

# MER ENN BARE ORD?

brukerrepresentant  
brukermedvirkning  
**bruker**  
brukeransettelse  
brukerperspektiv  
brukerkunnskap  
selvhjelp

## Ord og begreper i psykisk helsearbeid



[erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)



Heidi Westerlund

**Tekster om definisjoner av brukerperspektivet i psykisk helsearbeid.  
Heidi Westerlund, 2012.**

**Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse**

[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)  
PB 298 Sentrum, 3701 Skien  
[post@erfaringskompetanse.no](mailto:post@erfaringskompetanse.no)

**Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)**

[www.napha.no](http://www.napha.no)  
NTNU Samfunnsforskning AS  
NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid  
7491 Trondheim

**Trykt utgave:**

ISBN 978-82-93171-12-6  
ISSN 1891-6163

**Elektronisk utgave:**

ISBN 978-82-93171-13-3  
ISSN 1891-6503

2012:4



# Forord

Hva er en bruker eller en brukerrepresentant, og hva mener vi med brukerkunnskap, brukererfaring og brukerperspektiv? Hva ligger i ordet brukeransettelse, brukermedvirkning og selvhjelp? Denne publikasjonen forsøker å gi en forståelse bak ordene gjennom å se på definisjonene og nyansene med dyp respekt for innholdet.

På forespørsel fra Brukerorganisasjonskonferansen 2010, tok Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse(Erfaringskompetanse) initiativ til denne publikasjonen. Hensikten var nettopp å skape større forståelse rundt sentrale brukerbegreper innen psykisk helsefeltet. Publikasjonen er utarbeidet i tett samarbeid Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha).

Vi som sentre er glade for at vi kan presentere disse definisjonene av brukerperspektivet i psykisk helsearbeid. Vi spør om begrepene er mer enn bare ord, og håper du etter lesingen lettere kan gi svaret. Vi tror en begrepsavklaring bidrar til at vi lettere forstår hverandre, ved at betydningen kommer tydeligere frem.

Vi opplever at en slik avklaring av ord og begreper har vært etterspurt fra flere hold. Derfor håper vi denne publikasjonen vil være til god nytte både for brukere og pårørende, fagfolk, politikere, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og Nav.

Vi ønsker å rette en stor takk til Heidi Westerlund som har hatt hovedansvaret for denne publikasjonen i samarbeid med gode bidragsytere i prosjektarbeidet.

## **Hilde Hem**

Daglig leder

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

## **Trond Hatling**

Leder

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

# Innhold

Om publikasjonen: .....	4
Leserveiledning: .....	5
Prosjektet «Begreper i psykisk helsefeltet».....	6
Begrepsarbeidet og prosjektets mål: .....	7
Metoder i prosjektet: .....	8
Workshop – ER det bare ord? – Trondheim, desember 2011.....	8
Kildematerialet:.....	9
Bearbeiding av kildematerialet:.....	9
Hovedtema i prosjektarbeidet:.....	10
Bruker:.....	10
Brukerrepresentant:.....	11
Brukerkunnskap. ....	12
Brukererfaring.....	13
Brukerperspektiv: .....	13
Brukerorientering:.....	14
Brukermedvirkning: .....	15
Brukeransettelse: .....	18
Selvhjelp:.....	19
Sluttord:.....	22





# Om publikasjonen

*Brukerperspektivet er viktig og riktig verdivalg for fag- og tjenesteutvikling på psykisk helsefeltet. Det er en forutsetning for at de som søker hjelp i kommuner og helseforetak, og bruker tjenesten, skal kunne medvirke i egen behandling og oppfølging.*

Publikasjonen du har i hånden, er et resultat av et prosjektsamarbeid mellom Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (Erfaringskompetanse) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), i 2011 og 2012.

Prosjektet fikk tittelen **"Begreper i psykisk helsearbeid"**, og hadde som mål å utarbeide et felles forslag til definisjoner av de sentrale begrepene som definerer det vi til daglig i NAPHA omtalte som "Brukertemaet".

Valg av ord i den sammenhengen speiler utfordringen med å kommunisere om brukerperspektivet og behovet som prosjektideen gav grunnlag for.

Prosjektet ble avsluttet med felles arrangement på den årlige Brukerorganisasjonskonferansen i juni 2012. Konferansen arrangeres hvert år av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

I 2012 ble konferansen avholdt i samarbeid med NAPHA, som en avslutning av samarbeidet om prosjektet denne rapporten oppsummerer.

Ord som har prefikset bruker er mye brukt i tekster om psykisk helsearbeid i dag. Allikevel opplever mange at de fremstår uklare og vanskelige å bli enige om. Dels er det på grunn av forskjeller i språkbruk som danner begrepene vi bruker i daglig kommunikasjon, til dels kan det være uttrykk for uenigheter og dilemmaer i forståelsen av fenomenene som ligger til grunn for valg av ord.

Psykisk helsefeltet er i stadig bevegelse. Det vil alltid være en debatt om hvordan vi forstår fenomener og hvordan ressurser fordeles, her, som på andre fagfelt. Diskusjonen om ordbruk kan dels være et virkemiddel for å presisere og klargjøre mening, dels for å skape bevegelse i feltet. Noen spør seg om ikke "brukerbegrepet" bør forlates, og erstattes med andre ord. Andre hevder at «bruker» som i for stor grad har blitt en samlebetegnelse, blir anvendt på alle fenomener som handler om at den som får hjelp og den som gir hjelpen samhandler.

Brukermedvirkning er det mest etablerte begrepet vi har for å betegne samarbeidet mellom tjeneste(yter) og bruker. I prosjektarbeidet ble vi klar over utfordringen med at brukermedvirkning har mange ulike definisjoner. Det kan hevdes at det begrepet og andre som beskriver brukerperspektivet, mangler en tydelig og enhetlig definisjon. Dette skaper ulik forståelse og ulike forventninger og kan gjøre kommunikasjon om emnet vanskelig. I siste instans: Det gjør det vanskelig å arbeide i prosesser med brukermedvirkning

# Leserveiledning

Som forfatter vil jeg at publikasjonen skal gi deg som leser den et innspill til å reflektere over noen av de mest sentrale begrepene vi bruker når vi snakker om brukerperspektivet på psykisk helsefeltet. Teksten kan leses på flere måter:

Den kan leses som en oversikt over sentrale kilder for definisjoner av «brukerbegrepene». De ulike kildene har autoritet på hver sin måte fordi de er uttrykk for hvordan ulike aktører på psykisk helsefeltet beskriver den praksis som ligger til grunn for brukerperspektivet.

Men, de sier lite om hva som faktisk gjøres ifht å gi brukere av tjenester innen psykisk helsearbeid medvirkning, selvbestemmelse og innflytelse på tilbudet, eller et bedre tilbud. Det er en oppgave, som ligger utenfor dette prosjektets målsetning og er en oppgave som må løses gjennom praksisbeskrivelser, tjenesteutvikling dokumentasjonsprosjekter og forskning i tjenestene.

Du kan lese denne teksten:

1. Som et oppslagsverk og oversikt over et kildemateriale fra et omfattende prosjektarbeid.
2. Som konkrete forslag til definisjoner på utvalgte begreper.
3. Som en beskrivelse av konkrete dilemma og utfordringer ved brukermedvirkning i praksis.

