bachelorgrad kan også velge å levere eksamensoppgave på henholdsvis bachelor- eller masternivå.

Hele kurset gjennomføres som fire samlinger à to dager fordelt på to semestre ved kampus Kristiansand. I tillegg arrangeres det skriveuke ved studiesenteret i Metochi, Hellas.

6. Konklusjon

På bakgrunn av reduserte tildelinger, valgte prosjektet å prioritere arbeidet med å utforske de 5 forsøkskommunene sine erfaringer og praksiser med brukermedvirkning på systemnivå. Det var stor variasjon mellom kommunene for hvordan brukermedvirkning praktiseres.

Representanter for lokale lag oppfatter i noen grad at de inviteres inn i pågående prosesser og arbeidsgrupper i kommunene. Erfaringene er likevel at fagpersoner i kommunen har en vei å gå når det gjelder kunnskap om hvordan brukermedvirkningen skal foregå. I tillegg mangler flere brukerrepresentanter nødvendig kunnskap for å kunne medvirke fullgodt på systemnivå. Av denne grunn etterlyses det mer skoling for brukerrepresentantene for å gi dem nødvendig verktøy til å kunne delta på en meningsfull måte. Et annet mål er å jobbe mot at brukerrepresentanter får delta de steder de har krav på å få være med.

Kommuner der brukermedvirkning og brukerdeltakelse ser ut til å lykkes kjennetegnes av at de ikke har domenekonflikter. De har dyktige brukerrepresentanter som kjenner sine arbeidsoppgaver og rettigheter, samt vet hvordan system og regelverk fungerer. Dette tyder på at det kan være en fordel å bygge opp under denne typen kunnskap.

Det var også få brukerorganisasjoner i en del kommuner. I tillegg kan det være for formalistisk og vanskelig for noen brukerrepresentanter. Feedbackorienterte tjenester (FIT), kan være et hjelpemiddel for å få ytterligere kjennskap til hvordan brukene opplever representasjon og medvirkning på systemnivå.

Prosjektgruppen valgte å lage en workshop for å arbeide videre med tematikken og få ytterligere informasjon om brukermedvirkning på systemnivå. Workshopen synliggjorde behovet for en opplæring for både brukerrepresentanter og kommunalt ansatte i rus og psykisk helsetjenestene.

Som utkomme av prosjektarbeidet og prosjektets målsetting valgte prosjektgruppen å videreutvikle etter- og videreutdanningskurset SV 911 ved Universitetet i Agder slik at det tematiserer kompetanseutvikling innen Tjenesteutvikling i rus- og psykisk helsefeltet. Første runde av dette kurset startet i mars 2020, med eksamen og avslutning i desember 2020.

7. Referanseliste

Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Borg, M., Karlsson, B., Stenshammer, A. (2013). *Recoveryorientert praksis: en systematisk kunnskapssammenstilling*. Rapport, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 4, 2013.

Brandrud AS, Schreiner A, Hjortdahl P, Helljesen GS, Nyen B, Nelson EC. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: An analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Qual & Safety*.

Elstad, T. A. (2014). *Participation in a «low threshold» community mental health service: an ethnographic study of social interaction, activities and meaning*. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science, Trondheim, 2014:95.

Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011) Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. Telemarksforskning Bø.

Helsedirektoratet (2017). Brukermedvirkning.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Meld. St.30 (2011-2012). Se meg! alkohol – narkotika – doping.

Johnsen, T. (2005). *Brukermedvirkning i kommunalt psykisk helsearbeid*. Masteroppgave. Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet, Trondheim.

Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

Norsk institutt for by- og regionforskning (2006). Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid- Noen trender. 30.s.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse (2014). Brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser- en myte? <http://www.tsb.no/>

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse (2017). Erfaringskonsulentundersøkelsen 2016. 37.s.

Oja, R. P. (2018) *Brukererfaringer ved FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste*. Høgskolen i Innlandet, Elverum <https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2563324/Oja.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Politisk plattform for flertallsregjeringen (2009-2013). Soria Moria II

Rydheim, S.H., Svendsen, E. (2014). Hvilken plass har erfaringskonsulenter i tjenestene innenfor psykisk helse? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 4, 368-376.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*, Rapport IS-1315.

Øvretveit J. (2009). Leading improvement effectively. Review of research. *The Health Foundation*, 105.s.

Westerlund, H., Bjørgen, D. (2010). *Bruker spør bruker (BSB): Ålesund kommune: rapport*, Ålesund: KBT Midt-Norge.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no