



Strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge

OVERORDNET STRATEGI

Vedtatt
av styret for
Helse Midt-Norge RHF

03.05.07

Strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge.....	2
Innledning	2
Del 1 Brukermedvirkning	2
1.1 Begreper	2
1.2 Nasjonale føringer	3
1.3 Bakgrunn	4
1.3.1 Helseforetaksreformen – også en brukermedvirkningsreform.....	5
1.3.2 Erfaringer med resultat av brukermedvirkning	5
Del 2 Brukermedvirkning på ulike nivå	8
2.1 Brukermedvirkning på individnivå – brukermedvirkning i behandlingsforløpet	8
2.1.1 Møte mellom bruker og tjenesteyter	8
2.1.2 Informasjon, kommunikasjon og medvirkning	8
2.1.3 Opplæring av pasienter og pårørende.....	9
2.2 Brukermedvirkning på systemnivå.....	9
2.3 Tjenesteyterne og ledelse	10
Del 3 Mål og strategiske tiltak	11
Forskning og metodeutvikling	11
Styringsinformasjon	12
Kompetansebygging – brukere og helsepersonell.....	12
Informasjon og opplæring til brukere.....	12
Dialog og nettverksarbeid	12
Økonomi	12

Strategi for brukervedvirkning i Helse Midt-Norge

Innledning

Visjonen *På lag med deg for din helse* viser at brukervedvirkning er en verdi for Helse Midt-Norge. I overordnet strategi for Helse Midt-Norge framheves brukernes medvirkning under hovedmålet pasientbehandling og opplæring:

Brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene.

Helse Midt-Norge vil med dette dokumentet styrke arbeidet med å inkludere brukernes rettigheter, interesser og medvirkning i spesialisthelsetjenesten. Brukeren opplever hele behandlingsforløpet og kan dermed gi informasjon om hva som oppleves som god kvalitet og hva som bør forbedres på ulike områder. Troen på at de beste løsninger skapes gjennom en interaksjon mellom brukere og fagmiljø preger strategien for brukervedvirkning.

Strategi for brukervedvirkning bygger på erfaringene som er gjort i samarbeidet mellom helseforetak, brukerutvalg og brukerorganisasjoner. Den legger til grunn lover, vedtekter, strategier og de årlige styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet. Videre bygger den på ”Brukervedvirkning i helsetjenesten” (Tone Alm Andreassen 2005) og ”Brukervedvirkning – psykisk helsefeltet” (Sosial- og helsedirektoratet 04/2006).

Strategien er utviklet av Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med ansatte i helseforetakene og brukerutvalgene i regionen. Brukerorganisasjonene har deltatt i høring av strategien.

I første del av dokumentet presenteres sentrale begreper og nasjonale føringer. Deretter følger informasjon om brukerutvalg i Helse Midt-Norge og noen hovedtrekk fra erfaringer med brukervedvirkning. I del to beskrives brukervedvirkning på individ- og systemnivå. Del tre presenterer mål og strategiske tiltak for å fremme brukervedvirkningen i Helse Midt-Norge.

Del 1 Brukervedvirkning

1.1 Begreper

I denne strategien er *bruker* en person som har behov for eller benytter helsetjenester. Slik vi anvender begrepet, omfatter bruker både pasient og pårørende (inkl. verge/hjelpeverge). I dokumentet benyttes brukerbegrepet også i situasjoner der det ikke omfatter pårørende.

En *brukerrepresentant* er en person som har egen erfaring som pasient og/eller pårørende, som har kunnskap om andre brukeres erfaringer og ønsker slik at han eller hun kan opptre på vegne av flere og representere en større gruppe.

Begrepet *brukerperspektiv* dreier seg om ulike grader av brukerinvolvering. *Brukerstyring* innebærer at brukerne styrer tjenesten eller tiltaket. *Brukervedvirkning* benyttes om mange ulike metoder som skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer og lar brukerens perspektiver prege utformingen av hjelpen. Brukervedvirkning, enten det er på system- eller individnivå, betyr at brukeren utformer tilbudet sammen med fagfolk.