I del 2 av publikasjonen, finner du det jeg vil kalle en samling tematiserte «råtekster» som gir noen konkrete definisjoner, noen refleksjoner og teser som kan være til hjelp for deg som vil bruke det i et praktisk definisjonsarbeid.

En definisjon skal ideelt være retningsgivende for hvordan vi skal beskrive, forstå eller forklare et fenomen. Det vil være en omfattende oppgave å kartlegge og bearbeide norske kilder som inneholder definisjoner(definisjonsarbeid). Vi har ikke hatt den ambisjonen, denne gangen.

Som forfatter av publikasjonen "Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid" mener jeg at en tekstliggjøring av fenomener alltid vil medføre en del verdivalg. Du som leser dette bør ikke ta disse tekstene som mer retningsgivende enn du finner det for godt selv. Ved å skrive dette har jeg og de jeg har samarbeidet med, tatt noen verdivalg, som vil gå frem av teksten.

Du som leser det, bør gjøre deg opp din egen mening om det du leser: verdier er uttrykk for hvem du er og hvordan du forstår ditt ståsted i feltet og det er ingen som kan ta dine verdivalg for deg!

**Heidi Westerlund**

10. oktober 2012

# Prosjektet «Begreper i psykisk helsefeltet»

Det var brukerorganisasjonskonferansen 2011, som gav Nasjonal senter for Erfaringskompetanse innen psykisk helse utfordringen: «Vi ber dere om en avklaring av definisjoner på de begrepene vi bruker til daglig»

Det er mange ideologiske, politiske og faglige ståsteder i psykisk helsefeltet. Det nye ståstedet på feltet kommer fra det vi til daglig betegner som «brukerne». Den etablerte omtales ofte som «faget». Dette er to perspektiver som er komplementære, men også motsetningsfylte.

Det minst beskrevde er brukerperspektivet, selv om det de siste årene har kommet en del, norske forskningsstudier om brukermedvirkning, se for eksempel By Rise m.fl.(2011)<sup>1</sup> og Solbjør m.fl (2012)<sup>2</sup>.

Noen sentrale argumenter for brukerperspektivet er:

- De medmenneskelige argumenter – brukere må gis sin borgerstatus tilbake og få muligheter til demokratisk deltagelse og selvbestemmelse.
- Det gir bedre praksis og tjenester – noe som krever at fagfolk som har makt, både har kunnskap og vilje til å sette brukerperspektivet fremst i det praktiske arbeidet i hverdagen.
- Det er økonomisk – dvs aktive brukere er billigere enn passive deltagere og det handler om brukeres egenomsorg og ansvar for eget liv.
- Det er terapeutisk – man får tjenester som virker bedre for den enkelte. Aktiv medvirkning er et gode i seg selv for den enkelte.
- Det er moralsk riktig – ut fra at det gode mennesket klarer seg selv (Ørstavik, 1996)<sup>3</sup>

At brukere sitter med mye kunnskap om det faktiske innholdet av tjenester og hvordan de er tilpasset deres behov, har vært hovedargumentet for brukerperspektivet i tjenesteutvikling. I det perspektivet er virkemiddelets brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetjenester for å vurdere kvalitet og effektivitet. Brukermedvirkning er også et nødvendig virkemiddel for å kartlegge og sikre god og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted og diagnose/funksjonsnedsettelse.(St. Melding 16, 2010)<sup>4</sup>.

Argumentene for dette perspektivet er mange og definisjonene like mange. Prosjektet som vi beskriver her ble etablert for å se på hvordan vi kunne komme til enighet om noen definisjoner, og gjennomføre noen drøftinger for å tydeliggjøre og gjøre uenighet forståelig.

---

1 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21838833>

2 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21838833>

3 INAS N-96:8 Ørstavik, Sunniva Brukerperspektivet - en kritisk gjennomgang: Sunniva Ørstavik. Oslo : Institutt for sosialforskning, 1996. - 39 s. (Notat / INAS ; 96:8)

4 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

# Begrepsarbeidet og prosjektets mål:

Prosjektsamarbeidet ble forankret i de to sentrenes intensjon om samarbeid om bruker- og pårørendeperspektivet, og Erfaringskompetanse sitt nasjonale mandat knyttet til «bruker- og pårørendekunnskap»

Det ble etablert en arbeidende prosjektgruppe som skulle gjennomføre det planlagte samarbeidsprosjektet.

Gruppen har i hele prosjektperioden bestått av Hilde Hem, Eva Svendsen, Dagfinn Bjørgen og Lise Johansson fra Erfaringskompetanse. Heidi Westerlund, Berit Rustand og Dagfinn Brørs var gruppedeltakere fra NAPHA. Prosjektleder har i hele perioden vært Heidi Westerlund.

Gruppen var i arbeid frem til desember 2011, og tekstene som ligger til grunn for heftet er utarbeidet i et samarbeid mellom Heidi Westerlund og Trond Hatling i NAPHA og Hilde Hem og Dagfinn Bjørgen i Erfaringskompetanse, i løpet av de første månedene av 2012.

Da prosjektet ble etablert i mars 2011 var prosjektgruppens utgangspunkt for arbeidet dette mandatet:

”Kan vi få til en bedre og mer presis kommunikasjon om de sentrale begreper vi bruker på psykisk helsefeltet, slik at vi kan snakke sammen? Hvordan definerer vi sentrale begreper på psykisk helsefeltet? Hvordan bruker vi dem? Bruker vi dem likt?”

Vi formulerte en liste over sentrale begreper som skulle inngå i prosjektarbeidet:

1. Bruker – definisjoner:
  - a. Hva vil det si å ta et brukerperspektiv?
  - b. Hva er brukermedvirkning?
2. Kunnskap, erfaring, erfaringskunnskap, kompetanse.
3. Selvhjelp.
4. Brukeransettelse.
5. Empowerment.
6. Erfaringskompetanse og NAPHA sine grunnbegreper i kunnskapsbasene [www.psykiskhelsearbeid.no](http://www.psykiskhelsearbeid.no) og [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)

Da prosjektet startet ble prosjektoppgaven rundt formulert til at vi hadde en intensjon om å samarbeide om et innspill til brukerorganisasjonskonferansen og å ”finne felles og omforente forslag til definisjoner på ulike begreper, sentrene i mellom”. I tiden etter brukerorganisasjonskonferansen har vi diskutert etterbruken av materialet i de to sentrenes arbeid med å utvikle gode begreper som beskriver det vi holder på med. Denne publikasjonen er en endelig oppsummering av noen funn og refleksjoner som andre kan ha nytte av i sitt arbeid med å definere viktige begreper som beskriver en del av praksisen på psykisk helsefeltet.



# Metode i prosjektet:

Arbeidsgruppens arbeidsmetoder har vært litteratur og nettsøk, skriftlige innspill på enkelttema og refleksjons- og planleggingsmøter.

Vi har innhentet kilder til definisjoner fra de mest kjente aktører på psykisk helsefeltet, reflektert rundt dem og skrevet oppsummeringer fra arbeidsmøter, redaksjonsmøter og workshops i prosjektet.

