

Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet

Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse



Rapportens tittel Plan for brukermedvirkning
Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen
for psykisk helse

Utgitt 04/2006

Bestillingsnummer IS-1315

Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt Avdeling for psykisk helse
Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf. 810 20 050
Faks 24 16 30 01
www.shdir.no

Rapporten kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet
Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf. 24 16 33 68
Faks 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer IS-1315

Forfattere Erik Larsen
Finn Aasheim
Ann Nordal

Utgitt i samarbeid med: Brukerorganisasjonene innen psykisk helse

Innhold

Forord og formål	5
Innledning	6
1 Hva menes med brukermedvirkning?	7
1.1 Definisjon av brukerbegrepet	7
1.2 Klargjøring av perspektiver på brukermedvirkning	7
1.3 Hvorfor brukermedvirkning?	9
1.4 Brukermedvirkning i et demokratiperspektiv	10
1.5 Brukermedvirkning i et kvalitetsperspektiv	10
2 Juridisk rammeverk	12
3 Mål for brukermedvirkning	14
3.1 Mål: Brukermedvirkning på individnivå	14
3.2 Mål: Brukermedvirkning på systemnivå	15
4 Brukermedvirkning på individnivå	16
4.1 Informasjon og kommunikasjon	16
4.2 Medvirkning i forhold til behandlingens innhold	17
4.3 Ansikt-til-ansikt-relasjoner	17
4.4 Klient- og resultatstyrt terapi	18
4.5 Gjensidig tillit mellom bruker og hjelper	18
4.6 Hjelp i eget hjem	18
4.7 Taushetsplikt	18
4.8 Individuell plan	19
4.9 Ansvarsgrupper	20
4.10 Koordinerte tjenester	21
4.11 Pasienter under tvungent psykisk helsevern	21
4.12 Brukermedvirkning via verge, hjelpeverge eller fullmektig	21
4.13 Saksbehandling innen psykisk helsearbeid i kommunen	21
4.14 Opplæring for å styrke mestring for bruker og pårørende	22
4.15 Anbefalinger til tjenesteapparatet	22
5 Brukermedvirkning på systemnivå	24
5.1 Brukerråd/brukerforum på ulike nivå	24
5.2 Brukerrepresentanter inn i prosjektarbeid	25
5.3 Brukerorganisasjonene som høringsinstans	26
5.4 Brukerombud	26
5.5 Brukere som ansatte	26
5.6 System for innhenting av brukererfaringer	26
5.7 Brukerstyrt senter	27

5.8	Anbefalinger til tjenesteapparatet	28
6	Barn og unges brukermedvirkning	29
7	Mulige fallgruver knyttet til brukermedvirkning	31
8	Aktuelle virkemidler	32
8.1	Økonomiske virkemidler	32
8.2	Pedagogiske virkemidler m/anbefalinger	32
8.3	Organisatoriske virkemidler	34
9	Tiltak i Opptrappingsplanen	35
10	Dokumentasjon og rapporter	39

Forord og formål

Brukermedvirkning er et sentralt tema i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008). Evaluering av Opptappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivaretatt, og at brukermedvirkning er en forutsetning for at målene i Opptappingsplanen for psykisk helse nås.

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Målet er god brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå. For å intensivere arbeidet med å nå overordnede mål og prinsipper for brukermedvirkning, har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet denne rapporten på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporten er ment som hjelp for brukere og tjenesteutøvere til å :

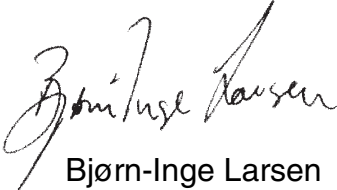
- få mer kunnskap om brukermedvirkning
- få oversikt over hvilke formelle krav som foreligger om brukermedvirkning
- gi oversikt over mål, anbefalinger og tiltak for brukermedvirkning i Opptappingsplanen for psykisk helse
- stimulere til ytterligere utvikling av reell brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal utøves i tjenesteapparatet, men sentrale helsemyndigheter arbeider også for å styrke og fremme arbeidet. Brukermedvirkning inngår som en viktig del av Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ”- og bedre skal det bli!”. Å involvere brukere og gi dem innflytelse er en avgjørende del i kvalitetsprosessen. ”Styrk brukeren ” er navnet på et av de 5 strategiske innsatsområdene i denne strategien.

Rapporten er utarbeidet på grunnlag av innspill fra brukerorganisasjonene og de føringer som følger av St.meld. 25 (1996-97), St.prp. 63 (1997-98) og de årlige budsjettproposisjoner fra Helse- og omsorgsdepartementet. I rapporten er det også tatt inn erfarings- og forskningsbasert kunnskap samt innspill fra en arbeidsgruppe for brukermedvirkning og brukerevaluering nedsatt av nasjonal strategigruppe for psykisk helsevern.

Lykke til med arbeidet!

Oslo, januar 2006



Bjørn-Inge Larsen
direktør

Innledning

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet" peker på at brukermedvirkning er et overordnet mål innen helse- og sosialtjenestene og at dette også gjelder tjenestene innen psykisk helse. Ved behandlingen av St.prp. nr. 63 (1997-98) Om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2008 (Opptrappingsplanen), sluttet Stortinget seg til at brukerperspektivet skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innen psykisk helse:

"Brukerperspektivet står sentralt i Regjeringens politikk. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og er i vårt samfunn et gode i seg selv. En åpen forvaltning og deltakelse i offentlig planlegging er eksempler i denne sammenhengen. Videre har brukerne sine erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. Dette vil i mange tilfelle være en viktig supplering for fagfolk, politikere og administrasjon, og kan bidra i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Dette gjelder også deltakelse i kontrollkommisjoner og kvalitetsutvalg. For brukere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behandlingmessige behov blir ivaretatt. Brukermedvirkning kan bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser, og "gi disse et ansikt" og bidra til en holdning at "også vi kan"."

Også i strategiplan for barn og unges psykiske helse "...sammen om psykisk helse..." er brukerperspektivet framhevet som ett av fem gjennomgående perspektiver. Grunnlaget for og hovedtrekkene i foreliggende dokument gjelder både barn, ungdom og voksne, men vi ser at det krever ekstra dybdekunnskap på området barn og unge for å styrke brukermedvirkning for denne gruppen. Det skal derfor lages et eget dokument for barn og unges brukermedvirkning, jf tiltak 56 i strategiplan for barn og unges psykiske helse. Utfordringene rundt brukermedvirkning for barn og unge er derfor omtalt kortfattet i foreliggende dokument.

Brukerperspektivet og brukermedvirkning er omtalt i de årlige statsbudsjettene. Her framheves det at brukermedvirkning er en forutsetning for godt psykisk helsearbeid. I Statsbudsjett 2005 er det ytterligere vektlagt ved at kommunene ble bedt om å utvikle og etablere rutinemessige tilbakemeldinger fra brukerne i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner. Fra og med 2006 er det satt som vilkår for det øremerkede tilskuddet at slike rutiner er etablert.

1 Hva menes med brukermedvirkning?

1.1 Definisjon av brukerbegrepet

En "bruker" er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I denne planen er bruker en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet. Med pårørende mener vi familiemedlem eller annen nærstående person til en som er i behov av eller nyttiggjør seg tjenester fra psykisk helse feltet. Brukermedvirkning omfatter både brukere og pårørende, slik vi benytter begrepet i denne rapporten.

1.2 Klargjøring av perspektiver på brukermedvirkning

Brukerperspektivet kan dreie seg om ulike grader av brukerinvolvering. Brukerorientering kan ha to betydninger; at fagfolk setter seg ned og prøver å tenke som brukere, eller at brukere orienteres om de beslutninger fagpersoner eller tjenestesteder har tatt. Brukermedvirkning – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Brukerstyring er når brukere styrer tjenesten eller tiltaket. (Rådet for psykisk helse 2004a, Mental helse 2004).

Norges Handikapforbund, NHF, har utarbeidet et strategidokument om brukermedvirkning. "Brukermedvirkning - nytter det?" Deres definisjon av brukermedvirkning er like aktuell for brukermedvirkning innen psykisk helse som noen annen brukergroupe innen sosial- og helsetjenester. NHFs definisjon på brukermedvirkning er følgende: "Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner som er eller blir påvirket av en tjeneste/et tiltak skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjeneste/tiltaksutforming."

Funksjonshemmedes landsforbund FFO benytter følgende definisjon: "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."

Brukermedvirkning er brukeres innflytelse på utformingen av tjenester.

Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være ettersporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøveres plikter er ivaretatt. 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. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Målet er at brukermidvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet.

På individnivå betyr brukermidvirkning at den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. Brukernes interesser kan også ivaretas av en representant for vedkommende. Brukerne eller den som ivaretar hans eller hennes interesser, skal tilbys medvirkning både i planlegging og gjennomføring av tiltakene. Det handler også om at brukeren tar konkret ansvar for sine deler av arbeidet mot et bedre liv. Brukeren må da samtidig oppleve at egne bidrag betyr noe, at de har reell innflytelse på hvordan tilbudet blir utformet.

På systemnivå vil brukermidvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner eller brukergrupper velges inn i ulike utvalg og råd. Representantene skal bidra med sin kunnskap til fagfolk, administrasjon og politikere i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Medvirkningen på systemnivå gjelder både innen behandlende og forebyggende områder, og på flere nivåer i organisasjonen. Det gjelder både lokale og sentrale virksomheter innen psykisk helse, og kan organiseres på ulike måter. System for innhenting av brukererfaringer, brukerundersøkelser m.m., er også brukermidvirkning på systemnivå. Resultatene skal benyttes til forbedring av tjenesten.

På politisk nivå er det viktig at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert i prosesser før politiske beslutninger fattes. Brukerrepresentanter bør så langt som mulig oppnevnes til råd, utvalg og komiteer som legger premisser for politisk beslutninger innen psykisk helsefeltet. På politisk og administrativt systemnivå bør det vurderes en kombinasjon av representativ deltakelse og brukerhøringer, hvor en inkluderer større brukergrupper i utviklingen av et område eller et tiltak.

Fagpersonen og brukere/pårørende må 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 mer om det og sette teori ut i praksis.

1.3 Hvorfor brukermedvirkning?

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Det er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt "treffsikkerhet" i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud.

Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket.

Sissel Sverdrup, Lars B. Kristofersen og Trine Monica Myrvold har skrevet NIBR-rapport 2005:6: " Brukermedvirkning og psykisk helse" som omtaler instrumentell og terapeutisk brukermedvirkning:

- Ved instrumentell brukermedvirkning er formålet å bedre tjenesteapparatet. Tjenestene trenger brukermedvirkning for å rette opp svikt og brister og skape bedre tjenester. Det gjelder både selve tjenestene og systemene for samordning av tjenestene på både individ- og ulike systemnivå.
- Terapeutisk brukermedvirkning er å gi brukeren et mer aktivt forhold til egen lidelse/sykdom og behandling, som kan styrke brukerens selvrespekt og mestringsevne. Tanken er at brukere besitter ressurser som de kan ta i bruk for å delta i egen behandling.