Den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse og påvirke sitt eget hjelpe- eller behandlingstilbud kalles *brukervedvirkning på individnivå*. *Brukervedvirkning på*

systemnivå innebærer at brukere av offentlige tjenester, hjelpeapparatet eller helsetjenesten påvirker ikke bare sin egen sak, men påvirker utformingen av tilbudene generelt.

1.2 Nasjonale føringer

Brukermedvirkning er et helsepolitisk satsningsområde. Pasientene skal ha kunnskap om tjenestene, og de skal medvirke og påvirke ved valg av behandlingsform. Det legges vekt på at pasienter og pårørendes rettigheter ivaretas (St.prp. nr 1 2006-2007).

Brukermedvirkning er lovpålagt¹ og ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke, og skal være sporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøvers plikter ivaretas.

Nedenfor refereres lover og strategier som har en spesiell betydning for brukermedvirkning. Alle overordnede føringer og lover som regulerer området vil ikke bli gjengitt.

Lov om pasientrettigheter

Loven trådte i kraft i 2001. Den gjelder hele helsetjenesten og formålet er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasientene rettigheter overfor helsetjenesten. Loven skal blant annet ivareta pasientene i møtet med helsetjenesten med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd.

Det finnes motsvarende plikter i andre helselover.

Pasientrettighetsloven omfatter blant annet:

§ 2-5 Rett til individuell plan

§ 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 betingelse for pasientens mulighet til medvirkning.

§ 3-3 Omhandler pårørendes rett til informasjon.

Helseforetakslovens § 35 omhandler brukemedvirkning:

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og synspunkter.

Vedtekter Helse Midt-Norge RHF

Medvirkning fra pasienter og pårørende er omtalt i § 14:

Styret skal påse at pasienter og pårørendes rettigheter og interesser blir ivarett, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene. Styret skal påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og

¹ Helseforetaksloven, Pasientrettighetsloven, Psykisk helsevernloven og Spesialisthelsetjenesteloven.

synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene [...]

Internkontrollforskriften

Internkontroll innebærer systematiske tiltak som skal sikre at virksomheters aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Den ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten.

Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF 2007

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om at ”Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse”:

Informasjon og innflytelse fra pasienter og pårørende er viktig for kvaliteten i behandlingen, og har en egenverdi for pasienter og pårørende. Videre er det viktig at tjenestene har et formalisert samarbeid med brukerne. Nødvendig pasientinformasjon må derfor være tilgjengelig for pasienter/pårørende[...]

Videre kreves det at pasientene skal informeres om forebyggingstiltak i primærhelsetjenesten og fylkeskommunene og at helsepersonell har kompetanse om språk og kultur for å ivareta den samiske befolkningens og innvandrergruppenes behov for helsetjenester.

Nasjonal helseplan 2007-2010

Det er et mål at helsetjenestene skal være rettferdige og likeverdig fordelt. Nasjonal helseplan framhever at brukerne skal ha kunnskap om tjenestene og at de skal medvirke og påvirke. Pårørende er viktige støttespillere, kunnskap fra erfarne brukere skal komme andre pasienter til gode og brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helsetjenestene skal videreutvikles. Helseforetakenes brukerutvalg skal være fundament for samarbeid i helseplanperioden.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

Strategien viser til at brukerinvolvering og brukerinnsflytelse er en avgjørende del i kvalitetsprosessen.

1.3 Bakgrunn

I Norge har vi en tradisjon for at frivillige eller interesseorganisasjoner representerer ulike samfunnsgrupper. Mange av organisasjonene har en lang erfaring i å være talerør for mennesker som benytter helsetjenester, de har etablert læremateriell, tilbud til ulike brukergrupper og de har en politisk rolle knyttet til formidle brukergruppens erfaringer og meninger til det politiske beslutningssystemet.

Brukermedvirkning skjer på alle nivåer; fra politikkutforming, tjenesteorganisering (systemnivå) til medvirkning fra den enkelte bruker i utforming av eget helsetjenestetilbud (individnivå). Strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge dreier seg om system- og individnivå der arbeidet på systemnivået skal være et virkemiddel for å utvikle gode helsetjenester i møtet med pasienter og pårørende.

