



## Kraftsentre for brukermedvirkning? Evaluering av de regionale brukerstyrte sentrene

HEIDI HAUKELIEN, INGVILD VARDHEIM OG CHRISTINE HVITSAND

TF-rapport nr. 363

2015

**Tittel:** Kraftsentre for brukermedvirkning?  
**Undertittel:** Evaluering av de regionale brukerstyrte sentrene  
**TF-rapport nr:** 363  
**Forfatter(e):** Heidi Haukelien, Ingvild Vardheim og Christine Hvitsand  
**Dato:** 15.06.2015  
**ISBN:** 978-82-7401-830-3  
**ISSN:** 1501-9918  
**Pris:** 250,- Kan lastes ned gratis fra [www.telemarksforsking.no](http://www.telemarksforsking.no)  
**Framsidefoto:** Kollasj av de brukerstyrte sentrenes logoer  
**Prosjekt:** Evaluering av brukerstyrte sentra  
**Prosjektnr.:** 20141100  
**Prosjektleder:** Heidi Haukelien  
**Oppdragsgiver(e):** Helsedirektoratet

**Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:**

Telemarksforsking  
Postboks 4  
3833 Bø i Telemark  
Tlf: +47 35 06 15 00  
[www.telemarksforsking.no](http://www.telemarksforsking.no)

**Resymé:**

Som et ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), har Helsedirektoratet siden 2006 gitt tilskudd til 6 regionale brukerstyrte sentre innen psykisk helsefeltet. Telemarksforskings evaluering viser at ut fra de tilgjengelige ressursene bidrar sentrene med et mangfold av aktiviteter, med mye frivillig involvering og brukermedvirkning. Telemarksforsking anbefaler blant annet at sentrene blir noe mer tydeligere i hva er/bør være det enkelte senterets rolle og funksjon, og hvordan oppgaver fordeles mellom dem.



**Heidi Haukelien, ph.d.**, er utdannet sosialantropolog fra Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Hun har gjennomført flere studier av norsk helse- og sosialpolitikk, med spesiell vekt på å analysere sammenhenger mellom velferdspolitik og tjenesteutøvelse. Haukelien er forsker 1, fagkoordinator for Helse- og velferdsforskning, og har vært ansatt på Telemarksforsking siden 2000.



**Christine Hvitsand** er utdannet økonom med Universitetet for miljø og biovitenskap. Hvitsand har bred prosjekterfaring og har gjennomført en rekke evalueringer og utviklingsprosjekter, på oppdrag fra kommuner, fylkeskommuner, statlige instanser m.m. Prosjektene er innenfor nyskaping, regional utvikling, miljø og klima, helse og velferd.



**Ingvild Vardheim** er utdannet statsviter fra Universitetet i Bergen, med en mastergrad i sammenlignede politikk. Vardheim jobber hovedsakelig med prosjekter på helse- velferdsområdet. Hun har bidratt på flere større og mindre forskningsprosjekter innen blant annet pleie- og omsorg, barnevern, arbeidsmarkedspolitik og oppfølging av utsatte barn og unge.

# Forord

Høsten 2014 fikk Telemarksforskning i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere de regionale brukerstyrte sentra. Hensikten med evalueringen har vært å få dokumentert sentrenes rolle og betydning i arbeidet med å fremme brukermedvirkning i tjenestene, og å undersøke hvordan sentrene ivaretar opplæringen av brukermedvirkere. Evalueringsperioden har vært desember 2014 til juni 2015.

Ved Telemarksforskning har Heidi Haukelien vært prosjektleder, mens Ingvild Vardheim og Christine Hvitsand har vært prosjektmedarbeidere.

Vi vil takke Helsedirektoratet for oppdraget, og særlig vår kontaktperson Erik Jonassen for godt samarbeid gjennom prosjektperioden.

Vi vil også benytte anledningen til å takke alle som har stilt opp til intervju i forbindelse med evaluering! En særlig takk til lederne på de seks regionale brukerstyrte sentre, som har koordinert intervjuavtaler og bidratt med annen informasjon.

Bø, 24. juni 2015

Heidi Haukelien

Prosjektleder

# Innhold

Sammendrag .....	11
<b>1. Innledning.....</b>	<b>15</b>
1.1 Bakgrunn.....	15
1.1.1 Etableringen av brukerstyrte sentre .....	15
1.1.2 Tilskuddsordningen for regionale brukerstyrte sentra .....	16
1.2 Evalueringens mandat.....	17
1.3 Temaer og problemstillinger .....	18
1.3.1 Beskrivelse av sentrene .....	18
1.3.2 Opplæring av brukerrepresentanter.....	19
1.3.3 Brukererfaringer på individnivå.....	19
1.3.4 Samarbeid med andre instanser .....	19
1.4 Metode .....	20
1.4.1 Dokumentgjennomgang .....	20
1.4.2 Kvalitative intervjuer .....	20
1.4.3 Annen deltakelse .....	21
1.5 Rapportens oppbygging.....	22
<b>2. Brukermedvirkning som begrep .....</b>	<b>23</b>
2.1 Definisjoner av brukermedvirkning .....	23
2.2 Brukermedvirkning på individnivå .....	24
2.3 Brukermedvirkning på system- og politisk nivå .....	25
2.4 Brukerstyring.....	26
<b>3. Bikuben brukerstyrte senter .....</b>	<b>27</b>
3.1 Kort om senteret - organisering og struktur.....	27
3.2 Visjoner og målsettinger .....	27
3.3 Målgrupper.....	28
3.3.1 Prosjekter og aktiviteter .....	28

3.4	Opplæring av brukerrepresentanter .....	30
3.5	Brukermedvirkning på individnivå .....	32
3.6	Bemanning og frivillighet .....	33
3.7	Samarbeid med andre instanser .....	34
3.7.1	Brukerorganisasjonene .....	34
3.7.2	Lokale og regionale samarbeidspartnere .....	36
3.8	Oppsummering .....	37
<b>4.</b>	<b>KBT Midt-Norge .....</b>	<b>38</b>
4.1	Kort om senteret – organisering og struktur .....	38
4.2	Profil og målsetting.....	38
4.3	Målgrupper og aktiviteter .....	40
4.3.1	Bruker Spør Bruker .....	40
4.3.2	Erfaringskonsulent i ambulerende team.....	42
4.3.3	Dialogmøter i kommuner .....	43
4.3.4	Brukermedvirkning og forskning.....	43
4.3.5	Undervisning og formidling.....	44
4.3.6	Veiledning og nettverk .....	44
4.4	Opplæring av brukerrepresentanter .....	44
4.5	Brukermedvirkning på individnivå .....	45
4.6	Bemanning og frivillig innsats.....	46
4.7	Samarbeid med andre instanser .....	47
4.7.1	Organisasjonene bak KBT Midt-Norge.....	47
4.7.2	Andre regionale aktører .....	48
4.8	Oppsummering .....	49
<b>5.</b>	<b>Pårørende kompetanse.....</b>	<b>50</b>
5.1	Kort om senteret.....	50
5.2	Visjoner og målsettinger .....	51
5.3	Målgruppe og aktiviteter .....	51

5.3.1	Faste samlinger.....	53
5.3.2	Antall møteplasser og deltakere.....	54
5.3.3	Kunnskap tilbake til fagmiljøene.....	54
5.4	Andre prosjekter.....	55
5.4.1	Pilot i Trondheim – Møteplass med fokus på barn og søsken .....	55
5.4.2	Digitale historiefortellinger.....	55
5.4.3	Kjønnsdelt Møteplass.....	56
5.4.4	Deltakelse på konferanser .....	56
5.5	Opplæring av brukerrepresentanter.....	56
5.5.1	Noen punkter fra undervisningsmanualen til pårørendeguidene .....	57
5.5.2	Opplæring av møteledere .....	57
5.6	Brukermedvirkning på individnivå .....	57
5.7	Brukermedvirkning på systemnivå.....	58
5.8	Samarbeid med andre instanser .....	60
5.9	Oppsummering.....	61
<b>6.</b>	<b>ROM Agder.....</b>	<b>62</b>
6.1	Organisering og struktur .....	62
6.2	Verdigrunnlag, visjoner og målsettinger .....	63
6.3	Målgrupper og aktiviteter.....	64
6.3.1	Kjøkkenpraten.....	64
6.3.2	Lunsjpraten .....	65
6.3.3	Sosionomveiledning.....	65
6.3.4	Antistigma-prosjektet .....	66
6.3.5	Kurs og grupper .....	66
6.3.6	Informasjon, forum og samarbeidsarenaer .....	67
6.3.7	Tidligere prosjekter av betydning.....	67
6.4	Opplæring av brukerrepresentanter.....	68
6.5	Brukererfaringer på individnivå.....	68

6.6	Bemanning og frivillig innsats.....	69
6.7	Samarbeid med andre instanser .....	70
6.7.1	<b>Brukerorganisasjoner</b> .....	70
6.7.2	<b>Utdanning, forskning og tjenesteapparatet</b> .....	71
6.7.3	<b>Andre innenfor brukerstyring/-medvirkning</b> .....	73
6.8	Oppsummering .....	73
<b>7.</b>	<b>Sagatun Brukerstyrt Senter</b> .....	<b>75</b>
7.1	Organisasjon og struktur .....	75
7.2	Visjon og målsettinger .....	76
7.3	Målgrupper og aktiviteter.....	76
7.3.1	Verktøykassa.....	77
7.3.2	Mentorprosjekt .....	78
7.3.3	Undervisning og omvisning .....	78
7.3.4	Forum, samarbeidsarenaer og forskning .....	79
7.3.5	Informasjonsarbeid .....	80
7.4	Brukermedvirkning og styrking på individnivå.....	80
7.5	Opplæring av brukerrepresentanter .....	82
7.6	Lønnet og frivillig innsats .....	83
7.7	Samarbeid med andre instanser .....	84
7.7.1	<b>Brukerorganisasjonene</b> .....	85
7.7.2	<b>Utdanning og forskning</b> .....	86
7.7.3	<b>Tjenesteapparatet – sykehus og kommuner</b> .....	86
7.7.4	<b>Fylkesmannen og fylkeskommunen</b> .....	87
7.7.5	<b>Andre brukerstyrte sentre</b> .....	87
7.7.6	<b>Nasjonale kompetansesenter</b> .....	88
7.8	Oppsummering .....	88
<b>8.</b>	<b>Vårres regionalt brukerstyrt-senter</b> .....	<b>90</b>
8.1	Kort om senteret.....	90

8.2	Visjoner og målsettinger .....	91
8.3	Målgrupper og aktiviteter.....	91
8.3.1	Målgrupper .....	92
8.3.2	Noen eksempler på aktiviteter.....	92
8.3.3	Helsepedagogikk for brukere .....	93
8.3.4	Aktiviteter rettet mot barn og ungdom.....	94
8.3.5	Andre prosjekter.....	95
8.4	Opplæringen av brukerrepresentanter .....	96
8.5	Brukermedvirkning på individnivå .....	97
8.6	Frivillighet .....	98
8.7	Samarbeid med andre instanser .....	99
8.7.1	Samarbeid med helsevesenet.....	99
8.7.2	Samarbeid med brukerorganisasjoner.....	99
8.7.3	Rusperspektivet .....	100
8.8	Oppsummering .....	101
<b>9.</b>	<b>Oppsummering og sammenligning.....</b>	<b>102</b>
9.1	Profil og målsettinger.....	102
9.2	Målgrupper.....	103
9.3	Prosjekter og aktiviteter .....	103
9.4	Opplæring av brukerrepresentanter .....	107
9.5	Bemanning og frivillig innsats.....	109
9.6	Samarbeid med andre instanser .....	111
9.6.1	Brukerorganisasjonene .....	111
9.6.2	Samarbeid med regionale og lokale aktører.....	112
<b>10.</b>	<b>Konklusjon og avslutning .....</b>	<b>115</b>
10.1	Bidrar sentrene til mer brukermedvirkning og mer kompetente brukermedvirkere?.....	115
10.2	Er det andre behov i det lokale rus- og psykisk helsearbeidet som de brukerstyrte sentrene bidrar til å dekke? .....	117
10.3	Anbefalinger .....	118



10.3.1 Tydeliggjøre rolle og funksjon.....	118
10.3.2 Styrket ressursgrunnlag .....	119
10.3.3 Vurdere den helhetlige strukturen av sentrene .....	119
<b>11. Referanser.....</b>	<b>121</b>



# Sammendrag

Som et ledd i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), har Helsedirektoratet siden 2006 gitt tilskudd til 6 regionale brukerstyrte sentre innen psykisk helsefeltet (St prp nr 63 (1997-98)). Sentrene skal fungere som regionale ressursbaser for brukerkompetanse og opplæring innen psykisk helse, og skal fremme brukermedvirkning gjennom samarbeid med organisasjoner, samt lokale og regionale instanser. Følgende seks regionale brukerstyrte sentre får i dag tilskudd fra Helsedirektoratet: *Bikuben* i Kvæfjord, *KBT Midt-Norge* i Trondheim, *Pårørende Kompetanse* i Oslo, *ROM-Agder* i Kristiansand, *Sagatun* på Hamar og *Vårres brukerstyrte sentre* i Trondheim.

Hensikten med evalueringen er å dokumentere sentrenes rolle og betydning i arbeidet med å fremme brukermedvirkning i tjenestene, og å undersøke hvordan sentrene ivaretar opplæring av brukermedvirkere. To overordnede spørsmål står sentralt:

- Bidrar sentrene til mer brukermedvirkning og mer kompetente brukermedvirkere?
- Er det andre behov i det lokale rus- og psykisk helsearbeidet som de brukerstyrte sentrene bidrar til å dekke?

For å kunne besvare de overordnede spørsmålene har vi sett nærmere på sentrenes virksomhet med utgangspunkt i flere undertemaer: beskrivelse av sentrene (verdigrunnlag og målsettinger, målgrupper, aktiviteter, bemanning og frivillighet), opplæring av brukermedvirkere, brukererfaringer på individnivå og samarbeid med andre instanser. Evalueringen bygger på kvalitative metoder i form av dokumentgjennomgang og intervjuer.

