

Term:

Bokmål: brukermedvirkning

Nynorsk: brukarmedverknad

Forklaring

Flere definisjoner av brukermedvirkning knyttet til helsetjenesten vektlegger at brukere, inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner i planlegging, gjennomføring, evaluering og beslutningsprosesser. Disse definisjonene har gjerne både en *innholdskomponent* og en *metodekomponent*. De understreker at for å tilby kvalitativt gode tjenestetilbud er brukerkunnskap nødvendig. Brukerkunnskapen omfatter individuell kunnskap om den enkeltes brukers liv og erfaring, eller om det å være pårørende. Den kan også omfatte generalisert kunnskap knyttet til hvordan det er å leve med helseutfordringer. Definisjonenes metodekomponent handler om samspill, kommunikasjon og likestilt samarbeid mellom brukere og fagpersoner.

Sentrale referanser: SAFO (2015), FFO (2014), Humerfelt (2012), Hvinden (2012), (Rise, 2012a), Coulter & Ellins (2007), Tritter & McCallum (2006), Andreassen (2005), Haukelien, Møller, and Vike (2011); Shdir (2006), Wait and Nolte (2006), Arnstein, (1969).

Merknad

Begrepet brukermedvirkning er mangfoldig, og det eksisterer en rekke ulike definisjoner. Det er vanlig å skille mellom brukermedvirkning på tre nivåer, henholdsvis individ-, tjeneste- og systemnivå.

Brukermedvirkning på *individnivå* handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle støtte- eller behandlingstilbud. Det betyr at den enkelte skal påvirke forhold som gjelder seg selv og egne behov.

Brukermedvirkning på *tjenestenivå* innebærer at brukerrepresentanter inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner fra tjenesteapparatet. De er aktivt deltagende ved utveksling av kunnskap og erfaringer for å endre behandlingstilbud og tjenester.

Brukermedvirkning på *systemnivå* er en arbeidsform hvor brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i planlegging av tiltak og tjenester som har allmenn betydning og deltar i råd eller utvalg på styringsnivå.

Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå anvendes når lærings- og mestringstilbud skal utvikles, etableres eller forbedres. Brukermedvirkning på individnivå står sentralt når deltakere bidrar til å tilpasse tilbudet til den enkeltes ønsker og behov.

Inndelingen illustrerer at ulike virkemidler kan tas i bruk for å fremme medvirkning.

Begrepsbruken varierer, noe som kan skape uklarhet. For eksempel velger noen å kalle tjenestenivået for virksomhets- eller systemnivå, og systemnivået for det politiske nivået (NOU, 2001:22; Shdir, 04/2006).

NK LMHs definisjon av brukermedvirkning innebærer at for å tilby kvalitativt gode lærings- og mestringstilbud, er brukerkunnskap nødvendig. For å gi brukere reell innflytelse på tilbudenes form og innhold, kreves *medvirkning* i prosesser og beslutninger og *likeverd* i relasjonen mellom brukere og fagpersoner. Det kan bidra til å utjevne maktassymmetrien i samarbeidet mellom brukere og fagpersoner (Hvinden, 2012, Strøm & Fagermoen, 2012, Tritter, 2011, Tritter & McCallum, 2006).

Utdypning

En tidlig begrunnelse for brukermedvirkning er knyttet til demokratiske verdier, og omhandler retten til medvirkning og til å kunne utøve innflytelse over eget liv (Andreassen, 2005, Arnstein, 1969). Begrepet stammer fra USA, fra borgerrettighetsbevegelsenes arbeid og demokratiseringsprosessene som fant sted der i 1960-årene (Rise, 2012b). Borgerrettighetsbevegelsene argumenterte for like demokratiske rettigheter for ulike grupper av borgere, økt autonomi og en rett til medvirkning i saker som gjaldt eget liv (Humerfelt, 2012). I Norge ble brukermedvirkning for alvor satt på agendaen på 1970-tallet. Det var en tid preget av kritikk av velferdsstaten og kamp for å styrke sosiale rettigheter (Henriksen & Vetlesen, 2000). Et tidlig eksempel på en slik begrunnelse av brukermedvirkning i helsevesenet finnes i Stortingsmelding nr. 23 *Funksjonshemmede i samfunnet* fra 1977, om politikk for funksjonshemmede.