En undersøkelse av brukermedvirkning i norsk helsetjeneste viste at brukerundersøkelser var den mest alminnelige medvirkningsformen i 1993, men brukerne hadde i praksis mest innflytelse på trivselstiltak og liten innflytelse på hvordan helsetjenesten utformet behandlingstilbudene (Alm Andreassen og Grut 1994).

1.3.1 Helseforetaksreformen – også en brukermedvirkningsreform

Pasientene har fått større makt ved styrking av pasientrettighetene. Med helseforetaksreformen fikk brukermedvirkningen en større plass i utforming av spesialisthelsetjenester. Brukerutvalg ble opprettet i alle regioner og helseforetak som styrets rådgivende organ - ikke som representanter for det regionale helseforetaket, helseforetak eller den enkelte brukerorganisasjon.

Brukerutvalgene har fra 2002 hatt medlemmer med bakgrunn fra bruker- og interesseorganisasjoner. Medlemmene er hentet fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO), Den Norske Kreftforeningen (DNK) og Eldreråd i regionen. Noen brukerutvalg har medlemmer fra Landsforeningen mot stoffmisbruk og innvandrerorganisasjoner. Organisasjoner anbefaler medlemmer til brukerutvalgene, men styret for det regionale eller helseforetaket foretar selve oppnevningen. Funksjonstiden for brukerutvalgene i Helse Midt-Norge er 2 år.

Brukerutvalgene har vært fundamentet for brukermedvirkning på systemnivå i helseregionene. I Helse Midt-Norge har relasjonen mellom styrene og brukerutvalg utviklet seg fra oppstarten i 2002. I styresak 60/06 "Helse Midt-Norge RHF - relasjonen mellom Regionalt brukerutvalg og styret" ble det gjort vedtak som ga regionalt brukerutvalg møte- og talerett i styremøter. Det ble også vedtatt at regionalt brukerutvalg møter styret to ganger per år i "Brukerutvalgets time" for å drøfte saker og tema som brukerne er opptatt av. Denne praksisen ble vedtatt videreført i helseforetakene i regionen.

I noen styrer har styremedlemmer bakgrunn fra brukerorganisasjonene. Dette kan ses som en form for brukerdeltakelse i det regionale eller helseforetakets styre, men styremedlemmene har ansvar overfor eieren på lik linje med øvrige styremedlemmer og skal ikke være partsrepresentanter for brukerne.

1.3.2 Erfaringer med resultat av brukermedvirkning

Helseforetakene har ulike former for innhenting av brukererfaringer. Foruten fra råd fra brukerutvalg, medvirker brukerrepresentanter inn i referanse-, prosjekt og arbeidsgrupper ved for eksempel utvikling av tilbud innen psykisk helsevern, rehabilitering eller utbyggingsprosjekter. Som hovedregel er det brukerutvalget ved helseforetaket som forslår brukerrepresentanter. Noen ganger hentes disse fra brukerutvalgets egne medlemmer, andre ganger etter forslag fra brukerorganisasjonene. Både brukere og ansatte vurderer dette som en viktig medvirkningsform forutsatt at brukerne kommer tidlig inn i arbeidet.

Videre får brukerutvalg og organisasjoner forslag som berører spesialisthelsetjenesten til høring. Brukerne har gitt tilbakemelding om at det må gis tilstrekkelig tid slik at enkelte brukerrepresentant eller brukerutvalget får drøftet problemstillinger med organisasjoner eller andre med kompetanse på området.

Medlemmer i brukerutvalgene har signalisert noen forutsetninger for sitt arbeid:

Brukerutvalget skal være initiativtaker, medvirke underveis i prosesser og ikke bare være en høringsinstans.

Brukerutvalget skal være et frittstående forum som ikke blir kontrollert av helseforetaket eller brukerorganisasjoner.

Brukerutvalget skal blant annet behandle strategiske saker.

Helseforetakene har i noen tilfeller opprettet egne brukergrupper for spesielle områder, f. eks. innen kreftbehandling. Brukerrepresentasjon er også vanlig i kvalitetsutvalg i helseforetak. Lærings- og mestringssentrene har vært en pådriver for likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i planlegging, gjennomføring og forbedring av kvaliteten i opplæringstilbud til pasienter og pårørende i helseforetakene.