Selv om de brukerstyrte sentrene skal møte visse kriterier i tilskuddsordningen, viser vår gjennomgang at det er relativt store variasjoner i sentrenes profil og virkemåte. Sentrene har ulik spisskompetanse og har vektlagt ulike målgrupper og aktiviteter. Mens enkelte av sentrene i stor grad vektlegger kurs og opplæring av enkeltbrukere og tjenesteapparat, har andre rettet virksomheten mer mot systematisering og styrking av erfaringsbasert kompetanse til bruk i tjenesteutvikling, forskning og utdanning. Sentrene vektlegger også i ulik grad tilbud til pårørende, barn og unge. Samlet sett er brukerne av sentrene en bred og sammensatt gruppe som ikke begrenser seg til mottakere av helse- og omsorgstjenester eller medlemmer av brukerorganisasjoner. Likevel; til tross for ulikhetene er den overordnede visjonen på mange måter felles. Alle sentrene jobber for å fremme brukerstemmen i møte med tjenesteytere og offentlige myndigheter: Dette handler både om å formidle erfaringer og å utvikle metoder som legitimerer brukererfaringer som gyldig kunnskap. Målet er å skape et mer likeverdig samarbeid mellom fag- og erfaringskunnskap, for på den måten å bidra til reell brukermedvirkning i tjenesteutviklingen.

Alle de regionale brukerstyrte sentrene engasjerer seg i både omfattende og mindre omfattende aktiviteter, med kortere og lengre tidshorisonter. Prosjekter drives i regi av sentrene selv, eller i samarbeid med andre aktører. Vår kartlegging viser at det samlet sett er et stort spenn i disse aktivitetene, som både inkluderer tiltak med formål om å styrke den enkelte bruker, og prosjekter og metoder med formål om å påvirke fag- og tjenesteutvikling på systemnivå. Eksempelvis:

- Kurs- og informasjonsvirksomhet rettet mot brukere, pårørende og befolkning for øvrig
- Ulike lavterskeltilbud
- Tilbud om arbeidspraksis
- Opplæring og oppfølging av brukerrepresentanter
- Kurs og veiledning for tjenesteapparat og utdanningsinstitusjoner
- Metoder med formål om å styrke brukerperspektivet til bruk i tjenesteutviklingen, eksempelvis «Bruker Spør Bruker»
- Deltakelse i forskning og evaluering
- Deltakelse i ulike nettverk, utvalg og andre samarbeidsarenaer, både regionalt og nasjonalt

Et av formålene bak etableringen av de brukerstyrte sentrene var å styrke opplæringen av brukerrepresentanter som skal representere brukerorganisasjonene og dens medlemmer i ulike råd og utvalg. I evalueringen har vi derfor forsøkt å kartlegge hvordan de brukerstyrte sentrene bidrar på dette området. Studien viser at det er store variasjoner i hvordan, og i hvilket omfang, de regionale brukerstyrte sentrene jobber med opplæring av brukerrepresentanter. Også for sentrene som tilbyr kurs for brukerrepresentanter utgjør dette kun ett av flere arbeidsområder når det gjelder å styrke brukermedvirkning på systemnivå. Ved to av sentrene oppgir ledelsen at det er et uttalt ønske fra brukerorganisasjonene (som er representert i styret) at senteret *ikke* skal satse på opplæringspakker for brukerrepresentanter, fordi dette tilbys av organisasjonene selv. Et av sentrene, *Pårørende Kompetanse*, fokuserer på å fremme brukermedvirkning på systemnivå ved å styrke dialogen mellom pårørende og tjenesteapparat, men ikke gjennom opplæring av brukerrepresentanter i vanlig forstand.

I rapporten viser vi imidlertid at de brukerstyrte sentrene bidrar til å styrke brukermedvirkere og brukere på andre måter enn gjennom ren skoleing i hvordan jobbe som brukerrepresentant. For det første tilbyr sentrene veiledning og informasjon, de kan bidra med et stort nettverk av aktører på psykisk helsefeltet og rusfeltet i regionene, og flere arrangerer ulike samlinger og dialogmøter. For det andre, og dette er nok av størst betydning, tilbyr de fleste sentrene ulike kurs og opplæringstilbud som ofte har som mål å styrke selvbilde og mestringsevne blant både potensielle brukermedvirkere og mennesker med psykiske utfordringer. Dette viser at de regionale brukerstyrte sentrene jobber for å fremme brukermedvirkning både på individnivå og systemnivå, samtidig som disse nivåene i høy grad henger sammen. At mennesker opplever selvtillit og mestring er en forutsetning for å kunne rekruttere og beholde gode brukerrepresentanter i råd og utvalg på systemnivå.

Når det gjelder *rekruttering* av nye brukerrepresentanter, regnes dette som brukerorganisasjonenes ansvar, og vi finner at de brukerstyrte sentrene ikke jobber aktivt på dette området. Våre intervjuer viser at sentrene likevel spiller en rolle også her, ved at kurs- og opplæringstiltak fungerer som springbrett som inspirerer flere til å bli brukerrepresentanter. Et sentralt poeng er at de brukerstyrte sentrene, gjennom deres varierte aktivitetstilbud, fanger opp brukergrupper som det kan være vanskelig for brukerorganisasjonene å nå.

Ifølge mandatet skal to eller flere brukerorganisasjoner med hovedmål relatert til psykisk helse være eiere av det brukerstyrte senteret, men senteret skal være åpent for andre brukerorganisasjoner innen psykisk helse som ønsker å delta i virksomheten. I dag er de brukerstyrte sentrene organisert som organisasjoner/lag eller som stiftelser der brukerorganisasjonene utgjør flertallet i styret. Gjennom intervjuene har vi avdekket at relasjonen mellom sentrene og brukerorganisasjonene i styret ikke er uproblematisk, og at det i varierende grad finnes konfliktlinjer knyttet til

uavklarte roller og ansvar. Spørsmålene som gjør seg gjeldende er blant annet hvorvidt sentrene tar over brukerorganisasjonenes oppgaver og ressurser uten at organisasjonene har kontroll på dette, og hvor stor innflytelse organisasjonene skal ha på senterets daglige drift. Vårt gjennomgående inntrykk er at samarbeidsforholdene i stor grad har «gått seg til», og at de regionale brukerstyrte sentrene vurderes som viktige støttespillere for brukerorganisasjonene. I intervjuene er det særlig sentrenes rolle som en kompetansebase, nettverksaktør og «avlaster» for organisasjonene som trekkes frem. Medarbeiderne ved sentrene har god oversikt over rus- og psykisk helsefeltet i regionen, de har et stort nettverk av samarbeidspartnere de kan dra nytte av inn i prosjekter, de fungerer som et bindeledd mellom organisasjonene, og har mulighet til å markedsføre og tilrettelegge for organisasjonenes aktiviteter.

De regionale brukerstyrte sentrene samarbeider med en rekke ulike lokale, regionale og nasjonale aktører, herunder ulike kommunale instanser, regionale og nasjonale kompetansesentre, helseforetak, høyskoler og universiteter, forskningsmiljøer, fylkesmenn og fylkeskommuner. Samarbeidsrelasjonene har ulik form og innhold, og innebærer både enkeltstående prosjekter og mer strategiske, langsiktige samarbeid. Et poeng som trekkes frem av både spesialisthelsetjenesten og kommunene, er at dersom brukerperspektivet skal settes på dagsorden i tjenesteapparatet, er man avhengig av at eksterne aktører, som de brukerstyrte sentrene, kan «dytte» dette frem. Særlig i spesialisthelsetjenesten står fag- og profesjonsperspektivet sterkt, og i tillegg til liten kapasitet fører det til at det tas få initiativer internt. Tjenesteapparatet har særlig behov for bistand og tips til hvordan de kan omsette sentrale mål og føringer til god praksis.

**Vår konklusjon er at alle de regionale brukerstyrte sentrene utvilsomt bidrar til mye brukermidvirkning sett i forhold til de ressursene de har tilgjengelig.** Alle sentrene arbeider ut fra begrensede økonomiske midler og har kun et fåtall faste medarbeidere. I lys av dette viser sentrene stor evne til å knytte til seg frivillige, tilby praksisplasser og å få i stand eksternt finansierte aktiviteter og prosjekter, gjerne med samarbeidspartnere, for å øke omfanget av aktivitetene sine. Uten denne orienteringen, og uten nettverk og samarbeid ville sentrene ha hatt marginalt med aktiviteter og liten påvirkningskraft. Alle sentrene melder om at etterspørselen etter deres kurs og aktiviteter er langt større enn det de klarer å dekke, og også fra samarbeidspartneres side får vi inntrykk at behovet og potensialet for sentrenes virksomhet er stort.

**Dersom vi skal vurdere betydningen av de brukerstyrte sentrene, må vi også ta sentrenes regionale funksjon i betraktning.** Alle sentrene skal dekke relativt store geografiske områder. Flere av sentrene er imidlertid tydelige på at de på grunn av kapasitetshensyn sliter med å gi et likeverdig tilbud i alle fylkene og kommunene de skal dekke, og at de derfor velger å gi et godt og forankret tilbud på de stedene de faktisk jobber. For sentrene som fokuserer mye på samarbeid med utdanningsinstitusjoner og helseforetak, er det naturlig at virksomheten konsentreres i området der de sentrale samarbeidspartnere befinner seg. Når vi nå har intervjuet et utvalg samarbeidsaktører som gir positive tilbakemeldinger på sentrenes virksomhet, må vi derfor ta forbehold om at det er både brukere og aktører i regionen som har ingen eller liten kjennskap til det regionale brukerstyrte senteret.

Ut fra dette gir vi noen anbefalinger for videre utvikling av de regionale brukerstyrte sentrene:

**Tydeliggjøre rolle og funksjon:** De regionale brukerstyrte sentrene har vært i drift i 10 år, men fortsatt er ikke deres rolle og mandat tydeliggjort i tilstrekkelig grad. Vi mener det bør settes av tid og ressurser til dette arbeidet, slik at potensialet som ligger i sentrenes arbeid blir utnyttet best mulig. Dette dreier seg i stor grad om å avklare rolle- og oppgavefordelingen i relasjon til

brukerorganisasjonene. Selv om de brukerstyrte sentrene har ulik spisskompetanse, ser vi også at det er behov for å synliggjøre og utvikle den «kjernen» som er felles for alle sentrene, slik at profilen fremstår mer samordnet. Dette kan innebære å videreutvikle sentrene som ressurs- og kompetansesentre og som møteplasser for samhandling på tvers av fag og organisasjoner.

**Styrket ressursgrunnlag:** Den lave bemanningen gjør sentrene sårbare og personavhengige. Dette setter blant annet begrensinger på sentrenes regionale rolle, på deres tidsbruk knyttet til dokumentasjon og systematisering, og på deres muligheter til å spre metoder og prosjekter på tvers. Vi tror det er urealistisk å forvente at sentrene skal kunne gi et mer likeverdig regionalt tilbud, eller i det hele tatt videreutvikle virksomheten ytterligere, dersom ikke ressursgrunnlaget økes betraktelig.

**Vurdere den helhetlige strukturen av sentrene:** I dag synes plasseringen av de brukerstyrte sentrene å være noe tilfeldig. Mens det er to sentre i Trondheim, er det ingen i hele helseregion Vest. Det ser heller ikke ut til å være noen sentre som dekker fylker som Vestfold og Buskerud. Sentrenes ulike profiler bidrar også til stor variasjon av hvilke tilbud som er tilgjengelige i det enkelte fylket. Vi mener man både bør vurdere den helhetlige fordelingen av sentre, og sørge for at hvert senter tilhører et geografisk området det er realistisk å nå over.

# 1. Innledning

Siden 2006 har Helsedirektoratet gitt tilskudd til seks regionale brukerstyrte sentere innen psykisk helsefeltet. Sentrene drives i regi av brukerorganisasjoner og skal fungere som regionale ressursbaser for brukerkompetanse og opplæring innen psykisk helse. Denne rapporten gir kunnskap om sentrenes virksomhet, og ser nærmere på hvordan sentrene bidrar til mer brukermedvirkning og mer kompetente brukermedvirkere i sin region.

## 1.1 Bakgrunn

---

### 1.1.1 Etableringen av brukerstyrte sentre

I perioden 1999-2008 ble tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid styrket gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (jf. St.prp. nr. 63 (1997-98)). Bakgrunnen for satsningen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. For svakt forebyggende arbeid, for dårlig utbygde tjenester, for få tilgjengelige behandlingsplasser, for dårlig oppfølging og kvalitetssikring ble trukket frem som noen av hovedproblemene (Sosial- og helsedepartementet 1997).

Den overordnede målsettingen for planen var å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Målsettingen skulle oppnås ved å fremme et verdig tjenestetilbud preget av brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. I planperioden ble det investert totalt 9 milliarder kroner i tiltak som bedre boligtilbud i kommunene, støttetjenester, hjemmetjenester, aktivitetstilbud, oppfølging, forebyggende arbeid og økt kompetanse.

Brukermedvirkning utgjør et sentralt tema i planen, og brukernes behov betegnes som utgangspunkt for all behandling og skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Dette slås fast i både Stortingsproposisjonen og Stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet»:

Det er brukernes behov som skal avgjøre hva slags tilbud som skal gis. Tjenestene skal ha tilfredsstillende kvalitet, og skal gis som individuelt tilpassede tilbud. Det må foretas en helhetlig vurdering av pasientens behov, og tiltakene må planlegges i samråd med pasienten selv og pårørende. (St.meld. 25 (1996-97)).