Samling av kildemateriale har delvis foregått i en lukket nettverksfunksjon, Begreper i psykisk helsearbeid på NAPHA's kunnskapsbase [www.psykiskhelsearbeid.no](http://www.psykiskhelsearbeid.no), hvor grunndokumentene fra søkene er samlet.

## Workshop – ER det bare ord? – Trondheim, desember 2011

Workshopen «ER det bare ord?» samlet 15 spesielt inviterte deltakere, som hver for seg har særlig interesse for prosjektteamet, fra sitt ståsted. Deltakerne har til daglig tilknytning til brukerorganisasjoner, forskningsinstitutter, kommuner og stiftelser.

Den ble arrangert over to dager, 5. og 6. desember 2012. Det ble gode diskusjoner og en avsluttende samling for begrepsarbeidet.

Tema i workshopen var:

1. Det erfaringsnære språket? v/Berit Rustand
2. Bruker – brukerperspektiv? Innledning v/Toril Heggen Munk og Dagfinn Bjørgen.
3. Brukermedvirkning innledning v/ Marit Solbjør og Per Tore Iversen
4. Brukererfaring – brukerkunnskap innledning v/ Siv Ekrem og Heidi Westerlund
5. Selvhjelp innledning v/ Per Sandvik
6. Nye begreper på psykisk helsefeltet? Innledning v/ Dagfinn Bjørgen og Heidi Westerlund.

Det ble tatt detaljert referat fra gruppearbeid og plenumsdiskusjoner de to dagene workshopen varte. Referatene ble inkludert som kilde for sammenstilling av tekstene i denne publikasjonen.

Arbeidsgruppe for arrangementet var fra Erfaringskompetanse: Hilde Hem, Lise Johansson, Eva Svendsen, Dagfinn Bjørgen og Siv Helen Rydheim. Fra NAPHA: Heidi Westerlund, Dagfinn Brørs, Lisbeth Christensen, Stefanie Görner, Gretha Evensen, Solrun Elisabeth Steffensen og Trond Hatling.

## Kildematerialet:

Kildene vi har samlet kommer fra systematiske litteratursøk og nettsøk, i hele prosjektperioden. Grunnlagsmaterialet består også av notater/innsjill i arbeidsgruppen, referater fra arbeidsgruppemøte og nedtegnelser av diskusjonene i workshopen "ER det bare ord?"

Litteratur og nettsøk vi har gjort har resultert i treff i artikler, notater, forskningsrapporter og publikasjoner fra kompetansesentra. [www.regjeringen](http://www.regjeringen.no) og Helsedirektoratet.

Nettbasene [www.psykiskhelsearbeid.no](http://www.psykiskhelsearbeid.no) og [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no), bruker / interesseorganisasjoners nettsider, lovdata og BIBSYS er også brukt i søkene.

## Redaksjonens arbeid med kildematerialet:

Dokumentasjonen fra prosjektet har deretter blitt bearbeidet og sammenstilt etter følgende fremgangsmåte:

Kildene fra prosjektgruppens tekster og nettsøk, (ca. 500 sider) ble kodet etter de 7 tema som er presentert i del 2. Tekstene ble deretter grovkategorisert etter temaene ved hjelp av NVIVO 8 analyseprogram. Dette arbeidet ble gjennomført av Heidi Westerlund.

Skriftlige utkast på tema ble deretter løpende drøftet i en redaksjon, bestående av Heidi Westerlund, Hilde Hem, Trond Hatling og Dagfinn Bjørgen.

Ut fra kildene har redaksjonen diskutert seg frem til noen grunndefinisjoner for de utvalgte begrepene. Det har også pekt seg ut en del utfordringer og dilemmaer knyttet til begrepene underveis, som vil gå frem av teksten under det enkelte tema. Det er lagt inn nettlenger som fotnoter i teksten, under hvert tema, med referanser til dokumenter som ligger tilgjengelig på nett.

Vi har tematisert teksten etter følgende hovedgrupper (som vil bli presentert i denne rekkefølgen i publikasjonens temadel):

1. Bruker
2. Brukerrepresentant
3. Brukerkunnskap
4. Brukererfaring
5. Brukerperspektiv
6. Brukerorientering
7. Brukermedvirkning
8. Brukeransettelse
9. Selvhjelp

Dette er de hovedtema/ord/begreper som er brukt i de tekstene vi har inkludert i kildematerialet.



# Hovedtema i prosjektarbeidet:

## Bruker:

*Ordet "bruker" er et av de sentrale begrepene på psykisk helsefeltet i dag. Hvordan vi definerer det, har betydning for hvordan vi forstår rollen/statusen til personer som opplever psykisk helseproblemer og bruker helse- og omsorgstjenester som følge av det. Slik det er i dag, er det vanskelig å beskrive denne rollen uten å anvende ordet bruker.*

Helseproblemet eller funksjonshemning kan være et utgangspunkt for å gi begrepet bruker innhold. En bruker er da en «person som på grunn av funksjonshemning/sykdom har særlig behov for tjenester eller tilrettelegging fra offentlige eller private tjenesteleverandører» (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon - FFO<sup>5</sup>).

Forholdet en person har til tjenesten og bruk av den er en annen tilnærming. En bruker er da en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. For vårt område, vil en bruker være en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid.

I noen offentlige dokumenter<sup>6</sup> likestilles alle brukere av helse- og omsorgstjenester, uavhengig av årsak til at man søker bistand og varighet i kontakten.

Brukerbegrepet ble i sin tid lansert som et alternativ til pasientbegrepet, som i følge enkelte definerte personer som trenger hjelp inn i en hjelpeløs og passiv rolle<sup>7</sup>. Det å være bruker av helsevesenet skulle da betegne en person som har en aktiv og friere rolle i forhold til helsetilbudet, enn en pasient. Er en person som er ekspert på eget liv, som tar egne valg i tjenestene, ut fra preferanser og behov.

Det å kalle seg bruker knyttes også til identitet. Man identifiserer seg da med den rollen det gir å ha hjelpebehov og et langvarig forhold til tjenester som skal oppfylle behov for psykisk helsehjelp. Personer som objektivt sett kan ha hjelpebehov men som ikke oppsøker eller ønsker å ha kontakt med tjenestene er det kanskje ikke naturlig å kalle brukere, kun fordi man har psykiske plager.

Det å være bruker av helsevesenet betegner ikke bare de som har et direkte og personlig behandlings-, velferds- eller omsorgstilbud. Mange pårørende til mennesker med psykiske lidelser også brukere av psykiatrien, også på eget grunnlag, fordi den belastende rollen pårørende har gir fare for å utvikle egne psykiske problemer. I dette spørsmålet har LPP<sup>8</sup> – Landsforeningen for pårørende i psykiatri, kjempet for å kunne bli definert som brukere av tjenestene på selvstendig grunnlag, med rett til informasjon, innsyn og deltakelse i den man er nær sin behandling og pleie.