Siden 2003 har det vært gjennomført regionale brukerutvalgskonferanser der brukere og Helse Midt-Norge setter ulike sider av virksomheten på dagsorden.

Gjennom tilbakemeldinger, blant annet fra regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF, har det kommet fram at brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn er lavt representert blant medlemmene i brukerorganisasjonene. Et nærmere samarbeid mellom disse gruppene kan bidra til å sikre brukermedvirkning uavhengig av språklig og kulturell bakgrunn.

Det gjennomføres brukerundersøkelser i helseforetak, regionalt og nasjonalt. Slike spørreundersøkelser går direkte til mennesker som har vært pasienter i helseforetakene og innebærer en annen type medvirkning enn den som går via brukernes organisasjoner. Den nasjonale pasienterfaringsundersøkelsen PasOpp, gir informasjon om erfaringene til de som har benyttet spesialisthelsetjenester. Resultatene er et viktig bidrag til forbedringsarbeid i helseforetak og avdelinger. Brukerne har imidlertid i varierende grad vært involvert i utforming av undersøkelsene.

Brukerorganisasjonene tar også initiativ til brukererfaringsundersøkelser. ”Bruker spør bruker” (Mental Helse) er et eksempel på en metode som benyttes i kvalitetsforbedringsarbeid.

Videre finnes det brukerstyrte sentre og eksempler på ansettelse av brukere i avdelinger i helseforetak der det er lagt vekt på at vedkommende har kunnskap gjennom sin erfaring som bruker.

Eksempelene ovenfor viser at brukermedvirkning kan utføres på mange måter, med ulike mål, metoder og resultat.

Forskning

Forsknings- og utviklingsarbeid kan bidra med kunnskap for å utvikle informasjonstiltak, metoder og modeller for brukermedvirkning i helsetjenesten. En systematisk oversiktsartikkel som er gjort i av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) fant at det er gjort veldig lite forskning på hvordan man best involverer brukere i helsetjenesten, spesielt på systemnivå.

Helse Midt-Norge gjennomfører i 2007 en forskningsbasert kartlegging og beskrivelse av erfaringer av brukermedvirkning ved et utvalg avdelinger i Helse Midt-Norge. På lengre sikt kan kartleggingen benyttes som grunnlag for videre arbeid med evaluering av effekt og implementering av brukermedvirkningstiltak. For å støtte forskningsarbeid er det også etablert et forskernettverk for pasient- og pårørendeopplæring og brukermedvirkning i regionen.

Norges forskningsråd har gjennomført ”Resultatevaluering av sykehusreformen” (2007): Helseforetaksreformen var ikke bare en forvaltningsreform, den var også en brukermedvirkningsreform som bestemte at helseforetakene skulle ha brukermedvirkning i sin

arbeidsform. Evalueringen viser at et viktig resultat av helseforetaksreformen er etablering av organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens brukere kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iversettelse. Det finnes nå aktører i helsetjenesten som argumenterer for betydningen av å lytte til brukerne og at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver.

Det kommer fram av evalueringen at brukermedvirkning fungerer best på regionalt nivå. Det står igjen noe i lokale helseforetak for å legge til rette for at brukerutvalg får formidlet brukernes erfaringer og synspunkter eller blir trukket med i beslutningsprosesser. Videre framheves *hvordan den kliniske virksomheten kan nyttiggjøre seg brukerutvalget og brukernes innspill* som et viktig arbeidsområde. På landsbasis har omtrent en tredjedel av de private institusjonene ingen brukerinvolvering.

Både brukerutvalg, administrative ledere og styreledere mener at brukerutvalgets arbeid har ført til oppmerksomhet om brukerens rolle i utforming av helsetjenesten, mens de konkrete resultater - forbedringene for tjenester til mennesker med langvarige sykdommer og plager - har hatt svakere resultater. Likevel har brukerutvalgene bidratt til å styrke vekten på tjenester til mennesker med langvarige og sammensatte problemstillinger. Evalueringen sier at brukerutvalg gjennom dette kan bli en faktor som bidrar til helsepolitisk omfordeling.