I selve Opptrappingsplanen er de overordnede målene for brukermedvirkning formulert slik:

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

Etablering av regionale brukerstyrte sentre oppgis som ett av flere konkrete tiltak relatert til brukermedvirkning. Som bakgrunn for etableringen nevnes det i St prp nr 63 (1997-98) at brukerorganisasjonene innen psykiatrifeltet har spesielle utfordringer ved oppbygging av organisasjonene og ved bruk av brukerrepresentantenes deltakelse i organisasjonsarbeid og medvirkning:

Det er blant annet behov for opplæring av brukerrepresentanter som skal delta i kontrollkommisjoner, kvalitetsutvalg, i kommunal og fylkeskommunale planleggingsgrupper mv. Opplæringen kan for eksempel drives av brukerorganisasjoner, brukerstyrte sentra, kommuner og fylkeskommuner (St prp nr 63 (1997-98)).

Og videre:

Departementet ønsker å stimulere til og bidra til etablering av brukerstyrte sentra. Brukerorganisasjonene skal selv være med på å bestemme hvordan sentrene skal utformes (...) Målsettingen er å opprette et brukerstyrt senter i hvert fylke (St prp nr 63 (1997-98)).

Senere er grunnlaget for sentrenes funksjon definert i St.prp.nr 1 (2009-2010):

Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og de regionale brukerstyrte sentrene vil sammen med brukerorganisasjonene være sentrale aktører i dette arbeidet.

Bakgrunnen for de regionale brukerstyrte sentrene utdypes i essayet «Fremveksten av brukermedvirkning i Norge –strategier og tiltak for å styrke brukeres erfarings-kunnskap i teori og praksis» (Bjørgen 2013). Her fremheves det at etableringen av de brukerstyrte sentrene må forstås både som en protest mot og et ønske om et mer likeverdig samarbeid med fag og tjenester. Som det påpekes i Stortingsmeldingen «Åpenhet og Helhet» kommer brukere lett i et avhengighets – eller underlegenhetsforhold til sine hjelpere, hvor det blir vanskelig å fremme egne synspunkter eller ta i bruk egne ressurser. Målet er at brukernes erfaringer blir benyttet som reell kunnskap som er verdifull og som tillegges vekt og brukes på linje med annen erfaring og kunnskap: «*Alle sentrene uttrykker et sterkt ønske om at brukernes smertefulle erfaringer skal komme til nytte både for den enkelte og for forbedring av tjenester (..)Alle sentrene ønsker å bringe håp og ny kunnskap om hvordan psykiske problemer kan forstås og bli møtt i samfunnet*» (Bjørgen 2013: 376).

### 1.1.2 Tilskuddsordningen for regionale brukerstyrte sentra

I 2005 ble det etablert tilskuddsordning for de brukerstyrte sentra med mål om «å prøve ut ulike modeller, samt innhente og systematisere erfaringer» (St.prp. nr. 1, 2004-2005, s. 191). Målsettingen om å opprette et brukerstyrt senter i hvert fylke ble ikke oppfylt. Siden 2006 har det blitt gitt tilskudd til 6 sentre. Sentrene skal være ressursbase for brukerkompetanse og opplæring innen psykisk helse. I 2014 ble det gitt tilskudd på om lag 7 millioner kroner.



Dagens regelverk for tilskuddsordningen inneholder flere krav til innhold og drift av sentrene<sup>1</sup>:

- Sentrene skal drive informasjons- og kursvirksomhet på regionalt nivå, samt spre brukerfaringer, kompetanse og eksempler på god praksis
- Et brukerstyrt senter skal fremme brukermedvirkning innen psykisk helse gjennom samarbeid med organisasjoner, lokale og regionale offentlige instanser, herunder også NAPHA og lærings- og mestringssentrene
- Et brukerstyrt senter skal være brukerstyrt og dekke en eller flere av følgende målgrupper: Voksne, Barn/unge, pårørende
- To eller flere brukerorganisasjoner med hovedmål relatert til psykisk helse skal være eier/ eiere av det brukerstyrte senteret, men senteret skal være åpent for andre brukerorganisasjoner innen psykisk helse som ønsker å delta i virksomheten
- Et brukerstyrt senter må aktivt arbeide for å rekruttere frivillige som kan ta del av driften av senteret
- Det skal oppnevnes et styre for senteret som har ansvaret for drift og økonomi.

Følgende sentre har fått tilskudd siden 2006:

- *Bikuben* ligger i Kvæfjord i Troms fylke
- *KBT Midt-Norge* ligger i Trondheim i Sør-Trøndelag fylke
- *Pårørende Kompetanse* ligger i Oslo
- *ROM-Agder* ligger i Kristiansand i Vest-Agder fylke
- *Sagatun Brukerstyrt Senter* ligger på Hamar i Hedmark fylke
- *Vårres brukerstyrt senter* ligger i Trondheim i Sør-Trøndelag

Som nevnt over, skal de brukerstyrte sentrene styrke og formidle brukerkunnskap sammen med brukerorganisasjonene og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse (tidligere Mental Helse Kompetanse) har ansvar for å samle, systematisere og spre brukerkompetanse og gjøre den tilgjengelig for helsesektoren, og forvalter også den nasjonale kunnskapsbasen for erfaringskompetanse (erfaringskompetanse.no). Senteret arrangerer blant annet årlige fagdager der de regionale brukerstyrte sentrene inviteres, og tilrettelegger for regionale møter mellom aktører på psykisk helsefeltet. De brukerstyrte sentrene har selv et samarbeidsforum og møtes to ganger årlig.

## 1.2 Evalueringens mandat

---

Hensikten med evalueringen er å dokumentere sentrenes rolle og betydning i forbindelse med å fremme brukermedvirkning i tjenestene, og kaste lys over hvordan sentrene ivaretar opplæring av brukermedvirkere. To overordnede spørsmål vil stå sentralt:

- Bidrar sentrene til mer brukermedvirkning og mer kompetente brukermedvirkere?
- Er det andre behov i det lokale rus- og psykisk helsearbeidet som de brukerstyrte sentrene bidrar til å dekke?

---

<sup>1</sup>Fra og med 2015 er tilskuddet til de brukerstyrte sentrene samordnet med bruker og pårørendeorganisasjoner innen rus og psykisk helse, gjennom «tilskudd til brukere og pårønderarbeid».

Spørsmålene viser at evalueringen både vil ta for seg brukermedvirkning på individnivå og systemnivå. For det første vil det være aktuelt å undersøke hvorvidt brukere som deltar på kurs og andre tiltak på sentrene, opplever at dette bidrar til å styrke deres informasjonsbehov, selvtilit og mestringsevne. For det andre vil vi se på hvordan sentrene jobber for å fremme brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå, og da særlig hvordan sentrene bidrar med opplæring av brukermedvirkere som skal representere brukerorganisasjoner i ulike råd og utvalg.

I kravspesifikasjonen for evalueringsoppdraget nevnes det at «måloppnåelse forutsetter økt brukerrepresentasjon inn i kontrollkommisjoner, kvalitetsutvalg, i kommunal og fylkeskommunale planleggingsgrupper mv». I evalueringen vil vi derfor også vurdere hvorvidt de brukerstyrte sentrene også bidrar til økt brukerrepresentasjon i regionen de befinner seg i.

Det siste spørsmålet viser at et av formålene med evalueringen er å belyse sentrenes rolle og betydning for det helhetlige rus- og psykisk helsearbeidet i regionen. I evalueringsarbeidet har vi derfor sett nærmere på sentrenes samhandling og samarbeid opp mot brukerorganisasjonene og offentlige tjenester som arbeider med rus og psykisk helse.

## 1.3 Temaer og problemstillinger

---

I konkurransegrunnlaget for oppdraget skisseres flere momenter og problemstilling som skal inngå i evalueringen. For å kunne besvare de overordnede spørsmålene, har vi sortert og strukturert disse problemstillingene i en tematisk inndeling:

- Beskrivelse av sentrene
- Opplæring av brukerrepresentanter
- Brukererfaringer på individnivå
- Samarbeid med andre instanser

I påfølgende avsnitt vil vi utdype problemstillingene knyttet til det enkelte tema. Underveis i evalueringsarbeidet har vi erfart at ikke alle våre opprinnelige problemstillinger var helt treffende og dekkende for sentrenes virksomhet. Vi har derfor tilføyd enkelte spørsmål for å bedre kunne svare på de overordnede evalueringsspørsmålene.

### 1.3.1 Beskrivelse av sentrene

Som vist over, inneholder tilskuddsordningen en rekke krav til innhold og aktiviteter i de brukerstyrte senterne. Senterne skal blant annet drive informasjons- og kursvirksomhet på regionalt nivå, samt spre brukererfaringer, kompetanse og eksempler på god praksis. Tilbudet skal dekke enten voksne, barn/unge og/eller pårørende, og senteret må aktivt arbeide for å rekruttere frivillige som kan ta del av driften.

Til tross for at de brukerstyrte sentrene skal møte visse krav, er det i stor grad opp til brukerorganisasjonene å bestemme utformingen av tilbudet. Et raskt blick på sentrenes nettsider viser også at sentrene har ulike visjoner, ulike målgrupper og ulik innretning av tjenestetilbudet. En kartlegging av hvert senteres profil, målsetting og virkemåte vil derfor utgjøre en vesentlig del av dette evalueringsarbeidet.

I beskrivelsene av sentrene har vi sett nærmere på:

- Hvordan er senteret organisert og bemannet?
- Hvordan uttrykkes sentrenes verdigrunnlag og målsettinger?
- Hvilke målgrupper rettes innsatsen mot?
- Hvilke aktiviteter foregår på senteret?
- Hvordan rekrutteres frivillige og annen arbeidskraft?

### 1.3.2 Opplæring av brukerrepresentanter

Som nevnt innledningsvis var et av hovedformålene ved etableringen av de brukerstyrte sentrene å styrke opplæringen av brukerrepresentanter som skal representere brukerorganisasjonene og dens medlemmer i ulike råd og utvalg. I evalueringen har vi derfor forsøkt å kartlegge hvor mye og hvordan de brukerstyrte sentrene bidrar på dette området, og hvordan eventuelt opplæringen vurderes av sentrene og deltakerne selv.

- I hvor stor grad fokuserer senteret på opplæring av brukerrepresentanter?
- Hvilke elementer består eventuelt brukeropplæringen av?
- Hvilken annen type opplæring har sentrene?
- Hvilken opplevelse har brukere av opplæringen?
- I hvilken grad viderefremmes kompetansen til brukerorganisasjonens medlemmer?

### 1.3.3 Brukererfaringer på individnivå

I evalueringen vil vi se nærmere på hvordan brukerne opplever sentrene som ressurs i forhold til egen utvikling. Vi har sett nærmere på sentrenes aktiviteter og undersøkt hvorvidt brukerne opplever at disse bidrar til myndiggjøring og styrket brukermedvirkning.

Spørsmål vi har tatt utgangspunkt i:

- I hvilken grad og hvordan har etableringen av senteret gitt brukerne økt forståelse for egen situasjon, styrker og vanskeområder, og muligheter i eget liv?
- I hvilken grad og hvordan har senterets virksomhet bidratt til å gjøre brukerne bevisste om egen medvirkningsrett, for eksempel valg knyttet til egen behandling?
- Hvordan er samspillet mellom brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå?

### 1.3.4 Samarbeid med andre instanser

Et av kravene til senterne nevnt i regelverket for tilskuddsordningen, er at senterne skal fremme brukermedvirkning innen psykisk helse gjennom samarbeid med organisasjoner, lokale og regionale offentlige instanser. I evalueringen har vi sett nærmere på hvem de ulike sentrene samarbeider med, og i hvilken grad samarbeidsaktørene vurderer at sentrene bidrar til økt brukermedvirkning i tjenesten. Her har vi også forsøkt å belyse hvorvidt instansene har uklar ansvarsfordeling seg imellom.

- Hvordan vurderer brukerorganisasjonene i regionen samarbeidet med de brukerstyrte sentrene?
- Hvordan har samarbeidet mellom brukerorganisasjonene og sentrene fungert i praksis?
- I hvilken grad dekker senteret behovet for brukeropplæring i regionen?
- Er det andre behov i det lokale rus- og psykisk helsearbeidet som de brukerstyrte sentrene bidrar til å dekke?
- Hvordan fungerer samarbeidet med andre lokale, regionale (og evt. nasjonale) instanser?

## 1.4 Metode

---

Denne evalueringen av de regionale brukerstyrte sentra bygger i hovedsak på kvalitative metoder i form av dokumentgjennomgang og intervjuer.

### 1.4.1 Dokumentgjennomgang

Som et grunnlag for evalueringen har vi gjennomgått litteratur om brukermedvirkning på psykisk helsefeltet generelt, og dokumentasjon vedrørende tilskuddsordningen og de seks brukerstyrte sentrene spesielt. Denne skriftlige dokumentasjonen inkluderer blant annet:

- Årsrapporter og virksomhetsbeskrivelser fra de seks sentrene
- Sentrenes søknader og årlige rapporter på tilskuddet fra Helsedirektoratet
- Aktivitetslister
- Kursbeskrivelser og kursevalueringer
- Eventuelle eksterne eller interne evalueringer av metoder og prosjekter
- Eventuelle skriftlige uttalelser fra brukere og samarbeidsaktører
- Informasjon på nettsidene til de seks sentrene

### 1.4.2 Kvalitative intervjuer

For å få inngående oversikt over erfaringer, praksiser og utfordringer ved hvert senter, har vi gjennomført et stort antall kvalitative dybdeintervjuer.

Vi har besøkt hver senter i 2-3 dager, og gjennomført intervjuer med et utvalg informanter tilknyttet sentrene:

- Daglig leder og medarbeidere på sentret, herunder tidligere ansatte
- Eventuelt enkelte frivillige tilknyttet sentret
- Representanter fra brukerorganisasjonene i styret
- Et utvalg brukere som har gjennomført kurs eller opplæring i regi av senteret
- Et utvalg av lokale og regionale samarbeidspartnere. Dette har inkludert både ansatte i kommuner, spesialisthelsetjenesten, kompetansesentre og utdanningsinstitusjoner og andre brukerorganisasjoner.