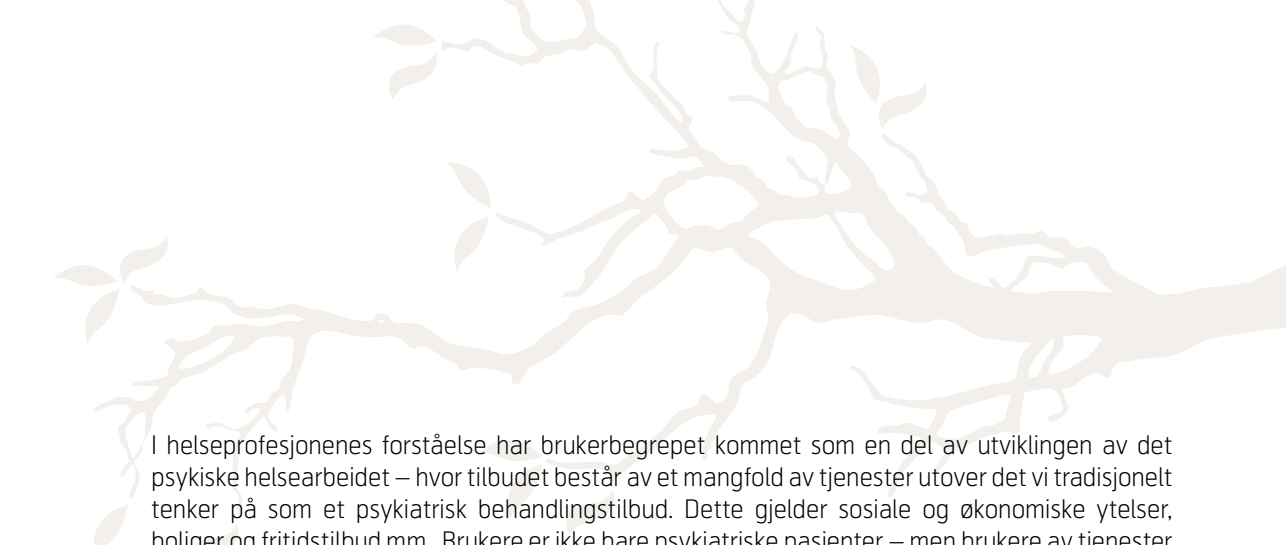
---

5 <http://ffo.no/no/Sidemeny/Aktuelt/Brukermedvirkning/>

6 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/1.html?id=639795>

7 [http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF\\_A8450\\_Hovedrapp\\_BAT.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT.pdf)

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



I helseprofesjonenes forståelse har brukerbegrepet kommet som en del av utviklingen av det psykiske helsearbeidet – hvor tilbudet består av et mangfold av tjenester utover det vi tradisjonelt tenker på som et psykiatrisk behandlingstilbud. Dette gjelder sosiale og økonomiske ytelser, boliger og fritidstilbud mm. Brukere er ikke bare psykiatriske pasienter – men brukere av tjenester på ulike nivåer, i helseforetak, i kommuner og i det private helsetilbudet (se f. eks: Røkenes, Odd Harald, 2006<sup>9</sup>)

I en aller annen forstand er alle brukere av tjenester/tilbud i det offentlige. Ut fra det blir det feil å si at bare de som får et direkte og personlig behandlings-, velferds- eller omsorgstilbud omfattes av begrepet bruker. Betegnelsen bruker er i den forståelsen ikke forbeholdt noen få, men de fleste av Norges befolkning, i større eller mindre grad.

Den mest kontroversielle definisjon av brukerbegrepet er å si at den som søker hjelp er en kunde og en forbruker av tjenester fra det offentlige. Brukeren er da en person som hevder rettigheter, stiller krav til og velger hvilket tjenestetilbud han/hun vil ha ut fra behov og preferanser. Tjenesten han/hun mottar – blir et produkt, som brukeren skal vurdere og rangere. (se f. eks Rolland, Asle, 2006<sup>10</sup>)

Mot den forståelsen vil det kunne hevdes at en bruker med omfattende tilbud i offentlige helsetjenester ikke har like stor valgfrihet som en kunde i et marked og er i større grad «satt i en situasjon» hvor han ikke kan velge om eller hvordan han skal motta tjenesten.

## Brukerrepresentant:

*Tradisjonelt er ordet brukerrepresentant forstått som "en person som er tilknyttet en interesseorganisasjon og er demokratisk valgt til å representere det syn organisasjonen står for"<sup>11</sup>. Han/hun skal fremme saker og uttale seg i saker som gjelder gruppen organisasjonen han kommer fra representerer. Oppgaven til en brukerrepresentant er å innhente kunnskap om målgruppene man representerer og delta i refleksjoner, debatter og arbeidsgrupper i de sammenhenger han er oppnevnt til."*

I kommuner og helseforetak er brukerrepresentasjon betegnelsen på et samarbeid med interesseorganisasjoner. Kommuner har blant annet en lovpålagt plikt til å etablere såkalte "Råd for personer med nedsatt funksjonsevne"<sup>12</sup>. I den nye helse- og omsorgsloven (2011), er det pålagt

9 <http://fagbokforlaget.no/?isbn=9788245004557>

10 [http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/20733/1/gupea\\_2077\\_20733\\_1.pdf](http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/20733/1/gupea_2077_20733_1.pdf)

11 <http://www.ffo.no/no/FFO-Lokalt/Brukermedvirkning-lokalt/Brukermedvirkning-/>

12 [http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger\\_brosjyrer/2009/rad-for-mennesker-med-nedsatt-funksjonseve](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2009/rad-for-mennesker-med-nedsatt-funksjonseve)

foretak og kommuner å ha ordninger hvor interesseorganisasjonene er representert i utviklingen av tjenestetilbudet<sup>13</sup>.

Et spørsmål som ofte stilles i forhold til brukerrepresentasjon er hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelse og rekruttering av enkeltpersoner til verv og utvalg.

De som representerer brukerne skal være representative. For noen kan det å være representativ være at man er oppnevnt fra en bestemt organisasjon, som har særlig interesse i de saker som skal behandles.

Tjenestene (dvs: kommuner og helseforetak) kan, på sin side, ønske å bruke andre kriterier for det samme. Det kan bety at de oppnevner/rekruttere/velger enkeltpersoner som ikke er tilknyttet en organisasjon, som f. eks bruker kommunens tilbud eller er tilknyttet en avdeling/et tilbud, eller å etablere egne ordninger for valg av representanter, uten å rådføre seg med interesseorganisasjoner.

I de siste 10 årene er brukerrepresentanter blitt rekruttert til flere arenaer og til mer omfattende oppgaver. I omfang og rammer kan disse oppgavene grense opp mot hva en person må legge inn av innsats i en ansettelse/engasjement. Det kan da hevdes at det blir liten forskjell mellom rollen som brukerrepresentant og rollen som brukeransatt.

For at representativ brukermedvirkning skal være reell, må kompetansen til de som skal representere brukerne, understøttes. Brukerorganisasjoner og de regionale brukerstyrte sentrene<sup>14</sup>, tilbyr egen opplæring av sine representanter, og har utviklet programmer og konsepter for dette.

Noen helseforetak, som Helse Sør-Øst<sup>15</sup>, har etablert egen opplæring av representanter til sine utvalg. Her er målet at representantene skal: «kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer».

Fra et tjenesteperspektiv kan det være viktig å rekruttere brukerepresentanter som kjenner tjenesten. Det kan blant annet være de som har førstehånds kjennskap til for eksempel å være på den eller den akuttavdeling. Det kan også være aktuelt når brukerorganisasjonene ikke finner personer som har denne kjennskapen blant sine. Det blir da et spørsmål om hvilke andre definisjoner som kan gi innhold til begrepet brukerrepresentant, utover den tradisjonelle interesseorganisasjonsforståelsen.