Senere ble argumentasjonen for brukermedvirkning ofte satt som en forutsetning for å kunne utvikle effektive og produktive organisasjoner. Begrunnelsen ble i større grad knyttet til moderniseringen og brukerrettingen av offentlige tjenester og til effektivisering og kvalitetssikring av disse. Et typisk eksempel som baserer seg på en slik forståelse av brukermedvirkning i helsetjenesten er brukerundersøkelser for kvalitetsforbedring. Denne omtales som en instrumentell begrunnelse, eller som et nytteargument (Andreassen, 2005). Det betyr at brukermedvirkning ses på som et virkemiddel for å oppnå noe annet, for eksempel økonomiske gevinster, brukertilpasning og mer effektive tjenester.

Begge begrunnelsene for brukermedvirkning gjenspeiles i norske offentlige utredninger, forskrifter, lovverk og styringsdokumenter. Et eksempel på dette er helseforetaksloven. I Lov om helseforetak § 35 heter det at regionale helseforetak "skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt" og i tillegg skal etablere "systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter" ("Lov om helseforetak", 2001). En tidlig offentlig utredning om brukermedvirkning er *Pasienten først* (1997). Denne ble blant annet etterfulgt av Lov om pasient- og brukerreteigheter (1999) hvor kapittel 3 handler om rett til medvirkning. Samtidig kom Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) hvor § 3-8 stadfester pasienter og pårørendes

rett opplæring, og Helsepersonelloven (1999) som er ment å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) erstattet kommunehelsetjenesteloven og deler av sosialtjenesteloven, og pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, og ansvaret er i loven regulert som et overordnet "sørge for-ansvar". Samtlige lover legger føringer for medvirkning fra pasienter og pårørende innen helsetjenesten. For øvrig sier lovene lite om omfanget og innholdet i brukermedvirkningen.

Brukermedvirkning slik NK LMH ser det

NK LMH forstår brukermedvirkning både som en *verdi* og en *strategi* for helse-, omsorgs- og sosialtjenesten (Andreassen, 2005; Wait & Nolte, 2006).

Brukermedvirkning som verdi bygger på en demokratisk begrunnet rett til å medvirke i prosesser som angår en selv. I tillegg bygger det på verdiene selvbestemmelse, likeverd og respekt for personlig integritet (Willumsen, 2005). Brukermedvirkning har også en egenverdi fordi mennesker som søker støtte kan få mulighet til å styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (Humerfelt, 2012).

Brukermedvirkning er i midlertid også en strategi eller et virkemiddel, med flere formål. Det å styrke den enkeltes innsyn og innflytelse og slik redusere maktasymmetrien mellom bruker og fagperson, er ett formål. Dette er ofte kalt maktutjevningsargumentet (Dahlberg & Vedung, 2001; Haukelien et al., 2011). I forbindelse med etablering av lærings- og mestringstilbud, må fagpersoner være villige til å oppgi sin suverene posisjon og forholde seg til brukere som vesentlige medspillere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbud. Fagpersoner må gå fra det å være "eksperter" til å bli samarbeidspartnere. Fagkunnskapen anvendes på brukernes premisser og ut fra brukernes behov. Reell brukermedvirkning forutsetter en endring både i fagutøveren og bruker- eller pasientrollen (Grabowski, Brun Jensen, Willaing, Zoffmann, & Schiøtz, 2010).

Brukermedvirkning er også en strategi for å øke en organisasjons måloppfyllelse og virkningsgrad, også kalt effektiviseringsargumentet (Dahlberg & Vedung, 2001; Haukelien et al., 2011). NK LMH mener at det å ta hensyn til brukernes kunnskaper, interesser og behov vil bidra til å utvikle en tjeneste som har høy kvalitet. Videre er brukermedvirkning nødvendig for å tilpasse tjenestene til brukernes ønsker og behov, også kalt servicetilpasningsargumentet (Humerfelt, 2012).