Del 2 Brukermedvirkning på ulike nivå

Brukermedvirkning har en 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, hørt og respektert. Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, kan det styrke brukerens motivasjon og bidra positivt i bedringsprosessen.

Brukerne har erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. Dette vil i mange tilfelle være et viktig supplement til fagfolk og administrasjon. Kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver, men betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

2.1 Brukermedvirkning på individnivå – brukermidvirkning i behandlingsforløpet

I følge Pasientrettighetsloven har brukerne rett til å delta aktivt i egen behandling og har 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 (Pasrl. § 3-1²).

Brukermedvirkning på individnivå innebærer selvstendighet, myndighet og kontroll over eget liv. Brukerne eller den som ivaretar hans eller hennes interesser, skal tilbys medvirkning både i planlegging og gjennomføring av helsetjenestene.

2.1.1 Møte mellom bruker og tjenesteyter

Det er viktig å skape et godt personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, hvor bruker opplever trygghet, forståelse og likeverd. Tilbakemelding fra brukere fremhever at det er viktig at helsepersonell er imøtekommende, setter av tid, lytter og benytter et vanlig og forståelig språk. Gjensidig tillit mellom bruker og helsepersonell, med fokus på dialog og respekt for hverandre, er et verktøy for brukermidvirkning og for å komme fram til gode behandlingsvalg.

Individuell plan, brukerens plan, er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermidvirkning og skal bidra til at pasienten får et forutsigbart, koordinert og individuelt tilpasset tilbud³.

2.1.2 Informasjon, kommunikasjon og medvirkning

Brukeren har en lovfestet rett til informasjon for å ivareta sine rettigheter, få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre har brukeren rett til medvirkning tilpasset hans/hennes evner og ønsker om å medvirke. Informasjonen må være slik at brukeren har et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse og tilpasses brukerens forutsetninger som alder, sykkelighet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Det å være syk eller i personlig krise kan påvirke evnen til å motta og bearbeide informasjonen. Det er en utfordring å etablere gode rutiner for informasjonsflyt som sikrer at informasjonen blir forstått.

Det kan kreve ekstra tiltak (f. eks. tolketjeneste) for at brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn og brukere med redusert sanse- og talefunksjon blir forstått og at den informasjon som blir gitt, forstås av både brukeren eller andre nære personer.

² Også pårørende har under visse forutsetninger rett til å medvirke, jf. pasrl. § 3-1 annet ledd. Dette forutsetter at brukeren har samtykket til det, eller at vedkommende ikke har samtykkekompetanse, jf. § 4-3.

³ Jf. rett til/ansvar for å utarbeide individuell plan i Pasientrettighetsloven, Sosialtjenesteloven, Kommunehelseteloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven.

Når en i familien blir syk, rammes hele familien. I familier med barn er det også viktig at barna blir informert og tatt godt vare på. Barn og unge har rett til informasjon og setter krav til pedagogisk formidlingsmåte for å skape nødvendig trygghet. Barn og unge brukeres erfaringer og synspunkter må også stå sentralt i utvikling og gjennomføring av helsetjenester.

2.1.3 Opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Opplæring har som målsetting å styrke brukerens ressurser slik at han/hun kan ta egne valg, motta hjelp på egne premisser og mestre sykdommen eller redusere plager som sykdommen fører med seg⁴.

Helseforetakene skal tilby opplæringstilbud for mennesker med somatiske sykdom, psykiske lidelser eller rusmiddelmissbruk. Avdelinger, i samarbeid med lærings- og mestringssentra og brukere, tilbyr informasjon og systematisk opplæring til personer som har ulike typer sykdom og lidelser. Opplæring av pasienter og pårørende krever helsepedagogisk kompetanse, dvs. bruk av pedagogiske virkemidler som fremmer læring, mestring og helse.