Skal en oppnevnt representant for brukerne alltid være del av et brukermiljø/brukerorganisasjon? Hva vil det si å være representativ om ikke det å representere en relevant og aktuell erfaring med et tilbud? Hvordan vil brukerorganisasjoner forholde seg til personer som ikke er tilknyttet en organisasjon, men allikevel blir oppnevnt til å representere brukerne?

---

html?id=574596

13 [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/ltavdl/filer/nl-20110624-030.html&emne=HELSEFORETAK SLOV\\*#3-10](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/ltavdl/filer/nl-20110624-030.html&emne=HELSEFORETAK SLOV*#3-10)

14 <http://www.erfaringskompetanse.no/reg.-brukerstyrte-sentre>

15 [http://psykiskhelsearbeid.no/prinsipper\\_brukermedvirkning/](http://psykiskhelsearbeid.no/prinsipper_brukermedvirkning/)

## Bruerkunnskap:

Bruerkunnskapen er den erfaringsbaserte kunnskapen en person har om sitt eget liv, lidelse og bruk av tjenester. Hvordan denne kunnskapen blir anvendt, handler om hvordan det tas hensyn til brukerperspektivet i tjenesten og hvordan brukervedvirkning utøves<sup>16</sup>. Uten sterke brukerstemmer, vil denne kunnskapen ikke være tilgjengelig i gjennomføring, organisering og forskning på og evaluering av de offentlige tjenester.

Noen vil hevde at fagkunnskapen også tar opp i seg bruerkunnskapen, gjennom kontakt med brukere i tjenesteutøving, og kunnskap om hvilke behov ulike grupper av brukere har i sitt møte med tjenestene.

Andre mener at brukere har en kunnskap som ingen andre har. Bare den som selv har mottatt tjenester kan vite hva man trenger, hvordan tjenester og tiltak fungerer og hva som virker i behandling av psykiske problemer.

Personer med bakgrunn kun fra fag/tjenesteutøver kan hevde at de ivaretar brukerperspektivet på grunnlag av:

- At man har snakket med mange brukere om deres erfaringer gjennom å utøve fag og tjeneste.
- At de er i stand til å ivareta brukernes interesser på en god nok måte, uten at den det gjelder eller personer med brukererfaring er involvert.

Bruerkunnskap er det begrepet vi har funnet færrest klare definisjoner på i søkene i prosjektet. NAPHA har per dags dato et temanettverk for bruerkunnskap som blant annet skal utarbeide definisjoner av brukerbegrepene<sup>17</sup>.

Bruerkunnskapen er den erfaringsbaserte kunnskapen en person har om sitt eget liv, lidelse og bruk av tjenester. Hvordan denne kunnskapen blir anvendt, handler om hvordan det tas hensyn til brukerperspektivet i tjenesten og hvordan brukervedvirkning utøves. Uten sterke brukerstemmer, vil denne kunnskapen ikke være tilgjengelig i gjennomføring, organisering og forskning på og evaluering av de offentlige tjenester.

## Brukererfaring:

Brukererfaringen er grunnlaget for å utvikle kunnskap om hva det å leve med psykiske problemer innebærer, hvilke behov man har ut fra det og hvordan det oppleves å motta tjenester i en hjelpetrengende situasjon. En brukererfaring kan også være et standpunkt, synspunkt eller begrunnet valg politisk og verdimelessig. Brukererfaringen er i utgangspunktet subjektiv. En taus kunnskap som har eksistens fordi den personen som hevder å ha erfaringen, har vært i situasjoner selv. Et eksempel på en slik unik erfaring, kan være at personer som har vært underlagt tvang i psykisk helsevern er de eneste som kan si noe om hvordan det oppleves og hvordan man vil bli behandlet i en situasjon der tvang er nødvendig.

<sup>16</sup> [www.napha.no/attachment.ap?id=37](http://www.napha.no/attachment.ap?id=37)

<sup>17</sup> <http://napha.no/attachment.ap?id=636>

## Brukerperspektiv:

*At helse- og omsorgstjenester skal ha brukerperspektiv er et uttrykt og sentralt politisk mål<sup>18</sup>. Brukerperspektivet er rotfestet i brukerorganisasjoner, men ikke nødvendigvis forbeholdt medlemmer av en organisasjon, som eksempel Mental Helse.*

Et utgangspunkt er at det finnes delperspektiver innenfor både fag- og brukerperspektivet. Det er vanskelig å hevde noe annet enn at det er flere fag- og profesjonsperspektiv på psykisk helsefeltet. Man kan heller ikke hevde at det er ett brukerperspektiv som er allmenngyldig og generelt.

Å si at noe er i et brukerperspektiv uttrykker det at man forstår ulike fenomener fra brukerens perspektiv. Valg av perspektiv i utøving av tjenester til mennesker med psykiske lidelser henger nært sammen med verdi- og menneskesyn. Brukerperspektivet er sagt å være grunnleggende for å oppnå brukerorientering, brukermedvirkning og brukerstyring, samt andre mål for involvering og innflytelse for brukere av en tjeneste<sup>19</sup>.

En kjent måte å uttrykke at man ivaretar brukernes interesser og erfaringer i fag- og tjenesteutvikling, er å si at man er i stand til å «ta et brukerperspektiv». Må det alltid være slik at brukerne må være tilstede for at brukerperspektivet skal være ivaretatt, kan være spørsmålet noen stiller seg i den sammenhengen.

Det kan hevdes at fagpersoner/tjenesterepresentanter også har mye kompetanse på det å være bruker av et system og at de kan ivareta og iverksette brukerperspektivet på selvstendig grunnlag. Noen hevder at fagperspektivet tar opp i seg og omfatter brukerperspektivet.

Kan man være i stand til å ta et brukerperspektiv dersom man ikke har vært i situasjonen selv? Kan man ivareta en annens perspektiv i en prosess, uten å involvere ham/henne?

Brukererfaringer blir ofte betegnet som den subjektive kunnskap brukerne har gjennom opplevelsen av fenomener innen helse og omsorg. Er det tilstrekkelig at fagpersoner ivaretar brukerperspektiv gjennom empati og innlevelse i denne subjektive opplevelsen? Kan man ta/ha et brukerperspektiv uten å selv ha vært i en situasjon hvor man avhengig av offentlige tjenester?

## Brukerorientering:

Brukerorientering kan bety at en fagperson eller en tjenesterepresentant tenker seg inn i situasjonen som brukeren har, og yter tjenester/gir hjelp ut fra den forståelsen.

Brukerorientering defineres ofte som at det tas hensyn til brukernes behov og interesser i organisering av en virksomhet. Hensynet til brukeren er i dag et politisk/etisk verdivalg, og er en del av moderniseringen av offentlig sektor. Dette er det allmenn enighet om, forvaltningen skal sette brukernes behov i sentrum for sine aktiviteter<sup>20</sup>.

Hensynet til brukeren er ikke entydig, det inneholder flere elementer, men en grunnleggende

18 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/33.html?id=639252>

19 [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086)

20 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/7/1.html?id=639835>



forutsetning er krav til at yrkesutøverne skal ha en holdning og en måte å arbeide på som sikrer brukerne medinnflytelse, og at samhandling med brukeren skal være utgangspunkt for tiltak. Ett prinsipp er at brukere som selv ikke kan fremme sine interesser skal veiledes og gjøres bevisst på egne rettigheter og mulighet for innflytelse.