For å forstå de terapeutiske aspektene ved brukermedvirkning, kan det være relevant å trekke veksler på rehabiliteringslitteratur. Ifølge Berg (2002) handler rehabilitering om gjenoppretting av verdighet, selvstendighet, mestringsevne, yrkestilpasning, samt sosial deltakelse i samfunnet. En tradisjon vektlegger individets indre prosesser og den psykiske siden av rehabilitering, og arbeidet med å gjenvinne verdighet for brukeren. Dette perspektivet fremheves fordi det setter den subjektivt opplevde menneskelige verdighet som en overordnet verdi for rehabiliteringsprosessen.

Brukermedvirkning bygger også på teorien om empowerment, som kan beskrives som den prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Det handler på den ene siden om individuelle faktorer som selvtilit, kunnskap og ferdigheter og på den andre siden om samfunnsmessige faktorer som politikk, rammebetingelser og økonomi. Det handler både om å styrke brukeren som enkeltindivid slik at vedkommende gis økt makt og myndighet i eget liv, og å arbeide for å øke brukernes rettigheter og muligheter for deltagelse og innflytelse i samfunnet.

Empowerment forutsetter brukermedvirkning på alle nivåer, ut fra en grunnleggende tro på menneskets evner og ressurser, en tro på at det er viktig for alle å ha kontroll

og innflytelse på sin egen livssituasjon og en tro på at alle har evne til og ønske om å påvirke og utvikle det samfunnet en lever i. Målet er et likeverdig samarbeid basert på gjensidig tillit, der partene deler makt og innflytelse.

I empowerment betraktes brukere som borgere av et samfunn med de rettigheter, muligheter og plikter det innebærer. Som borger av et samfunn vil det være en menneskerett å ha innflytelse over spørsmål som gjelder en selv. 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 nedenfra" 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. (Ref. Askheim, Ole Petter 2003, Løken, Kårhild Husom 2005)

Brukermedvirkning er både politisk og ideologisk korrekt, men kan lett bli bare ord dersom arbeidsformen ikke er anerkjent og omsettes i konkret handling fra de som gir tjenester.

1.4 Brukermedvirkning i et demokratiperspektiv

Sosial- og helsetjenestene er i stor grad offentlige tjenester. Det er et offentlig ansvar å sikre at befolkningene har et tilstrekkelig tilbud av tjenester. Offentlig sektor må fungere demokratisk. Det er en forutsetning for en sektor som opptrer på fellesskapets vegne at både *styringen* og *utøvelsen* er demokratisk.

I dag er offentlig tjenesteproduksjon politisk styrt, men ikke politisk ledet, ved at politikerne trekker opp retningslinjene og handlingsrommet. Det er administrasjonen via sine tjenestemenn, som tar beslutningene som gjelder den enkelte. Dette på bakgrunn av politiske, eller kjente verdivalg. Innbyggerne har mulighet til å få politisk overprøving av administrative vedtak gjennom klageordning, fastsatt i kommuneloven.

Det er viktig at tjenesteutøver har kunnskap om, og forståelse for, brukerens demokratisk rettigheter, og hva som skal til for at medbestemmelsesretten blir reell.

Det er også viktig å legge til rette for økt deltagelse i politiske verv. Regjeringen vil legge til rette for at personer med omsorgsansvar og/eller funksjonshemming kan påta seg politiske verv, styrke barn og unges mulighet for medvirkning og innflytelse, samt legge til rette for det frivillige Norge.

1.5 Brukermedvirkning i et kvalitetsperspektiv

Det er kun brukeren som opplever hele tjenesteforløpet og som kan gi nyttig informasjon om hva som bør forbedres og på hvilke måter. For å utvikle og forbedre tjenestene i tråd med det brukeren opplever som kvalitet, er vi derfor avhengige av å involvere brukerne i disse aktivitetene. Sosial- og helsetjenesten må utvikle faglig kompetanse hvor sensitivitet for brukernes synsvinkler og erfaringsbaserte kunnskap alltid er en sentral faktor. I dette inngår lydhørhet for brukerens egne forutsetninger og forståelse av egen situasjon ut fra bakgrunn, livshistorie og forventninger. Lydhørhet og respekt for brukernes fortløpende tilbakemeldinger er også sentrale

elementer.¹

Kommuner og helseforetak bør innarbeide brukermedvirkning i alle relevante planer for psykisk helsearbeid. Brukermedvirkning skal også inngå i tjenestenes internkontrollsystem². Tjenestestedet bør ha informasjonsmateriell og rutiner på hvordan brukermedvirkning praktiseres. Tjenesteutøver må journalføre utøvd brukermedvirkning i forhold til den enkelte bruker, eller vise til generelle tiltak for brukermedvirkning i eget kvalitetssikringssystem. Flere momenter innen brukermedvirkning er lovpålagt og skal være ettersporbart og tilgjengelig for systemrevisjon. Rutiner for utøvelse av brukermedvirkning utarbeides ut fra bl.a. hvilke rettigheter og plikter brukere og tjenesteutøvere har i denne sammenheng.

¹ Kristiansen U, Wætthen T, Haugsgjerd S, Isdahl PJ, Jørgensen JS. Brukerperspektivet – fra intensjon til utførelse. Erfaringer fra VEPS-forsøket 1994-1997. Trondheim: Senter for etterutdanning, Allforsk, 1997.

² Internkontrollforskriften §3

2 Juridisk rammeverk

Brukermedvirkning reguleres ulike steder i sosial- og helselovgivningen.

- pasientrettighetsloven
- psykisk helsevernloven
- lov om statlige helseforetak
- spesialisthelsetjenesteloven
- sosialtjenesteloven
- lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsatt funksjonsevne m.m.
- internkontrollforskriften

Pasientrettighetsloven

Lov om pasientrettigheter trådte i kraft 1. januar 2001. Loven gjelder hele helsetjenesten, og psykisk helsefeltet, og skal blant annet "ivareta pasientene i møtet med helsevesenet med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd." Loven regulerer forholdet mellom pasient og helsevesen og setter pasienten i fokus og dennes behov for autonomi.

Loven omfatter blant annet:

- § 2-5 Rett til individuell plan. Bestemmelsen trådte i kraft 1. juli 2001. I forskriftene til bestemmelsen forutsettes det at planen utarbeides i samarbeid med brukere og pårørende.
- § 3-1 Pasientens rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenesten.
- § 3-2 Pasientens rett til informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I merknadene til bestemmelsen går det fram at retten til informasjon må oppfylles også som en nødvendig betingelse for pasientens mulighet for å medvirke.
- § 3-3 Omhandler nærmeste pårørendes rett til informasjon.

Psykisk helsevernloven

Formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, og å sikre at tiltak tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet, jfr. phvl. § 1-1. Loven tar utgangspunkt i et grunnleggende prinsipp om at psykisk helsevern skal skje ved frivillighet, men kan i visse tilfeller gi hjemmel for bruk av tvang. Loven fastsetter retten til brukermedvirkning, også på et generelt nivå, ved at det kreves at ett av medlemmene i kontrollkommisjonen skal ha bruker- eller pårørendeerfaring, eller har representert pasientinteresser i stilling eller verv, jfr. phvl. § 6-2.

Lov om statlige helseforetak danner grunnlaget for organisasjons- og ansvarsreformen i spesialisthelsetjenesten der målet er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted.

I loven heter det blant annet at:

- Den helsepolitiske målsetting om pasientens/brukernes og pårørendes reelle medvirkning og innflytelse er grunnleggende for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.
- Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i alle pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester.
- §35 skal sikre innflytelse for pasienter og brukere i forhold til helseforetakenes utarbeidelse av planer og gjennomføring av planene.
- De regionalt helseforetakene skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.”

Sosialtjenesteloven slår fast at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener, jfr. sosialtjenesteloven § 8-4. Rett til individuell plan § 4-3 a

Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsatt funksjonsevne m.m. slår fast at kommuner og fylkeskommuner skal sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne blir sikra åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i arbeidet med saker som er særlig viktige for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I denne loven nevnes ingen spesielle grupper rett til medvirkning, men det er naturlig at representanter for brukerorganisasjonen innen psykisk helse får plass i rådet eller annen representasjonsordning som kommunen etablerer. Loven trer i kraft høsten 2007.

Internkontrollforskriften

Internkontroll betyr systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen, jfr. §3. Den ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten, jfr. § 4 -e

3 Mål for brukermedvirkning

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet mål for Opptrappingsplanen i psykisk helse. Det er utarbeidet mål for 8 ulike områder, hvorav brukermedvirkning er et av dem. Det arbeides også med å utvikle indikatorer som skal benyttes til å følge utviklingen og måle grad av måloppnåelse. Målene for brukermedvirkning er utarbeidet i samarbeid med en ekstern arbeidsgruppe med representanter fra både kommune, helseforetak, forskning, brukere og pårørende.

Overordnet mål:

- Brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå
- Brukeres erfaringer med og forståelse av psykiske lidelser er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak/ behandlingsveiledere

3.1 Mål: Brukermedvirkning på individnivå

- Brukere har innflytelse på egen behandling
- Brukere har tillit til egen behandler / tjenesteutøver og opplever å bli møtt med respekt
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har individuell plan
- Brukere får tilstrekkelig informasjon
- Pårørende ivaretas
- Brukere har tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksetablering

3.2 Mål: Brukermedvirkning på systemnivå

- Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et opplegg for systematisk tilbakeføring av brukererfaringer for å utvikle og kvalitetssikre tjenestene
- Ledere og øvrige ansatte har kunnskap om brukermedvirkning
- Brukermedvirkning er en del av tjenesteutøvers internkontrollsystem
- Det er etablert brukerstyrkende tiltak lokalt i kommunene og i helseforetak
- Brukermedvirkning inngår i all utdanning og opplæring av fagpersoner

4 Brukermedvirkning på individnivå

Brukerens rett til medvirkning og informasjon er bl.a. fastslått i pasientrettighetsloven kap. 3 og sosialtjenesteloven § 8-4. Se også kapittel om juridisk rammeverk.

For at retten til medvirkning skal bli reell, er det avgjørende at brukeren får tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at vedkommende så langt som mulig kan få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og sine rettigheter som pasient eller tjenestemottaker. I tillegg er det viktig at tjenesteapparatet i hvert enkelt tilfelle vurderer hva som må legges til rette for at bruker opplever muligheten for å medvirke som reell. Dette er svært individuelt, og det som oppleves som god tilretteleggelse for medvirkning for én bruker, trenger ikke å være det for en annen.

Tjenesteapparatet plikter å legge til rette for at brukerens rettigheter oppfylles.

4.1 Informasjon og kommunikasjon

Alle brukere må få nødvendig informasjon for å ivareta sine rettigheter. Informasjonen må være god nok til at brukeren har et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse, og tilpasses brukerens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Brukeren må få informasjon om sykdommen, ulike behandlingsalternativer og hva som finnes av aktuelle tjenestetilbud for den enkelte, samt om tjenesteutøverens vurderinger og forslag til konklusjoner. Når og hvordan informasjonen gis, må også tilpasses den enkeltes situasjon og muligheter for å ta imot informasjonen. Viktig muntlig informasjon bør understøttes av skriftlig materiale, da det kan være vanskelig å huske hva som blir sagt.

Det bør gis informasjon om hva som kan forventes av det offentlige tjenestetilbudet, for eksempel via en serviceerklæring.