Mennesker med lang sykdomserfaring kan være viktige bidragsytere for personer med oppstått sykdom. Brukerorganisasjonene har satt dette i system gjennom *likemannsarbeid* - erfaringsutveksling og råd mellom mennesker i tilnærmet samme situasjon. Oftest gjennomføres likemannsarbeidet i situasjoner der person med oppstått sykdom møter en bruker med lang sykdomserfaring. På dette området er det viktig at spesialisthelsetjenesten samarbeider med organisasjonene og gir informasjon til brukerne om virksomheten i relevante bruker- og interesseorganisasjoner.

2.2 Brukermedvirkning på systemnivå

Det å gi brukere innflytelse i spesialhelsetjenesten innebærer å ta utgangspunkt i pasientenes opplevde kvalitet på behandlingstilbud. Fagpersonenes og brukergruppenes ulike kompetanse utfyller hverandre og sammen skal dette føre fram til tiltak som fører til forbedringer og ivaretagelse av brukernes interesser på en best mulig måte. Samarbeidet skal bidra til utvikling og kvalitetssikring av tjenestene.

På systemnivå vil brukermedvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med helsetjenesten og deltar aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser. Når brukerrepresentanter velges inn i ulike utvalg og råd, bidrar de med sin kunnskap til fagfolk, administrasjon og styrer.

Brukerutvalg/-grupper er aktuelt på ulike nivå; tjenestested (avdeling)/ tjenesteområde (rus/psykisk helsevern/somatikk)/virksomhet (helseforetak). System for innhenting av brukererfaringer, brukerundersøkelser m.m., er også brukermedvirkning på systemnivå.

Brukerrepresentantene skal medvirke på egne premisser, ikke på ansatte eller helseforetakets premisser. Det vektlegges at brukerrepresentanten har egen brukererfaring og en generell kunnskap om andre brukeres erfaringer og ønsker slik at han/hun kan representere mange.

⁴ Jf. "Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007" og "Helse Midt-Norge 2010. Handlingsprogram for 2006-2010".

Brukerorganisasjonene gir opplæring til brukerrepresentanter og grunnlag for arbeidet som skal gjøres.

I tillegg til fokus på brukernes interesser og brukerfaringer, er det ofte nyttig at brukerrepresentanten kjenner til spesialisthelsetjenestens virksomhet. Det er helseforetakets oppgave å tilby informasjon om i det enkelte helseforetaks virksomhet, arbeidsmåter og særpreg. Møteplasser og nettverk for brukerrepresentanter fra ulike helseforetak/virksomheter er vesentlig for kompetanseutviklingen. Kontakten mellom brukergruppene bør være regelmessig og god for å støtte opp under valgte mål og strategier.

2.3 Tjenesteyterne og ledelse

For at brukermedvirkning skal bli en naturlig del av spesialisthelsetjenestens virksomhet, må tjenesten finne arbeidsformer, anerkjenne brukermedvirkning som metode og sette den i system i helseforetak og avdelinger.

Skal brukermedvirkningen være reell og av god kvalitet, må helsepersonell og ledelse ha kunnskaper om brukernes rettigheter og brukermedvirkning og tilegne seg gode ferdigheter. Kompetanseutvikling hos helsepersonell bør skje i nær kontakt med brukerne, hvor blant annet brukerne er ressurspersoner for fagfolk. For å styrke samhandlingen mellom nivåene kan kompetanseutviklingen med fordel skje i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Organisering av brukermedvirkning gjøres forskjellig ut fra hvilket område og beslutningsnivå det skal medvirkes på. Det er en utfordring for ledelsen å innarbeide og inkludere brukermedvirkning som metode og virkemiddel tidlig i planleggings- og beslutningsprosesser.

Del 3 Mål og strategiske tiltak

Strategien bygger på brukernes lovfestede rettigheter. Den skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten utformes i samarbeid med brukerne og at helsetjenestene nyttiggjør seg resultater av brukermedvirkningen.

Målet er at brukeren skal ha innsikt i sin helsetilstand, innholdet i behandlingstilbudet og innflytelse på selve behandlingen (individnivå), og at brukermedvirkning skal bidra til god kvalitet på tjenestene (systemnivå).