Intervjuene ble gjennomført som en kombinasjon av fokusintervjuer og personlige intervjuer. Fokusgruppeintervjuer som metode kjennetegnes ved at utvalgte personer samles for å snakke om et felles tema og at intervjuet i større grad får form av en samtale enn et intervju. Slik sett får også intervjueren i større grad en rolle som moderator, som en som veileder samtalen, enn som en tradisjonell intervjuer. Denne metoden er godt egnet til å få frem reelle problemstillinger og valgsituasjoner idet personer som deltar i fokusgruppene – dersom intervju situasjonen legger godt til rette for det – diskuterer ut fra sine respektive faktiske, ulike erfaringer fremfor idealiserte fremstillinger. Intervjuene ble foretatt i grupperom med en eller to forskere til stede. De aller fleste intervjuene ble tatt opp på bånd og notater ble tatt underveis.

Enkelte intervjuer har blitt gjennomført på telefon i etterkant av besøket på senteret. Det totale antall intervjuer og sammensetningen av informanter har variert fra senter til senter, også ettersom det var noe forfall til intervjuene. Det er sentrene som har foreslått informanter etter spesifikasjoner fra Telemarksforskning. Totalt har vi intervjuet i overkant av 120 personer:

- Bikuben: 24 personer
- KBT: 19 personer
- Pårørende kompetanse: 14 personer
- Sagatun: 35 personer
- ROM: 20 personer
- Vårres: 10 personer

Vi har også gjennomført et intervju med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Vårt utvalg av informanter har skjedd via henvendelse til de brukerstyrte sentra. Det at våre kontakter er valgt ut på denne måten, kan bidra en skjevhet i utvalget ved at det er de mest positive som er villig til å stille til intervju. Vårt inntrykk er likevel at flertallet av informanter, har gitt oss et balansert bilde av hvordan sentrene fungerer. Vi har fått innblikk i mange gode erfaringer, men også utfordringer og konflikter. Flere av fokusgruppene har vært sammensatt av folk med ulik bakgrunn og tilknytning til sentrene, noe som trolig har bidratt til at de aktuelle, pågående diskusjonene har blitt godt belyst. Eksempler på diskusjonstemaer som er blitt tatt opp i fokusgruppeintervjuene, er sentrenes rolle vis a vis brukerorganisasjonene, senternes organisering og samarbeid, involvering av frivillige, og bruk av erfaringskonsulenter.

### 1.4.3 Annen deltakelse

I tillegg til intervjuene har vi deltatt på enkelte arrangementer i regi av sentrene:

- To forskere har deltatt på en todagers strategikonferanse arrangert av KBT-Midt Norge, sammen med en rekke lokale, regionale og nasjonale samarbeidsaktører, også fra andre regionale brukerstyrte sentre.
- To forskere har deltatt på årsmøtet til Vårres brukerstyrte senter
- Én forsker har deltatt som observatør på «møteplass» i regi av Pårørende Kompetanse
- Én forsker har deltatt som observatør på selvstyringskurs i regi av Sagatun

Ideelt sett kunne det vært gjennomført intervjuer med flere personer på hvert senter, både brukere og samarbeidspartnere. De har imidlertid vært vanskelig innenfor de rammene vi har hatt

til rådighet. Vi mener likevel at det samlede materialet gir et fyldig inntrykk av de brukerstyrte sentrene, og danner et godt grunnlag for å vurdere de overordnede evalueringsspørsmålene.

## 1.5 Rapportens oppbygging

---

Denne rapporten består av i alt 10 kapitler.

Kapittel 2 utgjør et relativt kort kapittel der vi presenterer brukermedvirkning som begrep.

Kapittel 3 til 8 inneholder beskrivelser av hvert av de regionale brukerstyrte sentrene:

- Kapittel 3: Bikuben
- Kapittel 4: KBT- Midt Norge
- Kapittel 5: Pårørende kompetanse
- Kapittel 6: ROM – Agder
- Kapittel 7: Sagatun
- Kapittel 8: Vårres

I kapittel 9 oppsummerer vi og sammenligner vi funnene fra hvert av de seks sentrene, mens vi i kapittel 10 gir vi våre vurderinger knyttet til de overordnede problemstillingene for evalueringen, og gir enkelte anbefalinger for veien videre.

## 2. Brukermedvirkning som begrep

Som et bakgrunnsteppe for gjennomgangen av de brukerstyrte sentrene, vil vi i dette kapitlet se nærmere på eksisterende kunnskap om brukerinnflytelse. Dette danner både utgangspunktet for sentrenes virksomhet, og for problemstillingene vi belyser i evalueringen.

### 2.1 Definisjoner av brukermedvirkning

---

Brukermedvirkning har lenge vært en overordnet målsetting i velferdspolitikken, og retten til brukermedvirkning er lovfestet i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 3—1. Samtidig finnes det ingen entydig definisjon av begrepet. På Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside står det følgende om brukermedvirkning:

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Her betraktes med andre ord brukermedvirkning som det å få økt innflytelse. Samtidig ligger det forventinger om at denne innflytelsen skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene, og at dette skal skje uten at behandler fratras sitt faglige ansvar. Dette må således forstås som at det er en grense for hvor langt brukernes innflytelse skal gå, gitt at maktfordelingen er et nullsumspill. Alternativt kan det forstås som at makten er dynamisk og at brukernes makt kan øke uten at det går ut over den fagansvarliges ansvar. Brukerens makt kan således økes uten at det nødvendigvis går ut over den fagansvarliges makt. I noen tilfeller berører ikke maktsfærene hverandre, i noen tilfeller kolliderer de og atter i noen tilfeller styrker de hverandre (Haukelien m. fl. 2011).

En lignende definisjon finner vi i rapporten ”Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse” (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Her står det at

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

Denne definisjonen omfatter både en innholdskomponent og en metodekomponent. Innholdskomponenten blir her bruk av brukerens erfaringskunnskap, mens metodekomponenten blir bruk av dialog/samspill. Dette må forstås dithen at erfaringskunnskapen skal balansere opp for ekspertkunnskapen, og at dette skal gjøres i en dialog mellom bruker og ekspert (Haukelien m. fl. 2011).

En vanlig kategorisering av brukermedvirkning er å skille mellom tre ulike nivåer: *individnivå*, *systemnivå* og *politisk nivå*. Som nevnt i innledningskapitlet fremheves både individ- og systemnivået i de overordnede målene for brukermedvirkning i Opptappingsplanen for psykisk helse.

## 2.2 Brukermedvirkning på individnivå

---

På individnivå defineres brukermedvirkning som det å få innflytelse i forhold til et bestemt tjenestetilbud, dvs. medvirkning i forhold til valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Dette vil igjen innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. I opptrappingsplanen for psykisk helse er det formulert ulike delmål knyttet til brukermedvirkning på individnivå:

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

Sosial- og helsedirektoratet (2006) fastslår at for at retten til medvirkning skal bli reell, er det særlig viktig med tilstrekkelig og tilpasset informasjon:

Alle brukere må få nødvendig informasjon for å ivareta sine rettigheter. Informasjonen må være god nok til at brukeren har et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse, og tilpasses brukerens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Videre påpekes det at brukeren må få informasjon om sykdommen, ulike behandlingsalternativer og hva som finnes av aktuelle tjenestetilbud for den enkelte, samt om tjenesteutøvers vurderinger og forslag til konklusjoner.

Som det siste punktet antyder er det å styrke mestringsevne og selvhjelp også viktig elementer av brukermedvirkning på individnivå. Dette viser at brukermedvirkning er nært knyttet til begrepet *empowerment*. Empowerment tar utgangspunkt i et positivt syn på mennesker som et aktiv og handlende subjekt, og som kan og vil sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Rapport (1981) beskriver empowerment som det «å oppnå kontroll over eget liv i en sammenheng hvor en deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter en lever under». Begrepet er oversatt til norsk med begreper som «myndiggjøring» og «egen-kraftmobilisering» (Haukelien m. fl. 2011). I empowerment-teorien er det et grunnleggende premiss at brukerne selv skal stå for sin egen myndiggjøring, og at fagfolkenes rolle er å legge til rette for at dette kan gjøres. I denne sammenhengen er det også nyttig å trekke på skillet mellom *terapeutisk* og *instrumentell* brukermedvirkning, som beskriver to ulike formål ved brukermedvirkningen (Sverdrup m. fl. 2005). Ved terapeutisk brukermedvirkning er formålet nettopp å gi brukeren et mer aktivt forhold til egen lidelse/sykdom og behandling, som kan styrke brukerens selvrespekt og mestringsevne. Tanken er at brukere besitter ressurser som de kan ta i bruk for å delta i egen behandling. Ved instrumentell brukermedvirkning er formålet å bedre tjenesteapparatet, og medvirkningen benyttes for å rette opp svikt og brister og skape bedre tjenester. Det gjelder både selve tjenestene og systemene for samordning av tjenestene på både individ- og ulike systemnivå.

I evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse konkluderes det med at brukermedvirkning har fått en langt mer sentral plass i løpet av planperioden, blant annet gjennom økt fokus på ansvarsgrupper og individuell plan (Brofoss m. fl. 2009). Samtidig fastslås det at fortsatt gjenstår store utfordringer på området, og at kommunene har et godt stykke igjen før de eventuelt



kan sies å realisere intensjonene om å styrke brukeren og brukerens stilling. Resultater fra flere av studiene i evalueringen tyder på at det er særlige utfordringer knyttet til de pårørendes rolle, og at de pårørende er en gruppe som på mange måter faller utenfor (Sverdrup m. fl. 2007). I en undersøkelse fra 2005 finner NIBR at pårørende til voksne brukere opplever å få svært lite informasjon, og at den kunnskap de har om den som er syk i liten grad blir hørt eller verdsatt av behandlere. Det finnes heller ikke noe system for å ivareta behovene til pårørende som selv står i fare for å bli syke pga. belastningene knyttet til psykisk sykdom hos en de står nær (Sverdrup, Kristofersen og Myrvold 2005).

## 2.3 Brukermedvirkning på system- og politisk nivå

---

På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukeren «inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål» (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Dette må forstås i retning av at deltakelsen skjer i form av representasjon og i forhold til beslutninger fattet innenfor tjenesteapparatet. Representantene skal bidra med sin kunnskap til fagfolk, administrasjon og politikere i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud.

Pasienter og brukeres rett til medvirkning på systemnivå er lovfestet i helseforetaksloven (Sosial- og Helsedepartementet 2001b). I Opptreppingsplanen for psykisk helse er det formulert flere mål knyttet til brukermedvirkning på systemnivå:

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

På politisk nivå er det viktig at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert i prosesser før politiske beslutninger fattes: «Brukerrepresentanter bør så langt som mulig oppnevnes til råd, utvalg og komiteer som legger premisser for politisk beslutninger innen psykisk helsefeltet» (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Videre skriver Sosial- og helsedirektoratet at det bør vurderes en kombinasjon av representativ deltakelse og brukerhøringer, hvor en inkluderer større brukergrupper i utviklingen av et område eller et tiltak.

I etterkant av Opptreppingsplanen for psykisk helse er det flere studier som har forsøkt å kartlegge omfanget av brukermedvirkning på systemnivå. I 2009 fant NIBR at det har vært en jevn økning i andelen kommuner som har brukerråd og lignende knyttet til det psykisk helsearbeidet (Myrvold m. fl. 2009). Mens én av fire kommuner hadde brukerråd i 2002, er det i 2008 vel halvparten av kommunene som oppgir ikke å ha et slikt organ. Det har imidlertid blitt gjort mindre forskning på hvordan slike systemer fungerer i praksis og i hvilken grad de har betydning for utformingen av tjenestene. Et av unntakene er Vatne, som omtaler brukerråd tilknyttet en sykehjemsavdeling (Vatne 1998). Hun viser bl.a. til at brukerrådene representerer en arena preget av både konsensus og konflikt, samtidig som det også utgjør en læringsarena som preges av en prosess med prøving og feiling. Forfatteren sier også at hjelperne som deltar i slike råd, har liten tradisjon for å tenke medvirkning. Et annet interessant moment som tas opp, er representasjonsproblemet. På den ene siden er det viktig å ha kompetanse ut over det å være bruker for å

ikke ende som gissel for fagfolk. På den andre siden kan dette bidra til skjev representasjon og at brukerne kun representerer seg selv og sitt syn.

En nyere forskningsrapport fra Telemarksforskning om brukermedvirkning i helse- og omsorgs-sektoren støtter i stor grad de funnene som ble presentert i avsnittet over. Rapporten baserer seg på dokumentstudier, litteraturstudier og egne undersøkelser i 9 casekommuner (Haukelien m. fl. 2011). Erfaringene fra casekommunene viste at brukermedvirkning og brukerstyring både på individ- og systemnivå utfordrer tradisjonelle fagsentrerte arbeidsmåter og prioriteringer. De aktualiserer også flere type dilemmaer i tjenestene, blant annet i sammenheng med manglende kunnskap om, og ressurser til å etablere og vedlikeholde systemer for brukermedvirkning og brukerstyring. En siste relevant utfordring berører forholdet mellom systemene og innholdet i dem. Undersøkelsen viser – ikke overraskende – at det etableres brukerråd og andre pålagte organer for brukermedvirkning uten at de nødvendigvis medfører reelt større brukerinnflytelse.

Boken «Brukermedvirkning i helsetjenesten» tar opp problemstillinger rundt brukerutvalg innenfor spesialisthelsetjenesten (Andreassen 2005). Forfatteren viser bl.a. til at det er utfordrende for brukerrepresentanter å skaffe seg kunnskap om hele brukergruppen, og at utfordringen naturlig nok er større desto mer omfattende gruppe som skal representeres. I følge Andreassen er sjansen for at representantene vil representere bredere grupper dersom de hentes fra brukerorganisasjoner og brukerfellesskap enn om de plukkes ut som enkeltpersoner. Det fremgår også i boken at det stilles store og noen ganger motstridende forventinger til de som skal representere brukerne, for eksempel ved at de både skal representere sin egen gruppes interesser og være i stand til å se helheten, de økonomiske rammene og behovet for å prioritere. Et annet poeng som tas opp, er at brukerrepresentantene ikke har andre maktmidler enn sine argumenter, og at deres medvirkning derfor foregår på helsetjenesten og hjelpeapparatets premisser. I boken vises det også til noen forhold som er viktige å ta hensyn til dersom brukerne skal ha innflytelse. Et forhold er at det er systemer for hvordan saker bringes inn i medvirkningsprosessene og hvordan synspunkter bringes tilbake til tjenesten. Et annet forhold er at brukermedvirkning bør komme inn tidlig i beslutningsprosesser.