God kommunikasjon og dialog med brukeren er helt grunnleggende for å kunne sikre at informasjonen både blir forstått og bearbeidet, og det er en rekke ulike forhold som påvirker denne kommunikasjonen. Mange sliter på grunn av den psykiske lidelsen med et dårlig selvbilde, og kan derfor også være ekstra sårbare i forhold til å fremme sin egen sak. Av den grunn ligger det et særlig ansvar på tjenesteutøverne for å sikre at det legges til rette for at brukere med psykiske lidelser gis muligheten til å medvirke på lik linje med andre.

Mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan ha problemer med å etablere tillit og allianse med fagpersoner. Dette nettopp fordi tillitsbrudd, vanskelige relasjoner og opplevelser av ikke å ha blitt behandlet med verdighet og respekt er erfaringer en del av disse har gjort seg i sitt møte med behandlingsapparatet (Trefjord og Hatling 2004). Det å være syk eller i personlig krise kan også påvirke evnen til å motta og

bearbeide informasjonen. Det blir derfor en utfordring å etablere gode rutiner for å kvalitetssikre informasjonsflyten og sørge for at sosial- og helsepersonell har kompetanse som sikrer at informasjonen blir forstått.³ Personer med alvorlige psykiske lidelser kan også i kraft av sin sykdom ha en atferd som kan "forstyrre" kommunikasjonen. Tjenesteutøvere kan på sin side mistenkes for ikke å involvere brukeren nok med bakgrunn i en oppfatning om at "vi vet best", eller at de mener brukere med psykiske lidelser ikke kan sette seg inn i eller delta i egen behandling på samme måte som personer med somatiske lidelser gjør.

Det krever ekstra tiltak for å sikre at brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn både blir forstått, at den informasjon som blir gitt forstås av både brukeren og dens pårørende eller andre nærpå personer. Det kan være språkbarrierer, men også mangel på forståelse av det som blir sagt fra begge parter. Det kan være både dagligdagse, kulturelle og religiøse normer og regler som kan være ukjente for begge parter.

4.2 Medvirkning i forhold til behandlingens innhold

Brukeren må gis mulighet til å delta aktivt i egen behandling og få anledning til å velge behandling og tjenestetilbud der det er valgmuligheter.

Brukere har rett til å medvirke i forhold til helsehjelpens nærmere innhold, det vil si ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder, jfr. pasrl. § 3-1. Dette må også ses i sammenheng med pasientens selvbestemmelsesrett, jfr. psykisk helsevernlov. kap. 2. Retten til medvirkning gjelder bare i forhold til valg av forsvarlige og tilgjengelige metoder.

Også pårørende har under visse forutsetninger rett til å medvirke, jfr. pasrl. § 3-1 annet ledd. Dette forutsetter at brukeren har samtykket til det, eller at vedkommende ikke har samtykkekompetanse, jfr. § 4-3. Medvirkningsretten må i representasjonssituasjoner alltid utøves i pasientens egen interesse.

4.3 Ansikt-til-ansikt-relasjoner

Det er viktig å skape et godt personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, hvor bruker opplever trygghet, forståelse og likeverd på tross av de plager personer med psykiske lidelser ofte sliter med. Tilbakemelding fra brukere i ulike undersøkelser fremhever at det er viktig at tjenesteutøveren er imøtekommende og personlig, at de bruker tid, lytter til det brukeren har å si og samtidig benytter et vanlig språk. I flere undersøkelser kommer det fram at brukere ikke føler seg godt nok ivaretatt i det personlige møtet med tjenesteutøveren. Det personlige møtet /samtalene står så sentralt i behandlingen av personer med psykiske lidelser at temaet bør vies mer oppmerksomhet i forhold til hva som påvirker det, og sørge for en kvalitetssikring av ansikt-til-ansikt-relasjonen som metode.

³

Hentet fra Grunnlagsdokument til Nasjonal strategi for kvalitet i helse- og sosialtjenesten (Shdir 2004)

I forbindelse med individuelt planarbeid, har det blitt kartlagt forutsetninger for å lykkes med samhandling mellom bruker og tjenesteyter (Trefjord og Hatling 2004):

- Tillit og relasjonsbygging
- Åpenhet og likeverd
- Tid

4.4 Klient- og resultatstyrt terapi

Klient- og resultatstyrt terapi er et eksempel på en terapiform hvor brukermedvirkning inngår som et av de mest sentrale elementene. Klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen og klientens opplevelse av endring tidlig i behandlingen ser ut til å være de faktorer som best predikerer resultatet av behandlingen. På bakgrunn av denne kunnskapen har det fra midten av 1990 tallet utviklet seg en ny retning innen terapiforskning der behandleren kontinuerlig monitorerer klientens opplevelse av endring og kartlegger hvordan klienten opplever den terapeutiske relasjonen. Disse systematiske tilbakemeldingene bidrar til at terapeuten lettere kan endre behandlingsfokus der dette er nødvendig; videre at behandlingstiden kan brukes på en ressursøkonomisk måte. Resultatene fra en rekke omfattende forskningsprosjekter viser at bruk av måleinstrumenter som gir terapeuten systematisk tilbakemelding på klientens vurdering av terapeutisk allianse og klientens vurdering av resultat, gir signifikant økning i effektiviteten av terapi (Miller, S. og Duncan, B. 2004). Resultatfeedback til terapeuten er spesielt nyttig i saker der det er fare for ingen endring eller forverring.

4.5 Gjensidig tillit mellom bruker og hjelper

Undersøkelse⁴ viser at brukere ønsker rett til å bytte behandler/ hjelper dersom kommunikasjonen ikke fungerer, ungdom har brukt uttrykket når ”kjemien ikke stemmer”. Det er viktig at det oppstår gjensidig tillit mellom bruker og behandler. Det er samtidig viktig med kontinuitet, da tillit opparbeides over tid. Et unødig bytte av saksbehandler oppfattes av noen som en sterk avvisning.

4.6 Hjelp i eget hjem

Mange brukere opplever å ha mer brukermedvirkning når hjelpen utøves i eget hjem. De er selv på hjemmebane og har lettere for å hevde egne erfaringer og meninger om hvordan de vil ha det. Det ujevne maktforholdet mellom behandler og bruker blir mindre.

4.7 Taushetsplikt

Helsepersonells taushetsplikt innebærer at andre, herunder pårørende, som utgangspunkt ikke har rett til informasjon om en bruker og at denne mottar helsehjelp.

⁴ Intéra ResearchLab 2003 ”Hjelpere som bryr seg”

Taushetsplikten er imidlertid ikke til hinder for at for eksempel pårørende gis informasjon i den utstrekning pasienten samtykker til det. I slike tilfeller bør tjenesteyter holde kontakt med de pårørende som aktive samarbeidspartnere. Det vises i denne sammenheng til at pårørende i mange tilfeller utgjør en viktig ressurs, og at det kan oppleves som krenkende å ikke bli regnet med av hjelpeapparatet.

For pasienter under 16 år gjelder egne regler, jfr. pasrl. § 3-4.

I spesielle situasjoner kan pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten har gitt tillatelse til det. Pårørende som har kjennskap til brukerens sykdom har ved henvendelse rett på generell informasjon om sykdommen og annen informasjon som ikke er taushetsbelagt.

Sosial- og helsedirektoratet vil i oppfølgingen av Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser, bidra til at det lages en veiledning for helsepersonell om dialog og kommunikasjon med pårørende innen psykisk helse, herunder vurdering av pårørendes behov, og informasjon til pårørende i forhold til taushetsplikten.

4.8 Individuell plan

Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning, og en rettighet brukere har fått gjennom helse- og sosiallovgivningen. Det er i utgangspunktet brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som har fått en rett til individuell plan, jf pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Samtidig har helsetjenesten en plikt til å utarbeide individuell plan i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Ut fra rettighetsbestemmelsen i sosialtjenesteloven, ledes også en korresponderende plikt for kommunens sosialtjeneste.

Dette er nærmere regulert i Forskrift om individuell plan av 23.12.2004.

Lovkravene for det psykisk helsevernet er noe annerledes enn for de øvrige helse- og sosialtjenestene. Her er institusjonen pålagt å utarbeide planer for alle pasienter under psykisk helsevern, ikke bare de med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Plikten og ansvaret for å utarbeide individuelle planer er liklydende for kommune og helseforetak. Det understrekes at den delen av hjelpeapparatet som bruker er i kontakt med har et selvstendig ansvar for å sørge for at planarbeidet kommer i gang. Selve planarbeidet fordrer imidlertid samarbeid mellom de involverte instanser, og planen bør forankres i kommunen.

Individuell plan kan ikke utarbeides uten brukerens samtykke. Et unntak er for personer under tvungent psykisk helsevern, hvor det skal utarbeides en individuell plan uavhengig av dette. Det skal likevel søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planarbeidet. Samtykket til utarbeidelse av individuell plan opphever ikke taushetsplikten, og det må fremdeles samtykkes til deling av informasjon.

Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud, samt at planen skal sikre brukerens og evt. pårørendes deltagelse i planleggingen og utformingen av tjenestetilbudet. Planen skal ta utgangspunkt i

brukerens egne mål og behov, og samhandlingsprosessen rundt planarbeidet skal vektlegges. Det er også viktig å merke seg at individuell plan er brukerens plan, som vedkommende selv skal ha et aktivt forhold til. Ulike fagplaner, som pleie-, tiltaks- eller behandlingsplaner må ikke forveksles med individuell plan, men samordnes inn under den overordnede og sektorovergripende individuelle planen.

Planarbeidet skal koordineres, og det skal sikres at det til enhver tid er en tjenesteyter/koordinator som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Ved at koordinator kjenner brukerens ønsker er vedkommende også en hjelp til å ivareta brukerens interesser når det er mange instanser inne.

Dersom det ikke utarbeides individuell plan selv om brukeren har rett til plan og ønsker dette, kan bruker klage. Det er også adgang til å klage dersom arbeidet er mangelfullt, dersom retten til medvirkning ikke er oppfylt eller på manglende vilje til samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten. Klagen sendes forvaltningsorganet som de mener forsømmer plikten, og endelig klageinstans er enten Helsetilsynet i fylket jfr. pasientrettighetsloven eller Fylkesmannen jfr. sosialtjenesteloven.

SINTEF Helse har i samarbeid med Sosial – og helsedirektoratet og brukerrepresentanter utviklet et planleggingsverktøy for bruk av individuell plan for psykisk helse. Planverktøyet kan nedlastes gratis fra www.hpp.no. Det er ingen plikt til å bruke noe spesielt verktøy, mange har utviklet egne hensiktsmessige hjelpemidler. Det er planens innhold, utarbeidelse og oppfølging som er viktig, og ikke dens form.

For øvrig vises det til Veileder til forskrift om individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, bestillingsnummer IS-1253)

4.9 Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper oppleves av mange brukere som positivt. Flere rapporter⁵ viser at brukere som er spurt og som har ansvarsgruppe, sier at de er fornøyd med å ha det, at de blir hørt i møtene, de leser referatene og synes ansvarsgrupper er bra. De får sagt hva de mener, slipper å gjenta seg så ofte og de slipper å være sin egen koordinator. En ansvarsgruppe er sammensatt av personer som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en bruker med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Utover ansvarsgruppas funksjon med å koordinere og tilrettelegge tjenestetilbudet, kan gruppa også være et godt utgangspunkt for utarbeidelse og oppfølging av individuell plan. Det er brukere som synes det er vanskelig å delta i møter der det er mange personer tilstede. Antallet som møtes i ansvarsgruppemøte bør begrenses til de mest sentrale aktørene, også sett i forhold til effektivitet. Leder for ansvarsgruppa organiserer og koordinerer dette i overensstemmelse med brukerens ønsker. Det er brukere som også har uttrykt at de ikke tør møte i det hele tatt, men allikevel ønsker at ansvarsgruppa fungerer. De leser referatene og synes det er nyttig.