Brukerorientering kan også være en grunnholdning hvor tjeneste/fagutøver stiller seg selv spørsmålet «Ville jeg ha godtatt denne handlingen for meg selv eller en av mine nærmeste?».

En fagperson kan være brukerorientert, man kan aldri inneha brukerperspektivet fullt og helt, fordi man ikke har brukererfaringen, kan noen hevde.

”Brukere av tjenester har en grunnleggende rett til sin opplevelse av en situasjon, en rett til egen erfaring, selv om det kan være reelle interessemotsetninger mellom bruker og fagperson/tjenesteutøver. En fagperson som legitimerer sine handlinger med at hun/han fra et brukerperspektiv vet hva som er brukerens behov og interesser, kan komme til å tilsløre interessemotsetningene og dermed misbruke sin maktposisjon”. (Røkenes og Hansen, 2006<sup>21</sup>)

## Brukermedvirkning:

*Det er sterke føringer fra myndighetene på at brukere skal delta i utviklingen av tjenestene. Både forskning og erfaring så langt med brukermedvirkning viser at tjenestene endres når brukerne deltar i utformingen<sup>22</sup>. Forskning viser imidlertid at tjenesterepresentanter oppgir stor variasjon i hva slags interaksjon med brukere de rapporterer som brukermedvirkning<sup>23</sup>.*

Brukermedvirkning er det meste etablerte begrepet vi har for å betegne samarbeid og samhandling.

### Hva er brukermedvirkning?

”Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller organisasjoner, som blir påvirket av en tjeneste eller tiltak, skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjenesten eller tiltaksutformingen” (Norges Handikapforbund<sup>24</sup>, FFO<sup>25</sup>, Mental Helse<sup>26</sup>, Hvite Ørn<sup>27</sup>, LPP<sup>28</sup>.)

Den som berøres av en beslutning eller er bruker av tjenester skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. Det er en demokratisk rettighet, og en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra bruker til beslutningstaker eller tjenesteyter<sup>29</sup>.

Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å kartlegge og sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, bosted og diagnose/funksjonsnedsettelse, (forarbeidene til helse- og omsorgsloven<sup>30</sup>)

21 <http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=06087886x&kid=biblio>

22 <http://www.erfaringskompetanse.no/kunnskapsbase/publikasjoner/publikasjoner-med-samarbeidspartnere/brukermedvirkning-i-kvalitetsforbedring-av-tjenester-for-personer-med-rus-og-psykiske-lidelser>

23 <http://tidsskriftet.no/article/1728961>

24 <http://www.nhf.no/>

25 <http://ffo.no/no/>

26 <http://www.mentalhelse.no/>

27 <http://hviteorn.no/>

28 <http://www.lpp.no/>

29 <http://www2.helsekompetanse.no/atutor/108/glossary>

30 [http://www.regjeringen.no/pages/14377693/1-1151B\\_B.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/14377693/1-1151B_B.pdf)

Brukermedvirkning skal ikke bare være en konsultasjonsordning hvor avgrensede problemstillinger legges frem til drøfting. Medvirkning skal være en arbeidsform hvor tjeneste-/fagutøver har en kontinuerlig samhandling med bruker i alle vesentlige spørsmål.

Brukermedvirkning er et verdistandpunkt. I argumentasjonen for å inkludere brukerne ligger tre grunnleggende premisser:

- Gjensidig respekt og anerkjennelse mellom brukere og helsepersonell
- Dialog med gjensidig utveksling av informasjon
- Beslutningsprosesser basert på felles forståelse

### **System/politisk nivå:**

Brukerorganisasjoner driver et viktig arbeid overfor medlemmer og offentligheten knyttet til velferdstiltak og helseopplysning. En brukerorganisasjon skal være en samarbeidspartner og høringsinstans ved å iverksette tilbud og sette psykiatri og psykisk helsearbeid på dagsorden<sup>31</sup>. Å involvere brukerne og gi dem mulighet til å delta i utformingen av tjenestetilbudet kan innebære å ha med brukerorganisasjonene i kommunens eller helseforetakets plan- og utviklingsarbeid.

Brukermedvirkning er modeller og metoder for iverksetting av virkemidler som skal oppfylle mål om økt innflytelse for brukere av tjenester.

For at brukermedvirkning skal bli betraktet som vellykket, kan spørsmålet om nytte og effekt bli viktig for de som er involvert i tiltakene. Den organisasjonen som skal gjennomføre tiltak for brukermedvirkning må se nytten av tiltaket. Det samme gjelder for organisasjoner man samarbeider med. Det kan da ha stor betydning at man ser at brukermedvirkning har positive konsekvenser i praksis.

For å sikre brukermedvirkning er det viktig å gi økonomisk støtte til brukerstyrte sentre og brukerorganisasjoner og at kommunen/helseforetaket etablerer modeller for samarbeid med disse om kvalitetsutvikling av tjenester.

### **Tjenestenivå:**

Brukerne skal gis mulighet til å delta i utformingen av tjenestetilbudet. Dialog og samhandling med representanter for brukerne er viktig for god utvikling av tjenestene. Pasienter/brukere kan komme med viktige innspill til helseforetakene/kommunene, dersom de får komme til orde i saker som påvirker helsetjenestene. Brukermedvirkning er en prosess der brukernes egne valg og ressurser blir tatt på alvor. Brukermedvirkning er en naturlig og integrert del av oppgavene innen tjenesteutvikling<sup>32</sup>.

Brukermedvirkning kan være at kommuner og helseforetak gjennomfører systematiske evalueringer av tjenestetilbudet sammen med brukere eller brukerrepresentanter.

31 <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>

32 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/7.html?id=639834>

## Individnivå:

Brukermedvirkning er en forutsetning for å sikre helhetlig og koordinert arbeid rundt den enkelte bruker. Riktig valg og bruk av metoder kan bidra til å ansvarliggjøre brukeren, og plassere han/henne i førerretet for egen rehabilitering. Brukermedvirkning er tett oppfølging av bruker, individuell plan og ansvarsgruppe<sup>33</sup>.

Brukermedvirkning er å anerkjenne den enkelte brukers kunnskap om seg selv, sine mål og strategier. Den nye fagkunnskapen/fagrollen anerkjenner brukernes synspunkter som en naturlig del av kunnskapsgrunnlaget. Målet i all brukermedvirkning er å styrke og øke brukerens involvering i det enkelte møtet med tjenesten. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og ikke noe tjenesteapparatet kan velge å ikke forholde seg til<sup>34</sup>. Brukermedvirkning er å finne ut hva som bidrar til brukerens livskvalitet.

Kunnskap og kompetanse utøves ofte i en relasjon. Brukermedvirkning er best i en likeverdig relasjon mellom de som skal hjelpe til med å bedre brukerens livsbetingelser og helse, og brukeren selv.

Brukermedvirkning er at brukerne deltar aktivt i egen behandling. En forutsetning for dette er at brukerne får tilgjengelig og forståelig informasjon. Brukermedvirkning er å opprettholde arbeidet rundt individuell plan og ansvarsgruppe.