Til slutt kan vi her ta med evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse. I oppsummeringen av denne ellers brede evalueringen, konkluderes det med at vi vet relativt lite om innholdet av brukermedvirkningen og effekten av denne på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå (Brofoss m. fl. 2009). I følge rapporten er det på disse nivåene – hvor behandlingstilbudene utformes – at brukernes organisasjoner vil kunne spille en viktig rolle.

## 2.4 Brukerstyring

---

Det er vanskelig å finne en entydig definisjon på «brukerstyring», men ofte opptrer og sidestilles det med andre begreper som brukermedvirkning og myndiggjøring. I NOU 2001: 03 finner vi at det også defineres som institusjonelle ordninger hvor brukere gis representasjon (Sosial- og helsedepartementet 2001a):

Brukerstyring kan forstås som en generell modell for organisering av offentlig sektor, der formelle brukerorgan gis makt og ansvar på institusjonsnivå.

Definisjonen peker på at brukerstyring dreier seg om reell styringsmulighet, enten i form av institusjonelle ordninger eller på tjenestenivå. Begrepet vil derfor kunne overlappe med brukermedvirkning. Men mens brukerstyring innbefatter elementer av reell innflytelse eller styringsmuligheter, er ikke dette nødvendigvis tilfelle når vi snakker om brukermedvirkning.

# 3. Bikuben brukerstyrte senter

Bikuben regionale brukerstyrte senter driver informasjons- og kursvirksomhet på regionalt nivå i om lag 90 kommuner og bydeler i Nordland, Troms og Finnmark. Senteret er i dag et av de største bruker- og pårørendenettverkene i Nord-Norge.

## 3.1 Kort om senteret - organisering og struktur

---

Bikuben brukerstyrte senter er lokalisert i Borkenes i Kvæfjord kommune. Ideen om å starte et brukerstyrt tilbud i dette området – den gang en brukerstyrt pasientskole – oppsto blant medlemmer av Mental Helse Troms allerede på midten av 1990-tallet. Etter hvert sluttet fylkeslagene i Mental Helse Nordland og Finnmark seg til idéen, og de to fylkeslagene gikk sammen med Mental Helse Troms om å utrede og iverksette et brukerstyrt tilbud. Da prosjektfinansieringen fra Helsedirektoratet ble utlyst, ble de eksisterende planene omarbeidet og relatert til direktoratets føringer, og den første prosjektperioden ble satt til 2004-2006. I april 2005 ble det ansatt en prosjektleder på Bikuben i 100 % stilling.

Etter styrevedtak fattet i 2009 og 2012 ble henholdsvis Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) fylkeslag Troms og ADHD Norge fylkeslag Finnmark tilsluttet Bikubens styre. Representanter fra tre organisasjoner og syv fylkeslag utgjør dermed Bikubens styre: Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) Troms fylkeslag og ADHD Norge Troms, Nordland og Finnmark. Ifølge årsrapporten fra 2014 har man valgt å ha en styresammensetning med forholdsvis mange representanter for på den måten sikre god bredde i representasjonen.

I dag består den faste bemanningen på Bikuben består av daglig leder (100 %), og en medarbeider i full stilling. Medarbeider har hovedfokus rettet mot administrasjon, men deltar også i øvrig drift/aktivitet. I 2014 hadde senteret en person ansatt 50 % på arbeid med lønnskudd, samt to personer i praksisplass. Per i dag er imidlertid begge praksisplassen vakante.

## 3.2 Visjoner og målsettinger

---

Ifølge egne nettsider er Bikubens visjon å være «et opplæringstilbud for hele Nord-Norge som ved hjelp av brukerressurser bidrar til å bygge opp livskvalitet og livsglede med ansvar for egen helse og egen læring».

Ifølge vedtektene kan Bikubens formål oppsummeres i seks punkter:

- Bikuben er en ressursbase for brukere, pårørende, organisasjoner og andre som representerer bruker og pårørende fellesskap
- Bikuben skal være et opplæringstilbud for hele Nord Norge som ved hjelp av erfaringskompetanse bidrar til å bygge opp livskvalitet og livsglede med ansvar for egen helse og egen læring
- Bikuben skal fremme brukermedvirkning og erfaringskompetanse innen folkehelsearbeidet, med spesielt fokus rettet mot psykisk helse og rus

- Bikuben skal utvikle, tilrettelegge og gjennomføre kurs og opplæringspakker med fokus på bruker- og pårørendeperspektivet
- Bikuben skal bygge nettverk for brukere og pårørende og være en brobygger mellom organisasjoner

Ifølge daglig leder er grunnlagstenkningen i Bikuben basert på empowerment; selvhjelpsforståelse for økt mestringsfølelse og personlig vekst. Senteret ønsker å legge til rette for arenaer der brukerne får muligheter til å nyttiggjøre seg sine egne ressurser og økt mestringsfølelse, samt bedre tjenestene ved å tilføre erfaringskompetanse på ulike nivåer. Bikubens jobber dermed både for å fremme brukermedvirkning på individ- og systemnivå.

### 3.3 Målgrupper

---

Bikubens primære målgruppe er «folk flest fra Nord-Norge»: mennesker med bruker- og pårøndererfaring, voksne, barn/unge og også tjenester og forvaltning samt studenter og utdanningsinstitusjoner. En gjennomgang av aktivitetslistene de siste par årene gir oss noen konkrete eksempler på målgrupper for aktivitetene de siste årene:

- Pårørende
- Barn og unge som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer
- Personer som har problemer med å komme inn på bolig- og arbeidsmarkedet
- Brukerrepresentanter og erfaringsformidlere fra organisasjonene
- Ansatte i kommuner - NAV
- Ansatte i Helsetjenestene
- Undervisningsinstitusjoner - lærere, studenter, elever

Ifølge Bikubens nettsider har de vanligste deltakerne vært frivillige organisasjoner, herunder Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) (som har etterspurt opplæring av brukerrepresentanter), samt brukere og pårørende som nødvendigvis ikke er tilsluttet organisasjoner. Etterspørselen fra høyskoler og videregående skoler er imidlertid økende, det er også interessen fra enkeltstående organisasjoner ute i lokalsamfunnene.

#### 3.3.1 Prosjekter og aktiviteter

Bikuben tilbyr et bredt spekter av ulike typer aktiviteter ute i regionene, særlig forelesninger, kurs og gruppesamlinger relatert til aktuelle tema. Enkelte kurs arrangeres i regi av Bikuben, mens andre arrangeres i regi av kommuner eller organisasjoner, med Bikuben som samarbeidspartner. På Bikubens nettsider gis en oversikt over noen prioriterte kurstemaer siden oppstart:

- Diverse generelle mestringskurs
- Regionale kurs for ungdom
- Angstmestring
- ADHD
- Tourettes Syndrom
- OCD (tvangstanker og -handlinger)
- Brukerrepresentant på systemnivå
- Individuell plan

- Studielederopplæring
- Organisasjonskurs
- Likemannsutdanning
- Foredrag, åpne møter, høyskoler
- Pårørendearbeid innen psykisk helse

I årsrapporten fra 2014 nevnes det at Bikuben har arrangert, vært involvert som ressurs eller deltatt i kurs og andre settinger hvor om lag 2500 andre personer også har deltatt. Listen nedenfor gir en oversikt over et utvalg kurs i 2013 og 2014.

«Pårørende – en ressurs»	<p>I samarbeid med Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse(LPP) i Nord Norge har Bikuben utviklet 2 kursmoduler innen pårørende-opplæring, samt 1 kurs med tema Barn som pårørende. Modul 1 har pårørende som målgruppe, mens modul 2 retter seg mot tjenesteapparatet og utdanningsinstitusjoner.</p> <p>Kursene tar utgangspunkt i at den enkelte pårørende har ulike roller, både i forhold til den som er syk og i forhold til helsevesenet. Rollene deles inn i fem kategorier; pårørende som kunnskapskilde, som omsorgsgiver, som pasientens representant, som del av pasientens nærmiljø og med egne behov. Hvilke roller den enkelte pårørende innehar har betydning for hvordan de bør involveres. Kursmodulene tar utgangspunkt i veilederen «Pårørende-en ressurs» utgitt av Helsedirektoratet».</p> <p>I 2013 hadde kurset 3 gjennomføringer med til sammen 55 deltakere. I 2012 var antall deltakere 38.</p>
«Sjef i eget liv»:	NAV har gitt Bikuben tilskudd til aktivisering og arbeidstrening av personer med liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Prosjektet bygger på empowerment hvor brukere og pårørende deltar i Bikubens aktiviteter. Totalt har det så langt vært 4 deltakere inn i prosjektet.
«SMIL- Styrket mestring i livet»	SMIL er et læring- og mestringskurs for barn og unge som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer. Konsepter består av 10 fysiske samlinger for barn hvorav to samlinger for hele familien/pårørende. Kurset er utviklet i samarbeid med UNN Harstad og Harstad kommune.
«Brukerrepresentant systemnivå»	Utvikling av kurspakke samt bidratt i gjennomføring av kurspakke for styrking av brukerrepresentant systemnivå, evaluering og videreføring av kurskonseptet. Dette har vært kurs for brukerrepresentanter i brukerutvalg i NAV samt ulike kurs for styrking av brukerrepresentanter innen rus og psykisk helse
«ADHD skoleverket» (ADHD rabagast eller ressurs)	Prosjektet er et samarbeid mellom Bikuben og de ulike fylkeslag i ADHD Norge. Målet er å spre kunnskaper om og rundt utfordringer innen ADHD og derved bidra til bedre tjenester og innhold i hverdagen. Prosjektet hadde én gjennomføring med 44 deltakere i 2014.

«Æ vil ha jobb»	Et samarbeid mellom Batteriet Nord Norge, Sisa kultursenter og Bikuben. Målgruppen er vanskeligstilte på arbeidsmarkedet og målet er synliggjøring av muligheter, bidra til ekstra motivasjon og nettverksbygging.
«Incest/vold mot barn»	Et samarbeid med Batteriet Nord Norge og SMISO (organisasjon for seksuelt misbrukte). Målet med konseptet er å sette fokus på seinskader/problemer mange sliter med etter Incest og seksuelle overgrep. Én gjennomføring i 2013 med 21 deltakere.

De ansatte forteller at de legger stor vekt på å tilpasse kursopplegget etter hver enkelt oppdragsgivers ønsker, og å justere innholdet etter tilbakemeldinger fra deltakerne. I kursene kombinerer man gjerne innlegg fra Bikubens formidlere med innlegg fra ulike fageksperter, for på den måten få en god balanse mellom erfaringskompetanse og fagkompetanse. Eksempelvis gjennomføres kurset «pårørende ressurs» i samarbeid med veiledningssenteret for pårørende og pasient- og brukerombudet. Man kobler også på lokale brukerorganisasjoner, slik at det lokale nettverket blir fremtredende. De fleste kursene foregår ute i lokalsamfunnene, men Bikuben organiserer også veiledningsmøter og samtalegrupper for pårørende i senterets lokaler. Flere informanter nevner for øvrig at selv om etterspørselen etter kurs jevnt over stor, kan det være lettere å rekruttere kursdeltakere i små lokalsamfunn enn i større byer, der tilbudet gjerne «drukner» i utvalget av aktiviteter som tilbys.

I tillegg til kursvirksomheten bidrar Bikuben som ressurs og samarbeidspartner på flere områder, blant annet i ulike råd og utvalg, innlegg på konferanser og nettverksarbeid. I 2014 og 2013 kan blant annet nevnes:

- Representert i styret og flere utvalg i Velferdsalliansen, en allianse av 30 norske organisasjoner som har kanalisert sitt arbeid mot fattigdom og sosial ekskludering i et forum
- Representert med to brukerrepresentanter i Samarbeidsforum mot fattigdom (SF), bestående av organisasjoner som representerer stigmatiserte grupper og mennesker som lever med dårlig økonomi i Norge
- Samhandling og felles arrangementer med Selvhjelp Norges representant i Nord Norge
- Kurs for brukerrepresentanter for UNN Tromsø senter for psykisk helse, samt opplæring av erfaringsformidlere
- Representert med erfaringskompetanse i Rusforum Troms og opprettet nettverk med behandlingsinstitusjonene Nordlandsklinikken og Finnmarksklinikken

Bikuben har i tillegg et samarbeid med Høgskole i Harstad, videreutdanning i psykisk helse/rus, der de er inne 1 til 2 ganger i året med erfaringsformidling innen tema som ADHD, Tourette og OCD.

### 3.4 Opplæring av brukerrepresentanter

Som oversikten over prosjekter og aktiviteter viser, har Bikuben de siste årene utviklet og gjennomført kurspakker for styrking av brukerrepresentanter på systemnivå, for blant annet NAV

og UNN<sup>2</sup>. De har også tidligere år arrangert tilsvarende kurs i samarbeid med FFO og Mental Helse. I tillegg har Bikuben arrangert kurs i erfaringsformidling, samt opplæring av prosessledere i Verktøykassa i samarbeid med Sagatun brukerstyrte senter. Noen av kursene er rettet mot personer som allerede fungerer som brukerrepresentanter/erfaringsformidlere, mens andre er åpne kurs for alle som har interesse av opplæring i brukervedvirkning og brukerrepresentasjon.