⁵ Sidsel Sverdrup, Lars B. Kristoffersen og Trine Monica Myrvold NIBR rapport 2005:6 og NIBR rapport 2004:136

4.10 Koordinerte tjenester

Det er mange brukere og pårørende som opplever det som en ekstra belastning å selv måtte koordinere egne eller brukerens tjenester. Det skal sikres at alle brukere med langvarige og sammensatte tjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud uavhengig om de ønsker en individuell plan eller ikke. Det er ønskelig at disse brukerne får tilbud om en ansvarlig tjenesteyter/koordinator å forholde seg til som skal ha et særlig ansvar for å sikre samarbeid og ivaretagelse av brukerens interesser.

4.11 Pasienter under tvungent psykisk helsevern

Retten til medvirkning gjelder ikke i sin helhet for brukere som er underlagt tvungent psykisk helsevern, i og med at psykisk helsevernloven for denne brukergruppen gir hjemmel for tilbakeholdelse på institusjon, avhenting og etter nærmere vilkår behandling uten eget samtykke.

Reglene om tvang søker imidlertid å sikre brukerne, og eventuelt andre som handler på deres vegne, innflytelse over behandlingssituasjonen så langt som mulig, og forhold som ikke er regulert av psykisk helsevernloven vil på en tilpasset måte kunne omfattes av pasientrettighetslovens medvirkningsregler. Brukeren kan la seg bistå av andre, for eksempel pårørende eller en advokat. Som eksempel nevnes at et ønske om pårørendes tilstedeværelse under behandling må imøtekommes i den grad det er mulig.

Et tiltak for å sikre medvirkning i en slik situasjon, kan være utarbeidelse av en "kriseplan". Planen kan inneholde nyttig informasjon om hvordan brukeren ønsker å bli møtt, hvilke personer som skal kontaktes samt brukerens behandlingsønsker ved en akutt krise. En slik kriseplan vil ha status som uformelt dokument, og er i utgangspunktet ikke juridisk bindende. Planen kan inngå som en del av individuell plan.

4.12 Brukermedvirkning via verge, hjelpeverge eller fullmektig

Brukeren har rett til å la seg bistå av en advokat eller en fullmektig i møte med hjelpeapparatet. Enkelte har varig eller i perioder behov for verge eller hjelpeverge som bidrar til å fremme brukerens interesser. I noen situasjoner kan det være en fordel for brukeren og pårørende å ha dette formalisert.

4.13 Saksbehandling innen psykisk helsearbeid i kommunen

Ved tildeling av lovpålagte tjenester som hjemmesykepleie (kommunehelsetjenesteloven) eller praktisk bistand (sosialtjenesteloven) skal det treffes skriftlig vedtak om dette (jfr. forvaltningsloven § 23).

Vedtaket gir brukeren klagerett, innsynsrett og andre rettigheter etter forvaltningsloven. Dette er med på å sikre vedkommende rettssikkerhet, og gir dessuten økt mulighet til brukermedvirkning ved eventuell uenighet om hva som er riktig tjenestetilbud og omfang.

Tjenestene som ytes under begrepet psykisk helsearbeid kan være av en slik karakter at det bør vurderes om de faller inn under de lovpålagte tjenestene i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven, hvor brukeren har rett på skriftlig vedtak.

For øvrig vises det til "Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten" (Sosial- og helsedirektoratet, 2003 IS-1040).

4.14 Opplæring for å styrke mestring for bruker og pårørende

Det er etablert flere Lærings- og mestringssentre i tilknytning til Helseforetakene. Sentrene har som oppgave å sørge for opplæring for brukere og pårørende, blant annet med formål om å styrke mestring. Sykehuset skal i følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 ivareta opplæring av pasienter og pårørende.

Å styrke brukerens og pårørendes evne til medvirkning og mestring av egen sykdom er et viktig element innen selve behandlingen. Det er ønskelig at flere tjenestesteder og kommuner gir lokale tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksbygging. Ikke bare i forbindelse med behandling av enkeltbrukere, men også til egne bruker- og pårørendegrupper.

4.15 Anbefalinger til tjenesteapparatet

Kommuner og helseforetak bør ha rutiner som sikrer at brukere får den informasjon de har rett på ⁶:

- brukeren må gis informasjon om sykdommen, ulike behandlingsalternativer og hva som finnes av aktuelle tjenestetilbud for den enkelte, samt tjenesteutøverens vurderinger og forslag til konklusjoner
- når og hvordan informasjonen gis må tilpasses den enkeltes situasjon og muligheter for å ta imot informasjonen
- det bør også gis informasjon om hva som kan forventes av det offentlige tjenestetilbudet, for eksempel via en serviceerklæring

Slik informasjon er nødvendig for å kunne delta aktivt i egen behandling og få anledning til å velge behandling og tjenestetilbud der det er valgmuligheter.

- Viktig muntlig informasjon bør understøttes av skriftlig materiale

⁶ Jfr. pasientrettighetsloven § 3-2

Kommuner og helseforetak bør ha rutiner, innad og på tvers av forvaltningsnivåene, som sikrer retten til individuell plan⁷:

- opplyse om retten til individuell plan
- tilby individuell plan til brukere som har krav på det
- utarbeide eventuell plan i samarbeid med brukeren
- sørge for at det angis hvem som har ansvar for samordning og framdrift i planarbeidet

Det vises til rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet til kommunene, IS-1/2005, hvor det er satt vilkår om etablering av skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuelle planer for utbetaling av opptrappingsmidler.

Kommuner og helseforetak bør sikre ansikt-til-ansikt-relasjonen i møte med bruker og ivareta pårørendes behov ved å:

- skape et godt og personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, hvor bruker opplever trygghet, forståelse og likeverd
- være imøtekommende, bruker tid, lytte til det brukeren har å si, ta dem på alvor og bruke et vanlig språk
- vie tid og mer oppmerksomhet på kvalitetssikring av ansikt-til-ansikt-relasjonen som metode
- holde kontakt med pårørende som aktive samarbeidspartnere i den utstrekning brukeren samtykker til det
- gi pårørende som har kjennskap til brukerens sykdom ved henvendelse generell informasjon om sykdommen og annen informasjon som ikke er taushetsbelagt

⁷ Jfr. pasientrettighetsloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3 a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Dette er nærmere regulert i Forskrift om individuell plan av 23.12.2004.

5 Brukermedvirkning på systemnivå

Med medvirkning på systemnivå menes medvirkning knyttet til tjenesteutvikling, gjennomføring og evaluering på alle nivåer.

Retten til å ha innflytelse og å bli hørt er nedfelt i lov om statlige helseforetak, se kapittel 2 om juridisk rammeverk. Plikten til å ivareta brukermedvirkning er også tatt inn i Helse- og omsorgsdepartementets bestillingsdokumenter til de regionale helseforetak. Kommunene har fått klare føringer om at brukermedvirkning skal styrkes, bl.a. gjennom Statsbudsjettet 2005/06 og påfølgende Rundskriv IS-1/2005 fra Sosial- og helsedirektoratet hvor kommunen blir bedt om å utvikle og etablere rutinemessige tilbakemeldinger fra brukerne.

”Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsatt funksjonsevne m.m.” fra 2005 trer i kraft fra høsten 2007.

Brukermedvirkning på nasjonalt forvaltningsnivå skjer gjennom bl.a. at brukerorganisasjonene er fast høringsinstans, deltar i referansegruppe, bidrar i utrednings- og planarbeid.

Det er svært ulikt hvor langt de ulike virksomhetene innen psykisk helse har kommet i forhold til å etablere brukermedvirkning å systemnivå. Noen har etablert eget brukerråd/brukerforum. I mange kommuner er brukermedvirkning forsøkt ivaretatt gjennom andre organisatoriske tiltak som råd for funksjonshemmede, høringsmøter etc. Tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene er at det ikke fungerer tilfredsstillende. Brukermedvirkning på tjenestenivå, i den enkelte virksomhet, er flere steder en utelatt arena hvor brukerne bør medvirke i langt større grad enn i dag.

5.1 Brukerråd/brukerforum på ulike nivå

Det er flere utfordringer knyttet til det å få til reell brukermedvirkning i plan- og rådsutvalg. Forholdene må legges til rette for at brukermedvirkningen blir reell. Brukerrepresentantene skal kunne medvirke på egne og ikke på myndighetens premisser.

SEPREPs hefte Dialog nr. 2 2004 ” *Intet om oss uten oss, Brukerdeltagelse i styrer og utvalg*”, gir en del tips om ulike barrierer som finnes, og hvordan de kan brytes ned. Heftet kan bestilles fra www.seprep.no, eller lastes ned fra www.seprep.no/dokumenter/Dialognr2_2004.pdf. Tips kan også hentes fra Veilederen for brukermedvirkning fra Mental Helse Norge, som kan bestilles via deres nettside www.mentalhelse.no. Det er nå også kommet en ny bok: ”Brukermedvirkning i helsevesenet”, av Tone Alm Andreassen, Kommuneforlaget, Oslo 2005.

Det må i samarbeid med brukerorganisasjonene vurderes hvilket tiltak, hvilken form og hvilke metoder som gir best effekt på de ulike nivåene, og innenfor samme nivå.

Aktuelle tiltak er:

- det enkelte tjenestested etablerer brukerråd, hvor brukerne av stedet deltar
- et tjenesteområde (for eksempel psykisk helsearbeid i en kommune/ psykisk helsevern i et HF) etablerer brukerråd/brukerforum, hvor ledelsen av virksomheten samarbeider med representanter for brukere og pårørende innen psykisk helsefeltet.
- den øverste administrative ledelse for et større virksomhetsområde (en kommune, et HF) etablerer et brukerråd /brukerforum som gjelder for alle typer tjenester innen virksomheten.

I kommuner er det ofte Råd for funksjonshemmede, som er politisk lede. Alle Regionale helseforetak har brukerråd på administrativt nivå.

Flere brukerrepresentanter for psykisk helse påpeker at de trenger et eget brukerråd innen psykisk helse. De anbefaler også at representanter fra brukerråd/brukerforum for psykisk helse deltar i Råd for funksjonshemmede i kommunen / brukerråd ved HF/RHF.

Vi anbefaler kommunene og spesialisthelsetjenesten å støtte slike innspill. Det er spesielt viktig å ha et system for tilbakemeldinger og innspill fra brukerne i perioder med endringer og utvikling av tjenestene. Opptrappingsplan i psykisk helse innebærer nettopp det. Råd for funksjonshemmede og brukerråd for helseforetakene skal dekke så stort saksområde at området psykisk helse kan "forsvinne" litt i saksmengden.

Det kan i mindre kommuner være vanskelig å rekruttere nok brukerrepresentanter på systemnivå. Det bør vurderes om det er bedre å etablere et bruker- og pårørendepanel som kan benyttes for flere kommuner eller for alle kommunene i fylket om nødvendig.