Tilgrensende begrep

Andre begrep som grenser opp mot, uten å likestilles, brukermedvirkningsbegrepet er *brukerretting*, *brukerstyring* og det som på norsk kalles *samvalg* (på engelsk: shared decision making).

Brukerretting omtales ofte som det å tilpasse et tjenestetilbud til brukernes interesser,

men sier sjelden noe om hvem som skal definere behovene og hvordan tilpasningen skal foregå (Haukelien et al., 2011).

Brukerstyring handler gjerne om at brukere har reell styringsmulighet, primært relatert til system- eller tjenestenivå, og ligner slik sett brukermedvirkningsbegrepet. Brukerstyring innebærer imidlertid ikke alltid reell innflytelse og styringsmulighet (Haukelien et al., 2011).

Samvalg omhandler brukerinvolvering i lege-pasient forholdet når det gjelder beslutningsprosesser (Kunnskapssenteret, 2014). På engelsk omtales det som 'shared decision making' og blir gjerne definert som "*an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences*" (Elwyn et al., 2010). Det er få retningslinjer tilgjengelig som beskriver hvordan utøve samvalg i klinisk praksis. En annen tilnærming til brukerinvolvering, som i større grad beskriver en praktisk gjennomføring av dette, er metoden guidet egen-beslutning (GEB) (Zoffman, 2005).

Skrevet av

*Ann Britt Sandvin Olsson, spesialrådgiver ved NK LMH
og André Vågan, seniorforsker ved NK LMH*

Referanser

- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *J Am Inst Plann.* 1969;35(4):216-24.
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ.* 2007;335(7609):24-7.
- Dahlberg, M. & Vedung, E. (2001). *Demokrati och brukarutvärdering*: Studentlitteratur AB.
- Elwyn, G., Coulter, A., Laitner, S., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ.* 2010;341:c5146. doi: 10.1136/bmj.c5146.
- FFO. (2014). *Pasient og bruker i sentrum: Pasientens helsetjeneste. Politisk notat nr. 2/14*. Oslo: FFO.
- Grabowski, D., Brun Jensen, B., Willaing, I., Zoffmann, V. & Schiøtz, M. (2010). Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbasert gjennomgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. *Steno Center for sundhedsfremme*.
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. *TF-rapport 284/2011. Bø: Telemarksforskning*.
- Henriksen, J. & Vetlesen, A. (2000). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal.
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan - anerkjennelse og krenkelse*. Norsk teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.
- Hvinden, K. (2012). Etablering av lærings- og mestringssentra - Historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. In A. Lerdal & M. Fagermoen (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. 2. opplag.* (pp. 48-62). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapscenteret. (2014). Pasienten vil ha et ord med i laget. <http://www.kunnskapscenteret.no/nyheter/pasient-vil-ha-et-ord-med-i-laget>.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2012). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om helseforetak (2001). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- NOU (1997:2) Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU. (2001:22). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>
- Rise, M. (2012a). *Lifting the veil from user participation in clinical work – What is it and does it work?* (PhD), Norwegian University of Science and Technol, Trondheim.
- Rise, M. (2012b). Mer brukermedvirkning? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 132(16), 1882-1884.
- SAFO. (2015). Brukermedvirkning. <http://www.safo.no/brukermedvirkning>.
- Shdir. (04/2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*.
- Shdir. (2006). *Brukermedvirning – psykisk helsefeltet. Mål,*

anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse, Rapport IS-1315.

Strøm, A. & Fagermoen, M. (2012). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse - brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. In A. Lerdal & M. Fagermoen (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (pp. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tritter, J.Q. (2011). Public and patient participation in health care and health policy in the United Kingdom. *Health Expect.* 2011;14(2):220-3.

Tritter, J.Q. & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy.* 2006;76(2):156-68.

Wait, S. & Nolte, E. (2006). Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis. *Health Econ Policy Law*, 1, 149-162.

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget.

Zoffman, V. (2005). *Guidet Egen-Beslutning. Sundhedsstyrelsen. Danmark.*