En gjennomgang av kursrapporter og evalueringsskjemaer viser at samarbeidsaktøren som regel står for rekruttering av deltakere, forhåndsinformasjon, påmelding og teknisk arrangement, mens ansvaret for kursinnholdet og forelesere. Undervisningsformen er gjerne en kombinasjon av dialog, presentasjoner/foredrag og gruppearbeid. I en beskrivelse av kurs for erfaringsformidlere og brukerrepresentanter (2013) vektlegges det at kursdagen bygger på at kursdeltakerne skal aktiviseres: «Den viktigste egenskapen til brukerrepresentanten er å kommunisere på en god og trygg måte. Vi skal skape debatt, utfordre deltakere på å komme med praktiske eksempler, egen erfaring osv. Kommunikasjon vektlegges gjennom hele kurset. Deltakernes fremføringer og kommunikasjon er et ledd i arbeidet med å bli trygg» Stikkord for kursinnholdet er «aktiv lytting», «kroppsspråk og dobbeltkommunikasjon», «skape gode relasjoner», hva innebærer vervet», representere andre», «bruk av nettverk» og «grensesetting».

Evalueringsskjemaene viser at brukeropplæringskursene gjennomgående får gode tilbakemeldinger fra deltakere. Kursene som ble holdt for NAV og UNN i 2013 og 2014, blir alle vurdert med en gjennomsnittsscore på over 8 av 10 mulige. 11 av 15 deltakere på kurset for brukerrepresentanter for UNN oppgir at de er «svært tilfreds» med arrangementet.

UNN og Velferdsalliansen, som utviklet kurspakken for NAV i samarbeid med Bikuben, gir følgende tilbakemeldinger i en skriftlig uttalelse:

Tilbakemeldingene fra alle deltakere viser at dette vil føre til en positiv effekt i de miljøene som brukerrepresentanter kommer fra. I tillegg har velferdsalliansen rekruttert flere og mer kompetente brukerrepresentanter til NAV» (Velferdsalliansen)

Bikubens opplæringskompetanse og kunnskap har vært avgjørende for gjennomføringen av disse kursene. Som et direkte resultat av dette har en deltaker fra kurset blitt ny brukerrepresentant, og vedkomne har vært med i arbeidsgruppen som har risikovurdert mulige innsparinger ved klinikken etterkrav fra styret i UNN HF» (UNN Tromsø senter for psykisk helse)

Intervjuene viser at Bikuben har hatt relativt «frie tøyler» til å organisere kurs for brukerrepresentanter på vegne av eierorganisasjonene, og at det først og fremst er egen kapasitet og økonomi som begrenser omfanget. Det ser ut til at brukerorganisasjonene i regionen har et relativt begrenset kurstilbud for sine brukerrepresentanter, og at Bikubens innsats på området derfor anses som positivt. Manglende ressurser og store geografiske avstander blir trukket frem som store utfordringer for brukerorganisasjonene. Flere av representantene fra eierorganisasjonene oppgir i intervju at de aldri eller sjelden har fått tilbud om brukeropplæringstilbud i egen organisasjon:

Det har aldri kommet noen og sagt at de skal hjelpe til å styrke meg som brukerrepresentant, heller ikke min egen organisasjon.

Jeg har vært medlem i mange år, men har aldri vært bort i at de har tilbudt noen sanneling. Når vi fikk lov å samarbeide med bikuben, var det første gang jeg hørte om det.

---

<sup>2</sup> Bikuben deltok tidligere i utviklingen av nasjonal ressurspakke for brukeropplæring i regi av Mental Helse Kompetanse (nå Erfaringskompetanse).

I intervjuene blir det trukket frem at styrken ved Bikuben er at de kan skreddersy et kursopplegg som kan utfylle for eksempel FFO sine brukeropplæringspakker. Inntrykket er at samarbeidet mellom Bikuben og eierorganisasjonene fungerer godt på dette området, og at det ikke er store konflikter når det gjelder rolle- og ansvarfordeling. Det synes å være en forståelse av at organisasjonene ikke har ressurser nok til å dekke behovet for brukeropplæring selv, og at resultatet ofte blir bedre dersom flere samarbeider om felles mål.

Rekruttering av brukerrepresentanter er i hovedsak brukerorganisasjonenes ansvar, og medarbeiderne på Bikuben oppgir at de derfor ønsker å trå varsomt på dette området. I intervjuene legger imidlertid flere av informantene vekt på at Bikuben spiller en rolle også her. Siden mange av kursene Bikuben tilbyr er åpne for «folk flest» i regionen, når senteret ut til langt flere enn kun medlemmer av brukerorganisasjoner. Dette kan være personer som i utgangspunktet ikke har et ønske om å engasjere seg i organisasjonslivet, men som likevel velger å melde seg inn i en brukerorganisasjon etter endt kursdeltakelse. Bikuben har også oversikt over et stort nettverk av ulike aktører på psykisk helsefeltet, noe som gjør det mulig å «finne frem» aktuelle brukerrepresentanter. To av informantene uttrykker dette slik:

Kommer du i kontakt med Bikuben kommer du i kontakt med et stort nettverk, så det er ikke til å unngå at du kan komme i kontakt med brukerrepresentanter, på alle kanter og bauger.

Det er ikke alle som vil være med i medlemsorganisasjoner. Hvis du har en ressursbase der du kan få tilført kompetanse, eller en møteplass (...). Noen ganger er det godt å ikke være knyttet opp til en organisasjon. Kanskje kan de da bli engasjert og melde seg inn etter hvert?

Flere av informanter, både medarbeidere på Bikuben på representanter fra eierorganisasjonene, forteller at det er et stort potensial og behov for et sterkere samarbeid om opplæring av brukerrepresentanter, og at dette bør få større fokus i årene fremover.

### 3.5 Brukermedvirkning på individnivå

---

Når det gjelder å fremme brukermedvirkning på individnivå, jobber Bikuben på flere måter: Senteret tilbyr kurs med fokus på blant annet mestringsfølelse og personlig vekst, samtidig som det fungerer som arbeidstreningsbase for personer i nærmiljøet. Dette er ofte mennesker med brukererfaring som har vært utenfor arbeidslivet i kortere eller lengre perioder. Enkelte jobber som frivillige, mens andre har praksisplass via NAV. Arbeidsoppgavene kan inkludere kontorstøttefunksjoner, kursproduksjon og forberedelser, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med kurs og annen aktivitet. De frivillige får mulighet til å delta på Bikubens ulike kurs dersom de ønsker det.

Intervjuer med både ansatte og frivillige, samt en rekke skriftlige uttalelser, understreker at engasjementet på Bikuben har betydd svært mye for flere av disse personene. Vi får høre historier om mennesker som har gått fra å være sykemeldte eller sterkt preget av psykiske vansker, til å være i lønnet arbeidet. Enkelte er i dag engasjerte som foredragsholdere for Bikuben eller i det lokale organisasjonslivet. I intervjuene vektlegger de frivillige at Bikuben er et sted der man får muligheten til å oppleve positive mestringsopplevelser sammen med likesinnede. Dette illustreres i flere av sitatene under:



Da jeg jobbet der hadde jeg sosial fobi. Takket være Bikuben, så ble jeg kvitt den. Fikk også deltatt på et angstkurs, som hadde positiv effekt på meg (..) Jeg tror dette har hatt stor betydning for veien videre for veldig mange. Det hadde det for meg. Og jeg vet at det er mye som Bikuben gjør, som hjelper veldig mange andre, med mange forskjellige lidelser, både psykisk og fysisk.

Bikuben har vært en arena hvor jeg har møtt likepersoner og andre brukere. Dette har gitt meg mulighet til å bygge opp mitt selvbilde og styrke mine egne ressurser (..) Jeg har vært alvorlig psykisk syk i masse år med kraftig medisinerings og psykoser. I dag er jeg betraktelig bedre og snart medisinfri – mye av denne fremgangen i recovery prosessen min ligger i støtten, nettverket, likepersonsarbeidet og veiledningen i Bikuben

Det å bli kjent med andre med samme type problemstillinger som meg selv, å dele erfaringer med slike mennesker, og å få forståelsen av at jeg ikke er alene om disse problemene, har på mange måter vært til stor hjelp for meg.

Hadde det ikke vært for Bikuben, så hadde jeg ikke vært her i dag. (..) Ting blir ufarliggjort, man ser at det er flere som er som meg.

Uansett hva vi sliter med, er vi alle like her, og alle har noe å bidra med. Her er takhøyden stor, men fallhøyden liten. Jeg ser at Bikuben, arbeidet og samarbeidet der er med på å styrke sjøtillit og tro på framtida for deltakerne.

Jeg har vært lenge utenfor arbeidslivet og stort sett styrt min egen hverdag. Det å komme inn i normale arbeidsforhold er en stor forbedring for meg, og det å få være en del av noe så viktig som det Bikuben betyr mye.

Evalueringskjemaene av ulike kurs rettet mot enkeltpersoner viser også jevnt over gode tilbakemeldinger. Samarbeidspartnere med kjennskap til kursene legger vekt på at kurslederne på Bikuben er dyktige på å skape trygghet i deltakergruppen, og å ha et gjennomgående sterkt fokus på mestring. Også her fremhever både deltakere og andre involverte viktigheten av å utveksle erfaringer med andre i samme situasjon. Kanskje særlig for pårørende som ikke er medlem av LPP, kan det være vanskelig å «finne hverandre» uten å delta på organiserte samlinger. En av deltakerne på et kurs for pårørende gir følgende beskrivelse:

Kurset gav meg flere verktøy og god ny kunnskap til å handtere min rolle som pårørende, samt at jeg fikk en opplevelse av å tilhøre et fellesskap. Det å slippe å føle seg alene som pårørende og å kunne dele erfaringer og tanker var godt. Jeg opplevde dette kurset som ekte, ærlig og den kunnskap og de erfaringer som ble delt hadde rot i det virkelige liv. Dette var på mange måter hvordan livet er i praksis for mange og bar ikke preg av det som ofte kan føles som urealistisk tung teori. Den nye erfaringen ble også viktig for meg i min videre utdanning og i mitt møte med andre mennesker.

### 3.6 Bemanning og frivillighet

---

Som nevnt innledningsvis, består den faste bemanningen på Bikuben av daglig leder samt en medarbeider i full stilling. Av frivillige har senteret per i dag en person inne på fast basis fem dager i uka samt andre frivillige som deltar ved anledning og etter behov. Noen av de frivillige er godkjent som erfaringsformildere og instruktører, mens andre bidrar (som nevnt ovenfor) med kontorstøttefunksjoner, kursproduksjon og forberedelser, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med aktiviteter. Bikuben er dermed et av de regionale brukerstyrte sentrene som legger stor

innsats i frivillig arbeid. Bikuben er også godkjent av NAV som tiltaksarrangør, og har hatt flere på praksisplass på senteret.

Både i intervjuene og i årsrapporten fra 2014 kommer det frem at liten bemanning og begrensede ressurser oppleves som en stor utfordring for senteret. Ansatte og frivillige forteller at de tar det regionale oppdraget seriøst, og ønsker å være tilgjengelig for befolkningen i alle de tre nordligste fylkene. Store geografiske avstander og tilsvarende høye reisekostnader gjør imidlertid dette svært krevende. Ifølge daglig leder er Bikuben helt avhengig av den frivillige innsatsen for å opprettholde innsatsen, men også rekruttering og ivaretagelse av frivillige krever en fast bemanning i basen. Samtidig er etterspørselen etter kurs og opplæringstiltak jevnt større enn det senteret har kapasitet til å levere. På sikt ønsker Bikuben å knytte seg tettere til lokale erfaringsformidlere i regionene som kan bistå med gjennomføring av aktiviteter, slik at senteret i større grad kan fungere som en «støtte» eller administrator for arrangementene.

## 3.7 Samarbeid med andre instanser

---

Bikuben har et stort nettverk av samarbeidspartnere innenfor psykisk helse og rus i helse Nord-Norge. I en presentasjon på senterets nettsider nevnes følgende samarbeidsaktører:

- Organisasjoner, lag og foreninger
- Nasjonale kompetansesentra
- Kommuner, møteplasser, dagsentra, skoler og helsestasjoner sosialkontor, barnevernet NAV
- Funksjonshemmedes studieforbund
- Helse Nord RHF, Helseforetakene, LMS, DPS
- Fylkesmenn
- Fylkeskommunene, videregående skoler
- Høgskoler, universiteter, forskningsmiljø

### 3.7.1 Brukerorganisasjonene

Som nevnt innledningsvis består styret i Bikuben av representanter fra tre organisasjoner og syv fylkeslag: Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) Troms fylkeslag og ADHD Norge Troms, Nordland og Finnmark. LPP Troms og FFO Harstad disponerer også kontorplass på senteret. I løpet av evalueringsperioden har vi snakket med representanter fra alle de tre organisasjonene.

Informantene vi har intervjuet gir gjennomgående svært gode tilbakemeldinger på samarbeidsforholdet med Bikuben. De forteller at de er imponert over spennvidden i senterets kompetanse og kursvirksomhet, og at de er flinke på å tilpasse kurs og aktiviteter etter organisasjonenes ønsker og behov. To av informantene uttrykker dette slik:

Fleksibiliteten. De har et stort spekter. De er klar til å gjøre ting og finner frem til kandidater. You name it. De får tak i foredragsholdere.

De er unike fordi de kan tilføre noe der det er vanskelig å få ting til. Vi ba bikuben om assistanse til en foredragsturne om eldre som ressurs. Vi la frem prinsippene som vi ønsket å belyse, og nå jobber de med det. Jeg vet ikke hvor ellers jeg kunne henvendt seg til for å få til noe sånt.

I samtlige intervjuer er det imidlertid Bikubens funksjon som *ressursbase* og *nettverksaktør* i regionen som blir trukket frem som deres klart viktigste rolle. Denne funksjonen innebærer flere aspekter som beskrives på ulike måter:

- Bikuben har god oversikt over det psykiske helsearbeidet i regionen, og fungerer som en kunnskapsbase for brukerorganisasjonene. På grunn av sitt store nettverk har de også god oversikt over ressurspersoner som kan bidra som foredragsholdere på kurs etc.
- Bikuben fungerer som et bindeledd som samler og bidrar til økt samarbeid mellom organisasjonene i regionen, og mellom organisasjonen og det offentlige.
- Den tverrfaglige strukturen bidrar til at kunnskapsfeltet blir bredere og mer fleksibelt, og organisasjonene kan nyttiggjøre seg av hverandres kunnskap. Samtidig er det temaer som går på tvers i mange organisasjoner: Fattigdom og stigmatisering blir nevnt som eksempler.
- Siden Bikuben er en fysisk base med fast ansatte og frivillige, oppleves de som stabile og tilgjengelige for eierorganisasjonene. Organisasjonene har tillitsvalgte som «kommer og går», og som ofte er i full jobb ved siden av. Den faste staben på Bikuben gjør at de har mulighet til å tilføre organisasjonene ressurser og synliggjøre deres kunnskap, ved å markedsføre aktiviteter, tilrettelegge kurs, bistå med søknads-skriving etc.