Brugerrepresentantene bør velges av brukerne selv:

- ved valg på et enkelt tjenestested
- ved oppnevning fra en brukerorganisasjon på mer overordnet nivå

De skal i utgangspunktet representere en gruppe brukere og ikke bare seg selv og egen situasjon.

Det bør også være en selvfølge at brukerrepresentanter honoreres i henhold til gjeldende regler for deltagelse i råd og utvalg, og som et minimum får dekket sine kostnader knyttet til reise, opphold, tapt arbeidsfortjeneste og lignende.

5.2 Brukerrepresentanter inn i prosjektarbeid

Brugerrepresentanter bør med i ulike prosjekter, utviklings- og endringsarbeid som gjelder tjenester innen psykisk helsearbeid. Det kan være som deltager i

prosjektgruppe, arbeidsgruppe, referansegruppe eller lignende ut fra hva slags arbeid det gjelder.

5.3 Brukerorganisasjonene som høringsinstans

Brukerorganisasjonene bør brukes som høringsinstans på forslag til tiltak som berører tjenestetilbudet innen psykisk helse.

5.4 Brukerombud

Brukerombud er foreslått som et tiltak ved helseforetakene. Det er ment at brukerombudet er en utvalgt bruker som kan være en ressurs / tillitsperson i forhold til å bistå brukere ved den enkelte behandlingsinstitusjon i det psykiske helsevern. Forslaget er lagt fram av arbeidsgruppen for brukermedvirkning og brukerevaluering oppnevnt av Helse Øst.

Ordningen kan også tenkes å være aktuell i kommuner. Brukerombudet kan for eksempel også benyttes som en ledsager/ fullmektig dersom brukeren synes det er vanskelig å møte alene i ulike sammenhenger.

Brukerombud kan gi systematisk tilbakemelding til kommunen/HF ved en samlet framstilling av ulike tilbakemeldinger brukerne gir.

5.5 Brukere som ansatte

Å ansette personer med egen brukererfaring innen psykisk helsefeltet er omdiskutert. I ansettelsen er det lagt vekt på at vedkommende har erfaringsbasert kunnskap gjennom sin erfaring som bruker, som kommer til anvendelse i det arbeidet vedkommende skal gjøre. Noen sentrale brukerorganisasjoner har stilt seg kritisk til direkte ansettelser, og ønsker at slike ansettelser må gå via en brukerorganisasjon for å hindre at brukerperspektivet svekkes over tid som følge av sosialisering og lojalitet til arbeidsplassen. De mener at arbeidstakeren bør ansettes og lønnes av brukerorganisasjonen, med refusjon fra den arbeidsplassen hvor arbeidstakeren utfører sitt arbeid. På den annen side er det eksempler på direkte ansettelser i kommune og på høyskole hvor det er høstet gode erfaring.

5.6 System for innhenting av brukererfaringer

Brukerundersøkelser er en av flere metoder for innhenting av brukererfaringer, hvor resultatene skal brukes til å forbedre tjenesten. Kommunene er nå pålagt å utarbeide et system for innhenting av brukererfaringer i løpet av 2005, som skal iverksettes i 2006. Arbeid med dette pågår i regi av Kommunenes sentralforbund, men kan ikke påregnes å være ferdig for bruk i 2006. Flere kommuner har utarbeidet lokale brukerundersøkelser i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Nasjonalt kunnskapssenter har på oppdrag gjennomført en nasjonal pasienterfaringundersøkelse innen psykisk helsevern, i samarbeid med SINTEF helse, under PasOpp-prosjektet. Det er en nasjonal pasienttilfredshetsmåling blant

voksne brukere av poliklinikker og døgnavdelinger innen psykisk helsevern. Undersøkelsen fra poliklinikk (DPS) ble gjennomført høsten 2004, og fra døgnavdeling høsten 2005. Spørsmålene, metodevalg og resultater finner du på nett.

<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=69&expand=14,66,69>

Brukerundersøkelser kan gjøres på mange måter, med mange ulike mål, metoder og resultater. Spørsmålene og metodevalg må kvalitetssikres for å sikre at resultatene vil gi svar på det en er ute etter. Spørreundersøkelser kan utføres via selvutfyllingsskjema, ved intervju med strukturerte spørsmål eller ved semistrukturerte intervju dvs. med åpne spørsmål.

Ved valg av intervjumetode er det viktig å vurdere hvem som spør. Brukerorganisasjonene kan vise til positive erfaringer med prosjektet "Bruker spør bruker". Les mer om ordningen på www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no

Brukerne bør så langt som mulig involveres i planlegging og gjennomføring av slike undersøkelser.

Det kan også legges til rette for innhenting av brukerkunnskap for eksempel ved at brukere lønnes for å utføre brukerundersøkelser og at brukerorganisasjonene sikres økonomiske muligheter for kunnskapsinnhenting.

Tjenesteutøver må vurdere alternative måter å innhente brukererfaringer på, det kan være enklere undersøkelser, etablering av brukerforum, dialogkonferanse m.m.

Systematisk behandling av klager:

Tjenestestedet og virksomheten bør ha rutiner for systematisk registrering, behandling og oppfølging av alle typer klager. Dette gjøres for å identifisere mulig svikt i egne systemer og finne forbedringsområder. Det gjelder alle typer klager samme hvor og hvordan de fremmes. Dvs. klager som fremkommer gjennom tlf, brev, i møte med den enkelt, i møter, gjennom pårørende, ombud, fullmektig/advokat, fylkeslege/fylkesmann, eier og kontrollkommisjon.

Fokusgruppe

Her inviteres 6-12 personer til å delta på intervju med definert fokus, for eksempel "innleggelsen" Alle deltagerne gir uttrykk for sin assosiasjon rundt temaet. Utsagnene samles fra alle deltagerne og bearbeides.

5.7 Brukerstyrt senter

Flere kommuner og HF samarbeider med brukerorganisasjonene om etablering og drift av brukerstyrte sentre. Vi har stor tro på at brukerstyrte sentre har en sentral plass i rekken av tilbud/tiltak innen psykisk helsefeltet. De rommer mange ulike gode tiltak og styrker brukeren ved at de selv har styringen.

5.8 Anbefalinger til tjenesteapparatet

Kommuner og helseforetak oppfordres til å :

- prioritere bidrag til brukermedvirkning og brukerstyrkende tiltak
Det gjelder bl.a. støtte til brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsarbeid, lærings- og mestringsarbeid til bruker og pårørende m.m
- å etablere brukerråd/brukerforum på alle relevante nivåer
Rådene kan være ulikt organisert ut fra hvilket nivå i organisasjonen det gjelder.
- arbeide videre med å etablere gode systemer for innhenting av brukererfaringer
- benytte innhentede brukererfaringer til forbedring av tjenestene
- invitere brukerrepresentanter med i ulike prosjekter, utviklings- og endringsarbeid som gjelder tjenester innen psykisk helsearbeid
- benytte brukerorganisasjonene som høringsinstans på forslag til tiltak som berører tjenestetilbudet innen psykisk helse
- forsøke tiltak som brukerombud, ansettelse av brukere innen tjenesteapparatet og lignende, for å høste erfaringer fra slike ordninger

6 Barn og unges brukermedvirkning

Barns rett til å si sin mening, bli hørt og respektert, er et av de grunnleggende prinsippene i FNs barnekonvensjon. Barn og unges egne erfaringer og synspunkter bør derfor stå sentralt i utvikling og gjennomføring av gode tjenester. Brukermedvirkning for disse gruppene bør etableres som praksis både på system- og individnivå. Rapporten om brukermedvirkning gjelder også for barn og unge, men vi ser at det krever ekstra dybdekunnskap på området for å styrke brukermedvirkning for denne gruppen. Det skal derfor lages en egen plan for barn og unges brukermedvirkning, jf tiltak 56 i strategiplan for barn og unges psykiske helse "...sammen om psykisk helse..."(2003).

Det kan være vanskelig for barn og unge å nå fram med sine synspunkter, ønsker og behov overfor offentlige myndigheter og tjenesteapparatet. Tradisjonelt sett har de i liten grad blitt invitert til å si sin mening som brukere av tjenestene. Ofte er det foreldrene eller andre voksne som uttaler seg når tjenestene skal utformes eller evalueres. Det kan være flere grunner til at det er slik.

For barn under 16 år er det i helselovgivningen de foresatte som innehar samtykkekompetanse på vegne av barnet eller ungdommen. Det kan derfor være en tilbøyelighet til å definere foreldrene som brukere fremfor barnet. I andre tilfeller defineres både barnet/ungdommen og foreldrene som brukere. Det er i de aller fleste tilfeller avgjørende å se barnet i sammenheng med sin familie. Foreldrene er en viktig ressurs som pårørende, og som brukere på vegne av, eller sammen med, barnet sitt. Likevel er det viktig å inkludere barnet som bruker, og oppfylle barnets rett til å si sin mening. Det ligger også en utfordring i at eksempelvis mor, far og barn kan representere ulike behov og også ha ulike opplevelser av situasjonen.

Kommunikasjonen kan representere en utfordring. Å kommunisere med barn eller unge på en god måte kan forde kunnskap og kompetanse om å stille de "riktige" spørsmålene. Ofte vil det også kreves en viss kunnskap om dagens barne- og ungdomskultur. Det ligger også utfordringer i å være fleksibel og kreativ i sin kommunikasjon med barn og unge. Samtalen kan være vanskelig, men er likevel den mest benyttede kommunikasjonsformen. Det kan være lettere å kommunisere gjennom lek og tegning, eller å prate mens en er aktiv med noe annet. Det er avgjørende å skape trygge og gode arenaer, og sikre at barnet har tillit til at det er ufarlig å ytre seg. Dersom barnet eller ungdommen skal oppleve en reell mulighet til å medvirke, er det også avgjørende å bruke et språk som barnet/ungdommen kjenner og forstår.

Men det er ikke alltid barn og unge ønsker, eller er i stand til, å uttale seg. Personer som kan tale barn og unges sak i ulike fora, er derfor en viktig ressurs for å tydeliggjøre barn og unges stemme. SHdir har i flere år finansiert "ARENA" – et program for brukermedvirkning fra barn og unge". "ARENA" er utviklet og drevet av Organisasjonen Voksne for barn. Hensikten er å utdanne talspersoner for barn overfor myndigheter og tjenesteapparatet. En viktig og sentral bit av programmet er

å rekruttere og skolere talspersoner for barn og unge, og etablere et nettverk av disse.

På systemnivå har det i løpet av de siste tiår blitt etablert egne organer for innflytelse for barn og ungdom i flere kommuner, f.eks barne- og ungdomsråd, barnas kommunestyre osv. Det ligger utfordringer i å lykkes med at barn og unge opplever at deres erfaringer og innspill får konsekvenser når beslutningene tas.

Barn og unge er en stor pårørende gruppe, som barn av foreldre med psykiske lidelser, eller med søsken som har psykiske lidelser. Det er viktig å forsøke å få til et samarbeid med foreldrene om involvering og ivaretagelse av barna på en forsvarlig måte. Som et ledd i å følge opp barnet og dets behov, vil de trolig ha mange tanker, meninger og informasjon, om situasjonen. Det er derfor viktig at de voksne er lydhøre overfor barn i en slik situasjon og tar dem på alvor.