Brukermedvirkning foregår i den gode samtalen, – en kontinuerlig prosess med tilbakemeldinger. Det innebærer å

- oftere spørre den enkelte bruker om hva vedkommende er opptatt av
- drøfte og forhandle om mulige veier videre for den det gjelder
- spørre den det gjelder om egen oppfattelse av årsakssammenhenger i eget liv

(Westerlund, Rustand, Bjørgen, Brørs og Hatling, 2011)

I brukermedvirkning vektlegges brukerens egne ressurser, hvordan medvirkning kan bidra til å mobiliseres, og tjeneste og fagutøvers evne til å få det til. Et faglig perspektiv skal brukermedvirkning gi mer treffsikre tiltak og mer virksomme intervensjoner. For brukerne kan brukermedvirkning være retten til å si fra seg det som fagutøver mener er nødvendig hjelp<sup>35</sup>.

## Grenser for brukermedvirkning?


Et utgangspunkt er at fagpersoner må ha dialog og respekt som en grunnholdning, og et ønske om å la brukeren slippe til med sine erfaringer og meninger. Respekt og anerkjennelse av egne erfaringer er grunnleggende for brukermedvirkning (Rise, Solbjør, Lara, Westerlund og Steinsbekk, 2011).

I psykisk helsearbeid sees ofte brukerens medvirkning og innflytelse opp mot samtykkekompetanse

33 <http://www.kommunetorget.no/Halvards-hjørne/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Brukererfaringer-i-saker-om-tvang-mot-rusmiddelavhengige/Brukermedvirkning-i-ettervern-og-oppfølging-/>

34 <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>

35 [http://www.husk-stavanger.no/rogaland/stavanger/HuskStavanger.nsf/Attachments/10D4741F8C7F1036C12576C400230AC9/\\$FILE/Doktoravhandling\\_Anne\\_G\\_Jenssen.pdf](http://www.husk-stavanger.no/rogaland/stavanger/HuskStavanger.nsf/Attachments/10D4741F8C7F1036C12576C400230AC9/$FILE/Doktoravhandling_Anne_G_Jenssen.pdf)



og beslutningskompetanse. Dilemmaet for tjeneste- og fagutøver kommer når brukere tar beslutninger om egen helse og sikkerhet som vurderes til å ikke være i brukerens interesse<sup>36</sup>. Dette settes ofte i sammenheng med at en person er for syk til å være i stand til å ta egne beslutninger. Når en bruker ikke er i stand til å uttrykke seg verbalt eller lese/motta informasjon som er nødvendig for kommunikasjon, kan det være vanskelig å innvilge/gjennomføre tiltak for brukermedvirkning.

Helsepersonell kan hevde at en utfordring er når brukeren ikke vil medvirke, selv om det legges til rette for det. I slike situasjoner er det viktig å huske at det å overlate til andre å ta beslutninger om egen helse og tilbud også er et valg.

Det kan hevdes at brukermedvirkning blir viktigere i perioder hvor man er syk. I noen tilfeller blir det overlatt til pårørende å ta de viktige beslutningene for den som er syk. Kanskje enda viktigere å være tydelig på brukermedvirkning i situasjoner med f.eks. tvangsbruk, hvor frivillighet skal ha vært prøvd<sup>37</sup>.

En annen grense for brukermedvirkning knyttes til det representative nivået, hvor man som organisasjonsrepresentant ikke har det samme innsynet i dokumenter som ligger til grunn for beslutninger som de som er tilknyttet kommunen eller helseforetaket.

Likeledes kan en brukeransatt eller ansatt med brukererfaring ikke ha de samme fullmakter i jobben som personer med autorisasjon eller som er ansatt som helsepersonell. Dette kan gjelde innsyn i journaler og andre taushetsbelagte opplysninger, som kan være nødvendig for å utføre jobben.

Om brukermedvirkning er vellykket kan måles ut fra i hvilken grad brukeren/representanten har fått gjennomslag for sine ønsker og meninger, i dialogen med tjenesten. Brukerrepresentanter kan oppleve at han ikke alltid får gjennomslag for sin organisasjon sitt syn, men i mange sammenhenger kan det å få synliggjort en uenighet være viktig i seg selv. Økonomi og andre rammebetingelser setter av og til grenser for hva som kan innvilges og gjennomføres av tiltak, både på system- og individnivå.

Trenger vi klare retningslinjer og kriterier for hva brukermedvirkning er for at tjenestene skal kunne legge til rette for god medvirkning? Bør man sette kriterier eller grenser for brukermedvirkning - når det i praksis vil være avhengig av situasjon og sammenheng hva som er gjennomførbart, er et av spørsmålene som ble stilt i prosjektarbeidet.

## Brukeransettelse:

Brukeransettelse har blitt en felles betegnelse på ansettelse av personer med brukererfaring til oppgaver i helsetjenester i kommuner og helseforetak. I Helsedirektoratets<sup>38</sup> definisjon av brukeransettelse, vektlegges at noen grunnleggende kriterier må være tilstede ved slike ansettelser. Brukererfaringen skal være en vesentlig grunn for ansattelsen og en grunnkvalifikasjon for utvelgelse av personer. Det er da selvfølgelig at kompetansen man er rekruttert på bakgrunn

---

36 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625>

37 <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>

38 <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/medarbeider-med-brukererfaring-en-ressurs/Publikasjoner/medarbeider-med-brukererfaring-en-ressurs.pdf>

av skal anvendes i arbeidet og de oppgaver som tilligger stillingen. En brukeransatt skal etter disse kravene være ansatt på bakgrunn av sin erfaringskompetanse og ikke kun i kraft av fagkompetanse (For eksempel som sykepleier).

Ved en brukeransettelse er «det at man har brukererfaring en vesentlig grunn til at blir ansatt. Egenerfaringen skal regnes som selve kvalifikasjonen for stillingen og erfaringskompetansen skal på en eller annen måte brukes i arbeidet...<sup>39</sup>»

Det brukes ulike betegnelser på personer som innehar slike stillinger, erfaringskonsulent, medarbeider med brukererfaring og brukeransatt.

En slik medarbeider er en ansatt som har, erfaring med psykisk sykdom/rusmiddelproblemer og har erfaring med hjelpeapparatet som følge av dette. I flere sammenhenger blir det pekt på at en brukeransatt ikke skal fungere som en brukerrepresentant i den organisasjonen han/hun er ansatt i.

I praksis vil mange kunne inneha en funksjon som grenser opp mot det representanter fra interesseorganisasjoner har når de blir oppnevnt til utvalg, råd og arbeidsgrupper. Et prinsipp er at en brukeransettelse ikke skal erstatte representasjon eller være et substitutt for kontakten med brukerorganisasjoner. Det kan og er ofte allikevel en kvalifikasjon for brukeransettelse at man har erfaring som representant for en interesseorganisasjon.