Disse punktene illustreres godt i sitatene under:

Vi har en kunnskap som også Bikuben formidler. De er en kunnskapspool. Vi tillitsvalgte kommer og går, men her på Bikuben er det faste folk, og da blir også kompetansen her. De blir et slags arkiv for den kompetansen som måtte være i regionen i forhold til de forskjellige diagnosene og tilstandene. Det er den unike rollen de har, og som kan formidles videre. Den formidles inn i fagmiljøene.

Hver og en organisasjon har kunnskap, men med en ressursbase blir det bredere og mer fleksibelt. Det kan være lettere å komme i posisjon. Vi kan nyttiggjøre oss av kunnskapen, og koble det sammen igjen når vi skal på neste plass. Det tror jeg ikke mange andre har.

Når det gjelder organisasjonene, så er de et bindeledd for oss organisasjonene i mellom. Og andre som også måtte være interessert. De er et treffpunkt, som er et lim i regionen. Ikke minst en støttespiller.

Vi utfyller hverandre på mange måter. De har mer den overordnede oversikten, så fylkene kan gå sammen og få til aktiviteter sammen. Nå er det en barneleir på gang, og bikuben vil stå som arrangør av. Alle organisasjonene vil bli invitert. Det er et stort løft for regionen, vi ville ikke klart det alene.

Flere av informantene fra eierorganisasjonene gir uttrykk for at samarbeidet mellom organisasjonene og Bikuben var noe mer komplisert tidligere. I årene etter oppstarten var organisasjonene usikre på senterets rolle kontra deres egen, og hva eierforholdet i realiteten innebar. En av informantene forteller:

Det er vi organisasjonene som er eiere. Det har vært litt vanskelig å selge ut at dette er [et tilbud] i tillegg til det vi kan tilby. Det har ikke vært helt greit. Det er litt synd. Det dårligste samarbeidet vi hadde var helt oppe på toppen.

Vårt hovedinntrykk er imidlertid at samarbeidet i stor grad har «landet» etter noe opprydning. Flere forteller at man har utviklet en forståelse for at selv om hver organisasjon har sin egenart og sine kjernepunkt, kan Bikuben være et «tillegg» som bidrar til at alle drar i samme retning:

Når man jobber sammen i et nettverk får man mye mer til. Vi har ikke hemninger om at «dette er mitt bord». Det viktigste er alltid brukerne.

Det nevnes også at behovet for Bikuben har blitt større på grunn av mindre bemanning internt i organisasjonene, og at senterets brede målgrupper fører til at alle eierorganisasjonene opplever at de drar nytte av samarbeidet. Enkelte nevner imidlertid at Bikuben kan bli enda flinkere på å kartlegge de ulike organisasjonenes behov, for på den måten å kunne tilby enda mer skreddersydde kursopplegg.

### 3.7.2 Lokale og regionale samarbeidspartnere

Bikuben er lokalisert i samme bygg som Kvæfjord kommunes psykiatritjeneste, kommunens møtteplass, sosialtjenesten, NAV, barneverntjenesten og flyktningtjenesten. For de ansatte i psykiatritjenesten blir samlokalisering med Bikuben trukket frem som en stor fordel, og samarbeidet beskrives som godt. Nærheten til senteret gir tilgang på kompetanse, og det bidrar til et bredere tilbud for tjenestens brukere. I et skriftlig innspill gir psykiatritjenesten denne uttalelsen:

Fra starten av har vi vært samlokalisert og derfor hatt en unik mulighet til å følge utviklingen senteret har hatt. Dette har også vært fruktbart for oss i Psykiatritjenesten. Vi har fått delta på ulike kurs, vi har vært pilotkandidater i forbindelse med utviklingen av nye kurstilbud og våre brukere har også kunnet benytte seg av dette tilbudet (..) Vi loser gjerne våre brukere over til Bikuben for å få dem ut i aktivitet og for å få dem til å oppleve at de betyr noe, at de er viktige for samfunnet. I flere tilfeller har Bikuben blitt et springbrett ut i arbeidslivet igjen eller for første gang. Etter at LPP ble en del av Bikuben har også de bidratt til ny og viktig kunnskap i kommunen.

I likhet med eierorganisasjonene gir flere regionale samarbeidsaktører tilbakemelding om at Bikuben spiller en viktig rolle som nettverksbygger i Nord Norge. Batteriet i Nord Norge, et servicekontor for selvhjelp som er underlagt Kirkens bymisjon, har blant annet samarbeidet med Bikuben om prosjektet «Æ vil ha jobb». De gir følgende vurdering:

Bikuben har vært og er en svært viktig samarbeidspartner for oss. De har åpnet mange dører for oss gjennom sitt nettverk og de kontakter de har gjennom sitt nordnorske nettverk (..) Vi møtes med jevne mellomrom og fra vår siden er det slik at vi har stor nytte av samarbeidsmøter med Bikuben. For oss er disse møtene viktige fordi Bikuben har god oversikt over hva som beveger seg i regionen relatert til våre målgrupper (..) Jeg er av den oppfatning at Bikuben blir sentral for mange blant annet fordi de har et stort kontaktnett som kommer mange av oss til gode

Kultursenteret Sisa i Alta, en sosial møtteplass og værested for folk med ulik bakgrunn, har blant annet fått veiledning fra Bikuben i oppstartsperioden. Bikuben har også bidratt inn mot ulike kurs, konferanser og nettverksmøter:

Hvorfor lykkes Bikuben? Først og fremst en selverfart kunnskap som gir trygghet og autoritet til at en vet hva de snakker om. Den selverfarte kunnskapen gjør at temaene blir ekte og det er derfor lett å skape trygghet og tillit til de ansatte på Bikuben. Om en ser Nord Norge som en geografisk arena så er det få ressursentre som Bikuben (..) Sisa har flere brukere som sorterer inn under Bikubens arbeidsfelt og jeg merker stor forskjell blant de som har deltatt på møter, kurs og veiledning hos Bikuben.

I et fokusintervju med styrerepresentanter blir det nevnt at Bikuben har hatt utfordringer med å få til et samarbeid med Helse Nord. UNN HF påpeker imidlertid at de har intensjoner om å formalisere fremtidig systematisk samarbeid med Bikuben som en viktig samarbeidspartner. I tillegg til kurs for brukerrepresentanter har foretaket deltatt i en Bruker Spør Bruker- undersøkelse, og gir følgende vurdering:

Undersøkelsene gir svært viktig informasjon om brukernes erfaringer med tjenestene. Dette vil være viktig kompetanse i videre arbeidet med å systematisere brukererfaringer og brukerperspektivet i tjenesteutviklingen i regionen.

### 3.8 Oppsummering

---

Bikuben regionale brukerstyrte senter tilbyr et bredt kurs- og opplæringstilbud i Nordland, Troms og Finnmark. Aktivitetene inkluderer selvstyringskurs, veiledningsgrupper, opplæring av brukerrepresentanter, informasjonsformidling, nettverksarbeid m.m. Målgruppene er mange og inkluderer både pårørende, barn og unge, voksne, brukerorganisasjoner og tjenesteinstanser. Senteret fungerer også som arbeidstreningsbase for personer i nærmiljøet, og har tilknyttet seg frivillige som bidrar som erfaringsformidlere og/eller den daglige driften i basen.

Våre intervjuer viser at samarbeidet mellom Bikuben og eierorganisasjonene fungerer godt, og vi får inntrykk av flere av organisasjonslagene nærmest har blitt «avhengige» av senterets støtte for å kunne tilby et godt nok tilbud til sine medlemmer. Det faktum at regionen har store geografiske avstander og mange små lokalsamfunn spiller nok en vesentlig rolle her: Små og sårbare lokallag gir et stort handlingsrom for Bikubens initiativ og aktiviteter, og det medfører at behovet for en samlende nettverksaktør i regionen er stort. Ikke minst blir det ansett som positivt at Bikuben også bidrar inn i rekrutteringen av brukerrepresentanter, ved at de også når ut til mennesker som ikke er medlemmer av brukerorganisasjonene.

I likhet med de andre brukerstyrte sentrene har få ansatte, noe som gjør driften personavhengig og sårbar, samtidig som man skal dekke et enorm geografisk område. Senteret har tilknyttet seg flere hardtarbeidende frivillige, men som daglig leder påpeker kreves det også ressurser for å følge opp og ivareta denne gruppen. Liten og kortsiktig finansiering blir også nevnt som en stor utfordring. Med bare ett års forutsigbarhet i driften er det vanskelig å planlegge strategisk, og aktiviteter og samarbeidsrelasjoner må etableres med forbehold om at man ikke er tilstede neste år. Vårt samlede inntrykk er at Bikuben gjør en stor innsats for å fremme brukermedvirkning i Nord Norge, sett i forhold til de ressursene de faktisk har tilgjengelig.

## 4. KBT Midt-Norge

KBT Midt-Norge (KBT) er et brukerstyrt senter for region Midt-Norge. Senteret jobber særlig med utvikling av arbeidsmetoder for å styrke brukerperspektivet i fag- og tjenesteutvikling.

### 4.1 Kort om senteret – organisering og struktur

---

KBT (Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling) ble etablert som et brukerstyrt senter i 2006. Tre brukerorganisasjoner sto bak etableringen: Mental Helse i Midt-Norge, Landsforeningen for pårørende i psykiatri Trøndelag og organisasjonen Voksne for barn. NTNU, Høgskolen i Sør-Trøndelag og St. Olavs hospital, psykisk helsevern, er også styrerepresentert i KBT i dag. KBT er i dag organisert som en stiftelse, der de nevnte brukerorganisasjonene skal utgjøre flertallet i styret.

Utgangspunktet for KBTs profil er en forståelse av at mange instanser innenfor den offentlige helsetjenesten har utfordringer med å få hentet inn brukerstemmene for å utvikle tjenestene. Allerede i perioden 1997-2000 ble metoden «Bruker Spør Bruker», en dialogbasert evalueringsmetode som står sentralt i senterets virksomhet, utviklet i prosjektet «Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring»<sup>3</sup>. Ideen til prosjektet oppsto som et resultat av mangeårig arbeid fra sentrale til-litsvalgte i Mental Helse Sør-Trøndelag gjennom mange år, i dag ansatte i KBT. Tilskuddsordningen fra 2006 og etableringen av KBT gjorde det mulig med et mer langsiktig arbeid for å spre Bruker Spør Bruker undersøkelsene regionalt, og å bygge opp kompetanse og metoder knyttet til styrking av brukerperspektivet i fag- og tjenesteutvikling.

KBT har prosjekter og aktivitet i region Midt Norge, dvs. fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Hovedkontoret ligger i sentrum av Trondheim, og har 5 ansatte per dags dato. I tillegg engasjerer senteret flere deltidsansatte på ulike prosjekter. De fleste ansatte ved senteret har egen brukererfaring, eller erfaringer fra arbeid i brukerorganisasjoner.

### 4.2 Profil og målsetting

---

Hovedmålsettingen for KBTs drift er, ifølge årsrapporten fra 2013, «å bidra til at brukeres erfaringsbaserte kompetanse blir dokumentert og styrket, for å påvirke utvikling av tjenester». Mer spesifikt ønsker KBT å bidra til å styrke brukerorganisasjonene til å gjøre dette, gjennom å gyl-diggjøre deres og uorganiserte brukeres kunnskap, og gjennomføre prosjekter som gir dokumentasjon av brukeres erfaringer og perspektiver på psykisk helsetjenester. KBT senteret vektlegger at både tjenester og brukere må styrkes i forhold til metodekunnskap og rolleforståelse slik at de blir i stand til å realisere målene om brukermedvirkning.

---

<sup>3</sup> Dette var et pilotprosjektet finansiert av Helse- og sosialdepartementet. Les mer på [www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)

På nettsidene listes følgende punkter som beskriver nærmere hvordan senteret jobber for å oppnå hovedmålsettingen:

- KBT skal bidra til at brukernes erfaringsbaserte kompetanse blir dokumentert og styrket til bruk i tjenesteutvikling. Dette gjøres blant annet gjennom metoder som Bruker Spør Bruker.
- KBT skal bidra til å styrke brukerkompetansen innen forskning, evaluering og kunnskapsformidling
- KBT skal være en informasjonsbase for brukerkompetanse og bidra til gjennomføring av kurs og opplæring som styrker brukere
- KBT skal arbeide for å etablere samarbeid med flere brukerorganisasjoner for å videreutvikle senterets virksomhet
- KBT skal samarbeide med andre brukerstyrte sentre og nasjonale kompetansesentre

Videre kan vi lese følgende formuleringer som underbygger senterets profil:

KBT driver med sosialt entreprenørskap ut fra et Empowerment perspektiv, dvs. vi jobber med å styrke brukere og brukerorganisasjoner i samspillet med tjenesteytere og offentlige myndigheter

KBT legger vekt på å fremme tjenesteutvikling gjennom "åpen innovasjon" ved dialog og "samskaping" med andre, og således å være en innovatør som kan bidra til utvikling og forbedring av tjenestene innen psykisk helse.