7 Mulige fallgruver knyttet til brukermedvirkning

- Brukermedvirkning skal ikke oppleves som en merbelastning for brukeren. Ansvaret for behandlingen ligger til tjenesteutøver.
- Brukermedvirkning er ikke en ordning for valgfrihet, men en metode for samarbeid og medinnflytelse i møtet mellom behandlingsapparatet og brukeren av det.
- Brukermedvirkning på systemnivå er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel - en arbeidsmetode for å nå et mål om å utvikle og kvalitetssikre tjenestene.
- I noen situasjoner vil det gjennom samarbeidet avdekkes at bruker og behandler har helt ulike målsettinger, både i forhold til hva som er et godt liv og hvilke virkemidler som skal benyttes for å komme dit. Det er ikke dermed sagt at brukermedvirkning ikke kan benyttes, det gjelder da å finne en minste felles målsetting og bygge videre på det. En behandling i strid med brukerens mål, får sjelden en ønsket effekt på lengre sikt.
- Det vil alltid finnes unntak fra regelen, hvor metoden ikke kan benyttes, uten at metoden av den grunn skal forkastes. Hovedproblemet i dag er at brukere flest opplever at de får medvirke for lite, ikke omvendt.
- Å utøve brukermedvirkning krever at det settes av nok tid, både til møtet med den enkelte bruker og til systemarbeid. Tjenestestedets faste tidsrammer for ulike tiltak, ressurser og interne rutiner er en konserverende faktor som kan gjøre at behandlere med gode holdninger og intensjoner om å utøve brukermedvirkning opplever at det er vanskelig å få det til i en hektisk arbeidsdag. Endringer skjer ikke før brukermedvirkning er en anerkjent metode som er satt i system på den enkelte arbeidsplass, og implementert som en naturlig del av tjenestens virksomhet.

8 Aktuelle virkemidler

8.1 Økonomiske virkemidler

Her er det til dels snakk om positiv bruk av virkemidler i kraft av ulike tilskuddsordninger til brukerorganisasjoner, prosjektmidler og lignende. Dels er det også snakk om negativ bruk av virkemidler i kraft av å stille opp brukermedvirkning som vilkår for å få utbetalt generelle tilskudd.

Stortinget har i Opptappingsplanen understreket at den økonomiske støtten til brukerorganisasjonene skal øke i planperioden. I statsbudsjettet for 2004 ble det stilt krav om at kommunene må kunne godtgjøre *reell* brukermedvirkning for å få utbetalt øremerkede tilskudd, og at støtte til brukerorganisasjonene og brukertiltak også er et vilkår for utbetaling av midler. I statsbudsjettet for 2005 er det til sammen bevilget 46 millioner kroner til brukermedvirkning. Det er også innført krav om at kommunene må kunne godtgjøre reell brukermedvirkning for å få utbetalt øremerkede tilskudd. Støtte til brukerorganisasjonene og brukertiltak skal være et slikt vilkår for å få utbetalt øremerkede midler. Fra og med 2006 vil det bli satt vilkår om at rutinemessige tilbakemeldinger fra brukerne (brukerundersøkelser og lignende) er etablert. Helseforetakene er lovpålagt brukermedvirkning som ledd i sin ordinære drift.

8.2 Pedagogiske virkemidler m/anbefalinger

Med pedagogiske virkemidler menes her utdannings- og kompetansehevingstiltak, og påvirkning gjennom gjensidig informasjon og dialog.

Møter og samtaler er de mest sentrale verktøyene i samhandlingen mellom brukere og tjenesteutøvere. En utfordring er å utvikle kompetansen knyttet til hvem den enkelte er som individ i møte med andre og hvordan man best mulig møter andre mennesker. Denne kompetansen gjelder både det enkelte individ, men også systemet i forhold til det å tilrettelegge for god og likeverdig kommunikasjon og relasjonsbygging. Det må etableres gode møteplasser for dialog mellom brukere og tjenesteutøvere på alle nivåer.

Kommuner, helseforetak og andre virksomheter, har ulike kulturer og tradisjoner for brukermedvirkning. Ledere og ansatte bør i samarbeid med brukere og deres brukerorganisasjoner, arbeide systematisk for å utvikle denne kulturen. Erfaringer fra brukerstyrte sentre, enkeltprosjekter og andre organisasjoner vil kunne gi nyttige innspill til prosessene. Dialogkonferanser er en metode som er utprøvd over mange år med gode resultater.

Kommuner og helseforetak bør sørge for at alle ansatte som arbeider innen feltet psykisk helse har kunnskap om brukermedvirkning. Opplæring bør gis i samarbeid med brukerorganisasjoner. Det er også utdannet brukerlærere som kan bidra i denne sammenheng.

En utfordring for brukerorganisasjoner og brukergrupper er å bidra til å systematisere brukerkompetansen og gjøre denne forståelig og tilgjengelig for andre brukere og tjenesteutøvere slik at den kan tas i bruk både i møtet mellom enkeltindivider og grupper, men også i arbeidet med å utvikle et mer helsefremmende samfunn. En annen utfordring er å skolere og styrke egne brukerrepresentanter som skal delta i ulike råd og utvalg som representant eller talsperson for brukerorganisasjonenes medlemmer. Lærings- og mestringssentrene er viktige aktører for å styrke brukerens grad av mestring. Det enkelte tjenestested har også et ansvar i forhold til dette.

Pårørendekompetansen handler blant annet om å ha kunnskap om brukerens bakgrunn og historie, kjennskap til hans eller hennes synspunkter og ønsker og erfaringer med hvordan behandling eller andre tiltak virker på vedkommende. Pårørende vil ut fra sin kjennskap og erfaring kunne bidra med forslag til løsninger. I medvirkning på systemnivå vil pårørende bidra til at individ og systemer kan bli sett fra et annet perspektiv.

Både likemannsarbeidet (som er erfaringsutveksling og rådslag mellom mennesker i tilnærmet samme situasjon) og selvhjelpsarbeid (som er prosessorientert endringsarbeid for den enkelte) må gis en sentral plass i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i den enkelte kommune. Det er viktig at tiltak for likemannsarbeid og selvhjelpsarbeid gjøres kjent og støttes økonomisk, slik at deltakelse og gjennomføring blir mulig. (Se nasjonal plan for selvhjelp). Brukerorganisasjonene er viktige instanser for dette arbeidet.

Profesjonsutdanningene har en spesiell utfordring med hensyn til å vektlegge den personlige kompetansen og egne erfaringer hos studentene som ledd i yrkesutøvelsen. Brukerperspektiv, brukervedvirkning og brukerkompetanse er, og bør være, sentralt i utdanningene på feltet. Også den kritiske refleksjonen med hensyn til både innhold og praksis knyttet til disse begrepene. Brukerorganisasjonene må ha en sentral rolle i kompetanseutviklingen og -formidlingen

Forskningen må ha en høyere grad av brukerfokus. Det bør samles inn og dokumenteres ulike brukererfaringer, også gjennom kvalitative studier. Aktuelle problemstillinger bør samles og systematiseres etter at det er gjennomført et par år med dybdestudier om brukervedvirkning i praksis. Det er også behov for dokumentert kunnskap i forhold til brukervedvirkning som metode, både på individ og systemnivå.

Det nasjonale ressurscenter for bruker- og pårørendekompetanse, Mental Helse Norge, skal sikre systematisk innhenting, gyldiggjøring og formidling av brukererfaringer. Senteret er tilgjengelig og kan yte rådgivning.

Kvalitetsutviklingsprosjektet i Rådet for psykisk helse, KUP, har som mål å bedre kvaliteten i tjenestene for voksne med psykiske lidelser. Brukervedvirkning og sammenheng for brukeren på tvers av ulike tjenester er viktige stikkord. KUP startet opp februar 2003 og skal gå ut opptrappingsperioden. For mer informasjon: www.psykiskhelse.no

Anbefalinger til tjenesteapparatet

Kommuner og helseforetak oppfordres til:

- å sørge for at alle tjenesteutøvere som arbeider innen feltet psykisk helse får nødvendig opplæring og informasjon om ny kunnskap om brukervedvirkning. Opplæring bør gis i et samarbeid med brukerorganisasjoner og Lærings- og mestringssentrene.
- å gi lokale tilbud om opplæring i selvhjelp og mestring, ikke bare i forbindelse med behandling av enkeltbrukere, men også til egne bruker- og pårørende grupper.

8.3 Organisasjonelle virkemidler

Styrking av brukerorganisasjonene er viktig for å kunne sikre brukervedvirkning på systemnivå og på politisk nivå. For at medvirkning skal kunne utøves må erfaringer dokumenteres, slik at det kan representeres som felles, gyldig kunnskap.

Brukermedvirkning tar tid og krever kvalifiserte medvirkere. Forutsetningene for å kunne drive brukervedvirkning må derfor sikres, blant annet gjennom målrettet opplæring av brukere og pårørende. Det er viktig at brukerorganisasjonene og deres arbeid er kjent i befolkningen. Brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn er lavt representert blant medlemmene. Dette kan tyde på at det bør etableres et nærmere samarbeid med disse gruppene for bedre å sikre brukervedvirkning for alle uavhengig av språklig og kulturell bakgrunn.

Brukerorganisasjonene har flere viktige funksjoner i forhold til brukervedvirkning.

- **Pådriverfunksjonen** handler om å reise aktuelle saker og spørsmål og bidra til politiske dagsorden nasjonalt, regionalt og lokalt i saker som angår psykisk helse og hjelpeapparatet. Brukerorganisasjonene vil være de fremste formidlere av kunnskap om rettigheter for brukere og pårørende, og også bidra til at prinsipper og perspektiver på psykisk helsearbeid er i stadig utvikling.
- **Utviklerfunksjon** handler om at organisasjonene representerer verdifull kunnskap og erfaring som bør tas i bruk i utviklingsarbeidet med hensyn til tjenester, forskning, opplæring m.m.
- **Gjennomførerfunksjon** handler om at brukerorganisasjonene har en selvstendig plass og rolle som eier og driver av ulike tiltak, som blant annet brukerstyrte sentra, hjelpetelefoner og ulike prosjekter.
- **Evalueringsfunksjon** handler om å gi respons og tilbakemeldinger på psykisk helsearbeidet nasjonalt, regionalt og lokalt.
- **Opplæringsfunksjon** handler om å tilby sine tjenester der opplæring om brukervedvirkning og brukerkunnskap skal gis. I tillegg har organisasjonene en viktig jobb med å lære opp og styrke egne brukerrepresentanter som skal representere brukerorganisasjonen og dens medlemmer i ulike råd og utvalg.

9 Tiltak i Opptrappingsplanen

1. Nasjonalt ressurscenter for bruker- og pårørendemedvirkning

Senteret skal være et nasjonalt kompetansesenter for bruker- og pårørendekompetanse. Det skal innhente, systematisere og formidle kunnskap på området. Prosjektet er forankret hos Mental Helse Norge, og er i utgangspunktet et 3-årig prosjekt. Forprosjektrapport var ferdig 1. oktober 2005. Det er innledet samarbeid bl.a. med andre brukerorganisasjoner og ulike forsknings- og kompetansemiljø.

2. Lærings- og mestringssentrene tilbud til personer med psykiske lidelser.

Lærings- og mestringssentrene gir kurs og opplæring til personer som har ulike type sykdom og lidelser, for å gi dem kunnskap og ferdigheter til å mestre egen sykdom, redusere plager og å leve et best mulig liv med de plager sykdommen fører med seg. Personer med psykiske lidelser bør få et like godt tilbud om hjelp fra lærings- og mestringssentrene som personer med ulike somatisk lidelser. Tilbudet gjelder også pårørende.