En brukeransettelse er en ansettelse, med de forpliktelser dette innebærer for den som er ansatt og for arbeidsgiver<sup>40</sup>. Brukeransatte er som andre ansatte, kvalifiserte folk som skal utøve en rolle og en oppgave i den organisasjonen han/hun er ansatt i. Som ved alle ansettelser vil det bli stilt et krav om kompetanse og et sett av forventninger til den funksjonen vedkommende skal utøve. Evne til å ta brukerperspektivet, ha god systemforståelse, ferdigheter i å bruke den erfaringsbaserte kunnskapen, være en god rollemodell for andre og å kunne omsette erfaring til noe som er relevant for den organisasjonen man jobber i, kan være noen av forventningene til en brukeransatt. I noen tilfeller forutsetter en slik ansettelse at man har en formell opplæring bak seg, noe MB-<sup>41</sup> (medarbeider med brukererfaring) utdanningen er et eksempel på.

## Selvhjelp:

Nasjonal plan for selvhjelp<sup>42</sup> har som mål at selvhjelpsmetodikk skal bli tilgjengelig for befolkningen. Grunnleggende definisjon av selvhjelp i denne planen er aktivt ansvar for egen situasjon, sammen med andre i samme situasjon. I planen er det pekt på at selvhjelpsaktiviteter som tilbys skal være et supplement og ikke et alternativ til hva den enkelte kan få av hjelp innenfor offentlige tjenester.

Hjelp til selvhjelp har etter hvert blitt et allment uttrykk for å betegne de aktiviteter som tar utgangspunkt i å «ta tak i egne muligheter, egne ressurser, ta ansvar og styre det selv – for å gå fra å være en passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv. (Selvhjelp Norge, 2011).

39 Artikkel "Psykisk lidelse – en kvalifikasjon" Olav Elvemo og Tore Dag Bøe, Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr 4/ 2008.

40 [http://brage.bibsys.no/hil/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_15781/1/Masteroppgave%20S%20Heim%20v%C3%A5r%202010.pdf](http://brage.bibsys.no/hil/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_15781/1/Masteroppgave%20S%20Heim%20v%C3%A5r%202010.pdf)

41 <http://mbnorge.info/om/>

42 [http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/IS-1212\\_3245a.pdf](http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/IS-1212_3245a.pdf)

I den nasjonale planen for selvhjelp defineres selvhjelp til å foregå i grupper, såkalte selvhjelpsgrupper. Andre selvhjelpsdefinisjoner<sup>43</sup> vektlegger et større spekter av aktiviteter, noen vil definere deltagelse i organisasjonsarbeid generelt som hjelp til selvhjelp. Et naturlig skille vil gå mellom selvorganiserte selvhjelpsgrupper, assistert selvhjelp og selvhjelpsrelatert arbeid.

I nasjonal plan for selvhjelp avgrenses selvhjelpsaktiviteter opp mot den rollen en tradisjonell interessegruppe har i å drive interessepolitikk, selv om også selvhjelpsgrupper vil ha et element av refleksjon rundt rollen som bruker/pasient og den hjelp man har mottatt fra helsevesen og oppfølgingstjenester. Selvhjelpsgrupper avgrenses også opp mot det man betegner som likemannsarbeid innen helsevesenet, som omfatter en hel rekke aktiviteter hvor personer i samme situasjon henter støtte og inspirasjon fra hverandre i ulike former.

Det er behov for avgrensinger av selvhjelpsgrupper opp mot andre modeller som bygger på den enkeltes erfaringskunnskap og selvhjelpsaktiviteter generelt (som eksempel Minnesotamodellen<sup>44</sup>, eller Verktøykasse for brukermedvirkning<sup>45</sup>)

En annen avgrensing knyttes til skillet mellom selvorganisert og assistert selvhjelp – hvor tradisjonen innenfor brukerorganisasjoner er at selvhjelpsgruppen blir etablert ut fra et naturlig initiativ.

---

43 [http://www.selhjelp.no/no/Tematisert/Lokalt\\_selvhjelpsarbeid/Selhjelp\\_i\\_det\\_frivillige/Selvorganisert+selvhjelp++frivillige+organisasjoner.9UFRnGZz.ips](http://www.selhjelp.no/no/Tematisert/Lokalt_selvhjelpsarbeid/Selhjelp_i_det_frivillige/Selvorganisert+selvhjelp++frivillige+organisasjoner.9UFRnGZz.ips)

44 <http://www.minnesotamodellen.se/>

45 [http://lavestemmer.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119:verktoykasse-for-brukermedvirkning&catid=44:om-oss&Itemid=160](http://lavestemmer.no/index.php?option=com_content&view=article&id=119:verktoykasse-for-brukermedvirkning&catid=44:om-oss&Itemid=160)

# Sluttord:

Arbeidet med prosjektet og dette notatet har vært omfattende. Den viktigste grunnen til dette er at det finnes en rekke kilder for definisjoner av viktige begreper for psykisk helsefeltet. Noen bevisste valg må tas, dersom et arbeid med å definere innhold i begreper skal lykkes.

Målet vårt har først og fremst vært å bringe frem aktuelle perspektiv på aktuelle begreper innen psykisk helsefeltet, slik at vi lettere kan snakke "samme språk" og forstå hverandre bedre.

Prosjektarbeidet har vært utfordrende og inspirerende, til samme tid. Utfordrende fordi begrepsdefinisjonene aktiverer nye spørsmål og utdypinger etter hvert som vi har jobbet med dem. Avgrensinger og bevisste valg har derfor vært viktig i bearbeidingen av kildene.

Det har vært inspirerende å arbeide med begreper knyttet til praksis innenfor et felt jeg har vært engasjert for i mange år. Valg av definisjoner er ofte uttrykk for hvordan vi som enkeltpersoner tillegger et begrep innhold, som et personlig uttrykk for de verdiene vi mener skal ligge til grunn for psykisk helsefeltet. Som forfatter av denne rapporten har jeg naturlig nok tatt noen verdivalg gjennom skrivingen, som kommer frem av teksten.

Gjennom prosjektarbeidet har jeg fått mange refleksjoner og innspill fra folk i NAPHA, Erfaringskompetanse og våre samarbeidspartnere som har vært gode å ha med seg. Jeg vil særlig takke Hilde Hem og Eva Svendsen i Erfaringskompetanse, for å ha gitt meg muligheten til å jobbe med dette. Trond Hatling, Lisbeth Christensen og Gretha Evensen har vært gode samarbeidspartnere i NAPHA.

En spesiell takk til de øvrige i prosjektgruppen: Dagfinn Bjørgen, Dagfinn Brørs og Berit Rustand for til tider utfordrende, men inspirerende samarbeid!

Heidi Westerlund  
Trondheim, 10. oktober 2012.

# MER ENN BARE ORD?

## Ord og begreper i psykisk helsearbeid

Hva er en bruker eller en brukerrepresentant, og hva mener vi med brukerkunnskap, brukererfaring og brukerperspektiv? Hva ligger i ordet brukeransettelse, brukermedvirkning og selvhjelp?

Denne publikasjonen forsøker å gi en forståelse bak ordene gjennom å se på definisjonene og nyansene med dyp respekt for innholdet.

Det er Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse som står bak publikasjonen i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

Vil du bestille publikasjonen, ta kontakt med:



[erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)

**Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse**

[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)  
PB 298 Sentrum, 3701 Skien  
[post@erfaringskompetanse.no](mailto:post@erfaringskompetanse.no)



NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

**Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)**

[www.napha.no](http://www.napha.no)  
NTNU Samfunnsforskning AS  
NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid  
7491 Trondheim