Mål: Styrke brukermedvirkning på individnivå

- Brukere får tilstrekkelig og god informasjon i behandlingsforløpet (inkl. forberedelser og oppfølging etter spesialisthelsetjenester).
- Brukere har innflytelse på egen behandling.
- Brukere har tillit til egen behandler og opplever å bli møtt med respekt.
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har individuell plan.
- Brukere har tilbud om opplæring og bistand til mestring, selvhjelp og videreføring av tilbud i primærhelsetjenesten.

Mål: Styrke brukermedvirkning på systemnivå

Tilrettelegge for at brukermedvirkning bidrar til bedre kvalitet gjennom:

- Styrking av brukerutvalg slik at brukerne selv kan velge og prioritere oppgaver.
- Systematisk tilbakeføring av brukererfaringer for å utvikle og kvalitetssikre helsetjenestene.
- Ledere og ansatte har kunnskap om brukermedvirkning.
- Gode arbeidsformer mellom brukerutvalg og brukerorganisasjoner.
- God kommunikasjon mellom brukerutvalg og befolkningen i regionen.
- Brukermedvirkning i spesialisthelsetjenestens internkontrollsystem.
- Arbeide for at brukermedvirkning inngår i utdanning og opplæring av fagpersoner i helsetjenesten.

Virkemidler og tiltak

På bakgrunn av strategien skal det utformes et regionalt handlingsprogram med konkrete tiltak og kostnadsoversikt.

Innen 2011 skal strategien gjennomgås og eventuelt revideres.

Forskning og metodeutvikling

Helse Midt-Norge skal:

- Stimulere og støtte forskning på brukermedvirkning.
- Utvikle arbeidsformer slik at brukerne kan delta i vurdering av kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet.
- Utvikle metoder og arbeidsformer for innsamling av brukererfaringer og benytte disse som ledd i kvalitetsforbedringsarbeid (i helseforetaket, avdeling og i samhandlingen mellom tjenestenivå).
- Utvikle arbeidsformer som synliggjør brukernes interesser og rettigheter i utviklingsarbeid og konsekvenser for brukerne i omstillingsprosesser.

Styringsinformasjon

Helse Midt-Norge skal:

- Legge til rette for at brukerne deltar i utvikling av kvalitetsindikatorer.
- Rapportere på brukermedvirkning gjennom styringssystem og Årlig melding.

Kompetansebygging – brukere og helsepersonell

Helse Midt-Norge skal:

- Etablere opplæringstilbud til brukerrepresentanter.
- Støtte opp om og delta i aktiviteter som er initiert av brukerorganisasjonene.
- Legge til rette for at ansatte har kunnskap om brukermedvirkning og brukernes rettigheter.
- Bidra, i samarbeid med brukerne, til at profesjonsutdanningene vektlegger og benytter brukernes erfaringer i yrkesutdanningen og at brukerorganisasjonene deltar i undervisningen.

Informasjon og opplæring til brukere

Helseforetakene skal videreutvikle:

- Infomateriell og tiltak om sykdom, behandling og pasientrettigheter til pasienter og pårørende; herunder barn og voksne og brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn.
- Lærings- og mestringkurs til pasienter og pårørende som har behov for dette.
- Internettbaserte tjenester for informasjon, opplæring og brukernes rettigheter.

Dialog og nettverksarbeid

- Brukerutvalg, i samarbeid med helseforetakene, skal identifisere områder for brukermedvirkning og involvere brukerne tidligst mulig i de utvalgte arbeidsprosessene.
- Helse Midt-Norge skal støtte opp under kontakt mellom brukerutvalg, brukerorganisasjoner og befolkningen i regionen.
- Helse Midt-Norge skal etablere regionalt nettverk for brukermedvirkning.

Økonomi

- Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene skal legge til rette økonomisk for brukermedvirkning.
 - Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene honorerer brukerrepresentanter i henhold til gjeldende regler og som et minimum skal brukerrepresentanter få dekket sine kostnader til reise, opphold, tapt arbeidsfortjeneste mm.
 - Helse Midt-Norge RHF viderefører tilskudd til brukerorganisasjoner for blant annet å støtte organisasjonenes opplæring av brukerrepresentanter, likemannsarbeid og lærings- og mestringkurs.