3. Stimulere til utprøving og utvikling av de gode modeller for brukermedvirkning

Styrke informasjonsarbeid om gode eksempler.

4. Nasjonal plan for selvhjelp

Arbeidet er startet. Nasjonal og internasjonal konferanse om selvhjelp, etablering av knutepunkt (senter for kunnskap og utvikling av selvhjelp) og tilskudd til oppstart av flere ulike prosjekter innen selvhjelp er igangsatt eller er under utarbeidelse. Selvhjelp er rettet inn mot mestring og brukermedvirkning. Selvhjelpsarbeidet representerer tiltak som er innrettet mot å styrke enkeltmenneskets evne og muligheter til å delta i sin egen endringsprosess. Les mer på www.psykisk.no

5. Tiltaksplan for pårørende og andre omsorgspersoner

Pårørende og andre nærpersioner er en del av og spiller en viktig rolle i arbeidet for å styrke brukermedvirkning. Det er knyttet spesielle utfordringer til den viktige funksjonen pårørende har i samarbeidet med både bruker og hjelpeapparatet. Det er behov for å også sette fokus på pårørenderollen, og hvilke behov de har for å kunne ivareta en ønsket rolle i forhold til brukeren. Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en egen tiltaksplan for pårørende og andre nærpersioner til mennesker med psykiske lidelser. Planen er utarbeidet i samarbeid med berørte organisasjoner og tjenester.

Spesielle problemstillinger som drøftes er bla. veileder for helsepersonell om dialog og kommunikasjon med pårørende (inkl. taushetsplikten), informasjonsmateriell til pårørende og tilskudd til organisasjonene. Les mer på www.psykisk.no

6. Tilskudd til brukerorganisasjonene og deres likemannarbeid

7. Tilskudd til hjelpetelefoner

Det er flere ulike hjelpetelefoner som er betjent store deler av døgnet som drives av brukerorganisasjoner innen psykisk helse. Publikum kan ringe og få råd og veiledning i en vanskelig situasjon. Det gjelder både barn og unge, arbeidsliv og alt annet innen psykisk helse.

8. Stimulere til oppretting av flere brukerstyrte sentre

Tilskuddsordningen i direktoratet for etablering og drift av brukerstyrte sentre videreføres. Stimulere kommuner og helseforetak til å bidra inn i både etablering og videreføring av brukerstyrte sentre. Ordningen skal evalueres, og erfaringer skal innhentes for å utvikle kunnskap om gode modeller for ulike brukerstyrte sentre.

9. "Å spørre den det gjelder" – kartlegging av barn og unges brukererfaringer

Direktoratet støtter forprosjektet "Klient- og resultatstyrt terapi" i regi av R-BUP Øst og Sør.

10. Tilskudd til opplæring av talspersoner for barn og unge

Tilskuddet gis for rekruttering og opplæring av talspersoner for barn og unge overfor myndigheter og tjenesteapparatet, for å dokumentere og formidle erfaringer og utrede /utvikle et opplæringsprogram for ansatte i tjeneste. Dette er for å bidra til reel brukermedvirkning for barn og unge. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Organisasjonen Voksne for Barn.

11. Det skal utarbeides egen plan for barn og unges brukermedvirkning

Planen skal synliggjøre hvordan brukermedvirkning for barn og unge kan tilrettelegges og iverksettes på individ- og systemnivå, og hvilke ressurser som er nødvendig for å realisere dette. Videre må planen vurdere stimuleringstiltak for brukermedvirkning for barn og unge på alle forvaltnings-/tjenestenivå.

12. Kvalitetsutviklingsprosjekt i Rådet for psykisk helse, KUP

Prosjektet har som mål å bedre kvaliteten i tjenestene for voksne med psykiske lidelser. Brukermedvirkning og sammenheng for brukeren på tvers av ulike tjenester er viktige stikkord. KUP startet opp februar 2003 og skal gå ut opptrappingsperioden. KUP – prosjektet er styrket og utvidet, det skal nå også gjelde utdanningene.

13. Tilskudd til prosjekt "Myndiggjøring og medvirkning"

Prosjektet er brukerstyrt og drives av Brukerforum; Mental Helse i Hedmark, Stange og Hamar. Hovedmålsettingen for prosjektet er å myndiggjøre og styrke brukerne i rollen som brukerrepresentanter og skape et godt samarbeid mellom brukere og tjenesteapparatet, basert på reell medvirkning, gjensidig respekt og likeverdig kommunikasjon. Gjennom dette arbeidet er målet å rekruttere en bred plattform og deltagere til aktiv brukermedvirkning i organisasjoner, kommuner og foretak.

14. Prosjekt om selvbestemmelse og brukermedvirkning for psykisk utviklingshemmede

Det er spesielle utfordringer knyttet til personer med psykisk utviklingshemming som også har psykiske lidelser. Stiftelsen SOR, Samordningsrådet for arbeid med utviklingshemmede, får støtte fra Shdir til et prosjekt om selvbestemmelse og brukermedvirkning for psykisk utviklingshemmede. Etter planen skal prosjektet gå over fem år, dvs. til 2008. Målet er å formidle det juridiske og verdimessige grunnlaget for retten til selvbestemmelse og brukermedvirkning, og gode praktiske eksempler. Etter en landsdekkende konferanse høsten 2005, er virkemidlene nå etablering av lokale nettverk og gjennomføring av regionale konferanser.

15. Prosjekt "Fra bruker til bruker : Når den psykiske helsen svikter"

Prosjektet for kompetansebygging basert på systematiske undersøkelser av brukererfaringer. Det skal utvikles informasjonsmaterieell basert på kunnskap fra undersøkelsene for brukere, pårørende og helsepersonell. Prosjektet gjennomføres v/ psykologisk institutt, Universitet i Oslo.

Nye tiltaksområder:

Måling og kartlegging av brukermedvirkning

Vi har i dag for lite systematisk kunnskap om brukermedvirkning. Det bør gjøres kartlegginger – både kvalitative og kvantitative - av hvordan brukermedvirkning praktiseres og virker for mennesker med psykiske lidelser. Det arbeides nå med å sette brukermedvirkning mer i system og å øke graden av utøvelse. Det er stilt krav om at kommunene skal etablere et opplegg for systematisk innhenting av brukererfaringer, men det er også behov for kartlegging på andre områder, derunder forskning på regionalt og nasjonalt nivå.

16. Gjennomføre regelmessige målinger av hvordan målene for brukermedvirkning oppnås.

Direktoratet utarbeider måleindikatorer. Målingene vil skje via innhenting av data fra tjenesteapparatet og direkte fra brukere via kvalitative undersøkelser.

Ansvar: Shdir

Periode 2006-2008

Kvalitativ undersøkelse i 2008

Utdannings- og kompetansehevingstiltak

Det bør kartlegges hvordan brukermedvirkning er ivaretatt i eksisterende utdanningstilbud for de mest relevante personellgruppene. Kunnskap om brukermedvirkning og pårørendes situasjon skal være integrert i profesjonsutdanningene, det gjelder både grunnutdanning, videre- og etterutdanning. Det bør også finnes kurs og kompetansehevnede tiltak for ansatte i tjenesteapparatet.

Dette sees i sammenheng med vurdering av kompetanse i kvalitetsarbeid som et ledd i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial- og helsetjenesten, og der kompetanse om brukermedvirkning også skal inngå. For å nå målene i den nasjonale strategien er det nedsatt 6 arbeidsgrupper som skal lage handlingsplaner. ”Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningen” er en av dem.

17. Kartlegge brukermedvirkning og samhandling i utdanningene

Kvalitetsutviklingsprosjekt i Rådet for psykisk helse, KUP, er styrket og skal nå også arbeide mot utdanningsinstitusjonene. Forprosjektet ”KUP i utdanningene” vil foreta en kartlegging av hvordan brukermedvirkning og samhandling ivaretas i de sentrale helseutdanningene. Det tas også sikte på å identifisere brukermedvirkning i utdanningene, samt vurdere ulike virkemidler som benyttes for å fremme brukerens stemme.

Ansvar: SHdir og Rådet for psykisk helse
Periode: 2006-2008

18. Bidra til utvikling av metoder og modeller til kunnskapsøkning innen brukermedvirkning til bruk for tjenesteapparatet

Tilskudd til prosjekt for utvikling av ”verktøykasse” i brukermedvirkning i samarbeid med brukerorganisasjoner / kommune og høyskole.

Ansvar: SHdir
Periode 2006-2008.

19. Kartlegge hva som finnes av informasjonstiltak i forhold til brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn nasjonalt, og vurdere hvilken form informasjonsmateriell til disse gruppene bør ha for å nå fram best mulig.

Ansvar : SHdir
Perioden 2006-2008

20. Utvikle standardisert informasjonsmateriell om sykdommer, behandling, pasientrettigheter og pårørendeinformasjon

Materialet vil være tilgjengelig på nett, og muliggjør redigering for lokal bruk.
www.shdir.no/psykisk eller www.psykisk.no

Ansvar: SHdir
Perioden 2006-2008

10 Dokumentasjon og rapporter

Det foreligger lite systematisk dokumentasjon om omfang og innhold i brukermedvirkning innen psykisk helse-feltet i Norge. Eksemplene som nevnes her er allikevel bare et tilfeldig utvalg på området. De er kun ment for å dokumentere deler av teksten i denne planen, og er på ingen måte uttømmende på området brukermedvirkning.

Noen aktuelle rapporter:

Jorid Kalseth: Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester. SINTEF Unimed 2003.

Basert på en spørreskjemaundersøkelse til landets kommuner 2002 opplyses det at nær 30 % av kommunene oppgir at de verken gir økonomisk støtte til eller samarbeider med bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner om tilbud til brukerne. Mental Helse Norge hadde lokallag i ca 50 % av kommunene som svarte, og LPP hadde lokallag i under 20 %. Bare ca 15 % av kommunene hadde etablert brukerråd eller liknende knyttet til psykisk helsearbeid.

Marit K. Helgesen: Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene. NIBR 2004:136

Undersøkelsen er en kvalitativ casestudie om brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i sju kommuner. Data er samlet inn gjennom intervjuer med nøkkelpersonell og yrkesgrupperrepresentanter ansatt i kommunene. Brukere er ikke intervjuet.

Ingen av de aktuelle kommunene hadde brukerråd. Fire kommuner hadde lokallag av Mental Helse, ingen lokallag av LPP. Bare en av kommunene var godt i gang med individuelle planer. Brukerinvolvering på ikke-organisert nivå var i stor grad overlatt til den individuelle tjenesteyter.

Sidsel Sverdrup, Lars B. Kristofersen, og Trine Monica Myrvold: Brukermedvirkning og psykisk helse, NIBR-rapport 2005:6

Rapporten er en underveisrapportering fra første fase av prosjektet: "Brukermedvirkning: idealer og realiteter i et buttom –up perspektiv". Andre fase skal også inneholde opplysninger fra behandlernes side. Undersøkelsen baserer seg på dybdeintervjuer av mennesker med psykiske problemer og deres pårørende fire steder i landet. Studiet omfatter 15 voksne brukere, 8 ungdommer, 8 pårørende til de voksne brukerne og 8 pårørende til ungdommene.

Resultatet av undersøkelsen viser bl.a. at brukerne ble gitt liten eller ingen mulighet til medvirkning i egen behandling, at de ikke hadde fått tilbud om individuell plan og at mange opplevde det belastende å måtte koordinere tjenestene sine selv. Det var svært lite informasjon både til og fra pårørende, og pårørende opplevde seg lite verdsatt. De ble ikke brukt som en ressurs for brukeren og fikk ingen hjelp til å takle

pårørenderollen. Ungdommene og deres pårørende, som var brukere av BUP, var i stor grad mer fornøyd med det meste. De ga BUP ros for å gi god informasjon, bli lyttet til, ta problemene seriøst og på å oppnå en tillitsfull relasjon mellom behandler og ungdommen. De var imidlertid misfornøyd med at ventetiden på å få hjelp var alt for lang. Rapporten har flere anbefalte tiltak.

Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/SINTEF 2004

Rapporten inneholder forslag til spørsmål og framgangsmåte for måling av pasienterfaringer i det psykiske helsevern for voksne. Den danner grunnlag for den første landsomfattende brukerundersøkelsen ved alle offentlige poliklinikker høsten 2004.

Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid. Rådet for psykisk helse 2004

Forprosjektet gir en feltbeskrivelse og peker på problemer og muligheter for kvalitetsforbedring. Det pekes på at tjenestetilbudet har preg av organisert diskontinuitet, noe som ofte er problematisk for brukere og pårørende. Brukerfortellingene vitner om at mange døgnavdelinger har negative systemkulturelle trekk, for eksempel avvisning av pårørende, lite samarbeid med kommunale tjenester og kontroll av brukere. Det ser ut til at pasientrettighetsloven inneholder intensjoner og rettigheter som ikke er fullt ut realisert for mennesker med psykiske lidelser.

Erfaringer med brukermedvirkning i kommunene. Mental Helse Norge – 2004

Erfaringene baserer seg på undersøkelser i 11 kommuner. Prosjektet avdekker at kommunene i liten grad hadde utviklet et eget eierforhold til brukermedvirkning og at det i liten grad skilles mellom de ulike nivåene for slik medvirkning. De fleste kommunene manglet en struktur og metodikk for hvordan kontakten mellom kommune, bruker og interesseorganisasjoner skal utføres. Disse manglene befinner seg på individnivå og systemnivå.

Det mangler bevissthet rundt mål og midler i ansikt til ansikt kommunikasjon. Der er fravær av formelle retningslinjer med hensyn til å finne brukerrepresentanter, hvordan skape formelle arenaer for samhandling, hvordan forberede brukerrepresentanter slik at de reelt kan bidra, pluss at det mangler retningslinjer for dekning av utgifter i forbindelse med brukerrepresentasjon. Prosjektet har resultert i en veileder for brukermedvirkning innen psykisk helse, og inneholder også eksempler på vellykkede resultater, gode eksempler på brukermedvirkning.

Arne Holte – Kvalitative studier av pårørendes erfaringer

Han foreslår 7 tiltak for at pårørende skal få det bedre. Det er at pårørende må tas på alvor, at de må få nødvendig informasjon (derunder ha fast kontaktperson på sykehuset), at deres følelser også må ivaretas, pårørende må lære egenomsorg, de må få sosial støtte (her fremheves pårørendegrupper), at organisasjonene for

pårørende må støttes og at økonomiske støtteordninger må på plass.

Steinar Trefjord og Trond Hatling, SINTEF Helse 2004

Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse.

Det foreligger også 3 Kvalitative Brukerundersøkelser initiert av Sosial- og helsedirektoratet under Opptappingsplan for psykisk helse, Informasjonssatsningen - delprosjekt bruker og tjenester:

nr.1. "Sterk som en bjørn og lita som ei teskje" prosjektleder Kårhild Husom Løken.

Om brukernes opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning, resultatet fra kartleggingsarbeidet i brukerforum. Brukerforum ble etablert som en kartleggingsgruppe og bestod av brukere fra Mental Helse i 3 kommuner på Østlandet.

Rapporten oppsummerer med at informasjon var mangelvare, spesielt om muligheter og rettigheter. Kommunikasjon var fortsatt preget av skjevt maktforhold mellom brukere og tjenesteapparatet der brukerne opplevde at deres kunnskap og erfaringer ikke ble verdsatt i tilstrekkelig grad. Informasjon og kommunikasjon mellom ulike tjenestesteder var dårlig samordnet og koordinert. Flere følte seg prisgitt det tilbudet de fikk, og de synes det var vanskelig å stille krav.

Noen av anbefalingene deltagerne i rapporten gir er: Informasjonen må være riktig og i et forståelig språk, gjerne noe skriftlig da mye er vanskelig å huske. Det personlige møte er viktig og må være preget av likeverdighet, bli møtt med ydmykhet, medmenneskelighet og respekt, bli hørt og forstått. Det ble også fremhevet at det er viktig å ha tid, få delta, slippe å rope for å få hjelp og å ha koordinator mellom tjenestesteder, slik at man slipper å fortelle historien sin om og om igjen.

Nr.2. "Hjelpere som bryr seg" av Intèra ResearchLab 2003 . En kvalitativ undersøkelse i en kommune om ungdom og brukervedvirkning.

Resultatene viser at de ungdommene som ble spurt påpeker og etterlyser mye av det samme som voksne har gjort. De fremhever betydningen av det personlige møtet, hvor de ber om å bli møtt med vennlighet, åpenhet og interesse, uten at det brukes noe spesielt ungdomsspråk. I tillegg fremhever de at "de gode spørsmålene" er mangelvare i tjenesteapparatet og at hjelperen ofte trekker forhastede slutninger. Det gjør at ungdommen ikke får sagt det den har på hjertet eller får delta i reelle valg. De mener at god tid, rom for taushet og en lyttende holdning gjør det mulig for ungdommen å utrykke seg med egne ord og eget tempo.

De påpeker også at det er viktig å få bytte hjelper dersom de ikke kommer overens. Samtidig påpeker de at det ikke må byttes hjelper på grunn av kapasitetsproblemer, det opplever ungdom som sterk avvisning. De ber om mer fleksibilitet når det gjelder åpnings- og telefontid, de ønsker større tilgjengelighet på ettermiddags- og kveldstid. De er svært opptatt av diskresjon, taushetsplikten er verdsatt, også overfor foreldre. Fysiske rammer oppleves som mindre viktig.

Nr. 3 "Se oss inn i øynene!" av Intera ResearchLab des. 2002. En kvalitativ brukerundersøkelse blant mennesker med psykiske lidelse i en kommune. Resultatet viser at flere mener det er fordel å bo i en liten kommune. Oversiktighet, hyggelige saksbehandlere og rask saksbehandling nevnes som noen av fordelene. Samtidig viser undersøkelsen at det er de samme problemstillingene rundt det personlige møtet her, som i de 2 overnevnte undersøkelsene. Det påpekes igjen viktigheten av nok tid, riktig informasjon, at hjelperen er høflig og vennlig i både tale og kroppsspråk, ha egen kontaktperson og i tillegg nevnes her at det er viktig å ha muligheten til å ha med en støttespiller/ ledsager i møte med det offentlige.

Nasjonalt kunnskapssenter er i gang med 2 prosjekter om brukermedvirkning, som begge er planlagt publisert i 2006.

Prosjektnr. 119, prosjektleder: Elin Strømme Nilsen

Formålet er å lage en artikkeloversikt som skal oppsummere hva som finnes av forskning om effekt av tiltak for å gjennomføre brukermedvirkning i helsepolitikk, helsetjenesteforskning, retningslinjearbeid og utvikling av publikumsinformasjon.

Prosjektnr. 122, prosjektleder Marit Johansen.

Formålet er å oppsummere studier som evt. finnes på hvordan vi best kan involvere brukere i utvikling av retningslinjer. De skal beskrive metoder som blir brukt, belyse aktuelle fordeler og ulemper ved brukerinvolvering sett fra både helsepersonells og brukeres side.

Kårhild Husom Løken " Hvordan vil en deltagerbasert forskningsmetode være egnet til å studere og fremme brukermedvirkning?" Masterstudie i velferdspolitik, vitenskapsteori og forskningsmetode Høyskolen Lillehammer -2004

Kårhild Husom Løken " Hvilke konsekvenser vil Empowerment innebære for brukermedvirkning på psykisk helse feltet" Masterstudie i velferdspolitik Empowerment, Høyskolen i Lillehammer- 2005

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

Tidsskrift PSYKISK helsearbeid, Volum1 nr. 4 2004, Universitetsforlaget.
"Ny kunnskap sammen med brukerne"

Gro Beston, Jan Stensland Holte, Bengt G. E og Jan Kåre Hummelvold (red)
"Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid" Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 8- 2005.

Marit Borg og Alan Topor : "Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser" Kommuneforlaget AS, Oslo 2003

Boken formidler hva de med pasienterfaring fra psykisk helsevern og kommunehelsetjeneste selv mener skal til for å komme seg ved alvorlige psykiske lidelser. Boken inviterer til refleksjon og diskusjon omkring hvordan brukeres erfaringskunnskap passer inn og kan anvendes – sammen med fagfolkens kunnskap og erfaringer - og benyttes i organisasjonsutvikling.

Tone Alm Andreassen " Brukermedvirkning i helsevesenet" Kommuneforlaget 2005.

Boken gir kunnskap og anbefalinger som et utgangspunkt for å kunne lykkes med brukermedvirkning på systemnivå inne helsevesenet.

Tone Alm Andreassen ved AFI, " Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat" 2004

Mark A. Hubble, Barry L. Duncan "The Heart & Soul of Change" 2004

Scott D. Miller, Barry L. Duncan "The Heroic Client" 2000

Nina B. J. Berg " Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte. Aschehaug 2002

Nasjonal plan for selvhjelp, Sosial og helsedirektoratet 2004

Bestillingsnummer IS-1212

Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser, Sosial- og helsedirektoratet 2005 Bestillingsnummer IS-1349

Individuell plan 2005, veileder til forskrift om individuell plan,

Bestillingsnummer IS-1253

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015) Bestillingsnummer IS-11-62

Sosial- og helsedirektoratets nettside. www.shdir.no/psykisk eller www.psykisk.no

Planleggingsverktøy for bruk av individuell plan for psykisk helse, SINTEF Helse
www.hpp.no

SEPREPs hefte Dialog nr. 2 2004 ” *Intet om oss uten oss, Brukerdeltagelse i styrer og utvalg*”, www.seprep.no, eller lastes ned fra [www.seprep.no\dokumenter\Dialognr2_2004.pdf](http://www.seprep.no/dokumenter/Dialognr2_2004.pdf).

Nasjonalt kunnskapssenter, nasjonal pasienttilfredshetsmåling blant voksne brukere av poliklinikker og døgnavdelinger innen psykisk helsevern.

<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=69&expand=14,66,69>

www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no

Mental Helse Norge www.mentalhelse.no

Organisasjonen Voksne for barn www.vfb.no

Angstringen <http://www.angstringen.no/>

ADHD- foreningen <http://www.adhd-foreningen.no>

Interessegruppa for Kvinner med Spiseforstyrrelser <http://www.iks.no/>

Rådet for psykisk helse www.psykiskhelse.no

We Shall Overcome <http://www.wso.no/>

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no