Vi tror at brukernes erfaringsbaserte kunnskap er like viktig som fagkunnskap i utviklingen av helsetilbud. Derfor arbeider vi for å løfte frem brukernes stemmer

Som det siste sitatet beskriver, må KBTs virksomhet forstås i lys av «definisjonskampen» mellom fagkunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Dette gjelder forsåvidt alle de regionale brukerstyrte sentrene, men KBT har lagt særlig vekt på at den erfaringsbaserte kunnskapen må dokumenteres og systemiseres for å gyldiggjøres. Perspektivet utdypes i essayet «Fremveksten av brukermedvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis» (Bjørgen 2013). Her vises det til flere forfattere som kritiserer forskningen for å ikke ta «innenfra-perspektivet» på alvor, og som vektlegger behovet for at brukermiljøer må bygge opp et motsatt til tunge fagmiljøer og administrative vurderinger. Blant annet refererer Bjørgen til Ekeland (2011,) som hevder at ny kunnskap ikke alene kan bygges ut ifra de tradisjonelle forskningsmiljøene, men også ut i fra brukermiljøer: «Det er sterke faglige akademiske krefter som forsker ut ifra deres perspektiver, og uten sterkere kompetente brukermiljøer er det usikkert om brukerperspektivet kommer til» (Bjørgen 2013, Ekeland 2011). I intervju uttrykker daglig leder av KBT dette perspektivet slik:

Vi har i stor grad holdt oss til mandatet om gyldiggjøring av brukerstemmen. Vi er opptatt av å få til dialog mellom fag og erfaring. Du må få til en metodikk for brukerrepresentantene, du må systemisere kunnskapen – hvordan skal tjenesteutviklingen bygge på brukernes erfaring og ikke kun fag? Brukersida må få muligheter til bygge opp noen ressurser for å kunne få til noen motkrefter til det!

Kort oppsummert er KBTs virksomhet særlig rettet mot å sette brukerperspektivet på dagsorden i fagutvikling og i forskning. Senteret har mindre fokus på mestring på individnivå, og også formidling og kursvirksomhet, enn flere av de andre regionale brukerstyrte sentrene. KBT fungerer som en ressurs- og kompetansebase i regionen, men har ikke den samme direkte kontakten med

brukere i det daglige, slik senterne som i større grad fungerer som et treffsted eller møteplass for brukere i området har.

## 4.3 Målgrupper og aktiviteter

---

Siden oppstarten i 2006 har KBT hatt 4 hovedsatsingsområder for virksomheten: Brukermedvirkning for barn og unge, brukermedvirkning for voksne, brukermedvirkning for innvandrere, befolkningen og brukermedvirkning i arbeid og rehabilitering. De ulike satsingsområdene har imidlertid blitt tillagt ulik vekt fra år til år, avhengig av hvilke prosjekter som får tilslag.

De viktigste målgruppene for senterets virksomhet er først og fremst kommuner, tjenesteapparatet og forskningsinstitusjoner som deltar i ulike samarbeidsprosjekter, i tillegg til enkeltpersoner som deltar i ulike typer opplæring eller kurs. En gjennomgang av senterets aktiviteter viser at dette først og fremst er voksne brukere. Det ser ut til at pårørende som gruppe har blitt tillagt liten vekt i KBTs tilbud.

Nedenfor vil vi se nærmere på to av prosjektene, «Bruker Spør Bruker» og erfaringskonsulenter, samt gi en oversikt over andre prosjekter senteret har vært involvert i løpet av de siste årene.

### 4.3.1 Bruker Spør Bruker

Som nevnt innledningsvis står metoden Bruker Spør Bruker (BSB) sentralt i KBTs arbeid. BSB er et kvalitativt metodeverktøy for innsamling og dokumentasjon av brukeres erfaringer med helse-tjenester. I de senere årene har BSB blitt brukt som en metode for å få brukervurdering av spesielle innsatsområder i virksomheten, som del av utviklingen av nye tiltak, som oppfølging og utdyping av kvantitative brukerundersøkelser og også som organisasjonslæring gjennom dialog mellom brukere og ansatte. Siktemålet er alltid å bidra til bedre kvalitet på tjenestene som tilbys.

I prosjektene er det brukere som selv har erfaring med psykisk sykdom som intervjuer brukere, slik at man får en form for brukerstyrt evaluering. Målsettingen med denne fremgangsmåten er, ifølge forfatterne både å oppnå en likemanneffekt og myndiggjøring. Når den som intervjuer har liknende erfaringer, er det lettere å stille relevante spørsmål og videre lettere å fortolke problemstillingene i et brukerperspektiv. (Rørvik m. fl. 2008). Ifølge prosjektets egne nettsider [www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no) vektlegger BSB lav terskel for deltakelse for brukere, slik at man når de målgrupper som vanligvis ikke kan delta i brukerundersøkelser.

Metoden som benyttes kan i korte trekk beskrives slik:

1. Det utarbeides problemstillinger for evaluering i samarbeid med tjenesten
2. Det gjennomføres gruppe- og individuelle intervjuer med brukere om deres erfaringer med tjenesten
3. Analysen av dette materialet presenteres i en prosessrapport som brukes i en dialogkonferanse hvor tjenesterepresentanter og brukere invitert av tjenesten møtes for å diskutere de foreløpige funnene. Samtidig er dialogkonferansen en fortsettelse av datainnsamlingen ved at nye vinklinger og fokus som kommer frem innarbeides i sluttrapporten.
4. Sluttrapporten er en omforent beskrivelse av resultatene etter at de har blitt diskutert av brukere og ansatte i en dialogkonferanse.



Ansatte fra KBT står som regel for gjennomføringen av dialogkonferansen, arbeidet med slutt-rapportene, og også som intervjuere ved flere av prosjektene. Alle undersøkelser som gjennomføres involverer det lokale Mental Helse- eller LPP-laget. Dette beskrives som en viktig funksjon for å styrke brukerorganisasjonenes evne til å bruke undersøkelser i sitt eget politiske arbeid. Rekruttering av personer med brukererfaring som intervjuere skjer også gjennom brukerorganisasjonene, mens KBT står for opplæringen av intervjuere. Opplæringen går over et halvt år og inneholder en teoretisk innføring i metoden, i tillegg til praksis.

I løpet av perioden 1998-2013 har det blitt gjennomført nærmere 50 BSB-undersøkelser i ulike kommuner og helseforetak. Prosjektene har involvert godt over 1500 personer som er eller har vært brukere. En oversikt over prosjektene viser at flertallet av undersøkelsene har blitt gjennomført i Trondheimsregionen, samt i underkant av 10 kommuner i Nord-Trøndelag. Kun et av prosjektene har blitt gjennomført i Møre og Romsdal (Ålesund kommune i 2009). Det mest omfattende ble gjennomført i 2006 – 2008 i alle Oslo Kommunes 15 bydeler. Konkrete endringer som har kommet som følge av BSB-undersøkelser er eksempelvis fysisk skjerming av telefonbokser, flytting av ekspedisjonsluke for sosialtjenesten og endring av rutiner i forbindelse med innleggelse ([www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)).

Siden 2001 har det blitt gjennomført tre evalueringer av BSB-metoden. I 2008 ga forskningsstiftelsen TISIP ut rapporten «Evaluering av Bruker Spør Bruker i Oslo kommune» (Hyrve og Johansen 2008). I rapporten kommer det frem at både tjenesteutøvere og brukere uttaler at BSB-metoden har gitt et etterlengte redskap til å vurdere tjenestekvalitet med, og at det gjennom prosessen fremkommer ny forståelse av feltet og aktørene får ny forståelse av hverandre. Det konkluderes med at metoden gir mer levende data enn en spørreundersøkelse og gir muligheter for å vite mer om hva som ligger bak svarene. Den største utfordringen ser imidlertid ut til å være implementeringen av resultater i etterkant: «Hvem eier funnene som kommer frem i BSB-rapportene og hvordan opprettholde dialogen som er skapt?» (Hyrve og Johansen 2008, s. 5). Dette krever at kommunene klarer å unytte det «forandringsklimaet» som en slik undersøkelse kan skape, og at man får opprettet systemer og strukturer som kan drive arbeidet videre.

De ansatte oppgir at etterspørselen etter BSB jevnt over er større enn det senteret klarer å dekke, og at et relevant strategisk spørsmål er hvorvidt man skal fortsette satsningen, eller i større grad fokusere på å systematisere og videreformidle allerede foreliggende resultater. Per i dag planlegges det 2-3 nye undersøkelser høsten 2015, mens to undersøkelser er pågående, blant annet et prosjektet rettet mot barn og unge.

## Bruker Spør Bruker rettet mot ungdom

Brukermedvirkning for barn og unge er som nevnt et satsingsområde for KBT, og senteret ønsker å bidra til forskning og utviklingsarbeid som ivaretar hvordan barn og unge selv erfarer de tjenester de mottar. Bakgrunnen er at det hittil ikke har blitt utviklet særlige metoder for å hente inn brukererfaringer blant barn og unge.

Våren 2014 startet KBT opp prosjektet «Min stemme teller», i samarbeid med Redd Barna Region Midt, Mental Helse Ungdom og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk ved St. Olavs Hospital. Prosjektet innebærer å utvikle Bruker Spør Bruker-undersøkelsene slik at de tilpasses barn og unge mellom 15 og 18 år. I første omgang vil dette gjennomføres som et pilotprosjekt i samarbeid med BUP St. Olav, mens fremtidige prosjekter avhenger av videre finansiering. Per i dag

er man i gang med opplæringen av intervjuere, som også vil være unge mellom 18 og 24 år. Dette er unge som har tidligere erfaring med å motta hjelp for psykiske helseutfordringer.

I intervjuene uttrykker både ansatte og intervjuere behovet for denne typen prosjekter, og viktigheten av at intervjuerne selv er unge:

Tankegangen er nok litt ny for BUP, som kan være litt «vi vet best hvordan det skal være». Når brukerne er så unge så vet alle andre hvordan de skal ha det (..) Unge mennesker er ikke myndige, men de har meninger om livet sitt!

Ofte kommer det noen på 50 år med en fancy utdanning som skal snakke med de unge. Men det viktigste handler om tolkninga mellom den som intervjuer og den som skal bli intervjuet. Man har forskjellige språk, og ulike oppfatninger! Man får henta inn mer nyttig informasjon når man er på lik linje.

Prosjektet har tatt sikte på å utprøve modeller for brukermedvirkning for barn og unge i en pasient eller klientrolle, hvor de på selvstendig grunnlag får formidlet erfaringer med hjelpetilbudet. Prosjektet skal videre prøve ut hvordan disse erfaringene kan bringes videre til systemnivå med formål om å bidra til tjenesteutvikling.

### 4.3.2 Erfaringskonsulent i ambulerende team

Siden 2012 har KBT engasjert 4 erfaringskonsulenter (i 50 % stillinger) i to ambulerende team i St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern. Prosjektet er et samarbeid mellom KBT og St. Olavs Hospital, og er finansiert av Helsedirektoratet. En erfaringskonsulent er en medarbeider med egen erfaring fra behandling innen psykisk helse, som er ment å skulle gi veiledning av fagpersoner inn i teamene. Denne type ansettelse skal gi fagmiljøet et større tilfang av kunnskap fra et bruker- og pårørende perspektiv, og det skal bidra til økt bruk av erfaringskunnskap inn i klinikken.

Ifølge KBTs årsrapport fra 2013 er hensikten med prosjektet på St. Olavs Hospital å utvikle erfaringskonsulent som refleksjonspart i fagutøvelse og tjenesteutvikling: «Det skal gi lokal kunnskap og praksis erfaring i hvordan fagteam kan utvikle sin praksis og holdninger med hjelp av erfaringskonsulent. Erfaringskonsulent forankret i et brukermiljø ved KBT -Midt-Norge skal bidra til å understøtte erfaringskonsulentens rolleutvikling og forståelse, og er også en utprøving i å ha erfaringskonsulent tilknyttet fra eksternt brukermiljø» (KBT 2013).

Årsrapporten viser til at erfaringskonsulentene bruker tiden til å ha møter (behandlingsmøter og overlappingsmøter), mens de bruker den resterende tiden på direkte kontakt med brukere. Man forsøker å vektlegge aktiviteter og tiltak som kan gi en normal hverdag for brukerne de besøker. Erfaringene så langt viser at erfaringskonsulenten gjerne får en annerledes relasjon til brukeren, slik at man opprettholder kontakt mellom brukerne og teamet. Dette understrekes også i et våre intervjuer med ansatte ved St. Olavs Hospital:

Vi ser at det er en nyttig funksjon for å gi et tilbud til pasientene våre. Som erfaringskonsulent kan du si ting på grunn av personlig erfaring som du ikke kan si som profesjonell.

Fra erfaringskonsulentenes side nevnes det blant annet i intervju at det kan være utfordrende å «være på utsiden og samtidig på innsiden». Tilhørigheten til KBT trekkes således frem som en positiv faktor:

Det er viktig å være litt på utsiden, siden det er lett å bli en del av systemet. Man kan fort glemme hva man kom inn der for i utgangspunktet.

KBT er tydelige på at erfaringskonsulentene ikke skal erstatte brukerrepresentanter eller frivillig innsats fra organisasjoner. De skal først og fremst bidra med refleksjoner inn til teamets enkeltmedlemmer, og har ikke en interessepolitisk rolle som sådan. KBT har dokumentert erfaringene underveis, og jobber for tiden med en evaluering der også brukernes erfaringer med erfaringskonsulentene skal belyses.

### 4.3.3 Dialogmøter i kommuner

I 2014 avholdt KBT dialogkonferanser i 9 kommuner i regionen. Formålet med dialogmøtene har vært å fremme et samarbeid og utvikling av samarbeidet mellom kommunene og brukerorganisasjonene. Gjennom faglig påfyll og åpen dialog om både muligheter og hindringer har sentret ønsket å bidra til gode prosesser i kommunene. Ifølge daglig leder er tilbakemeldingene svært gode, både fra både brukerorganisasjoner og kommunalt rus- og psykiskhelsearbeid. Aktørene opplever å få et nødvendig og kjærkomment puff til å fokusere på et område som er utfordrende å få til i praksis på en god måte.

### 4.3.4 Brukermedvirkning og forskning

For å fremme brukererfaringer inn i utdanning og forskning, har KBT hatt konkrete samarbeids- og intensjonsavtaler med ulike forsknings og utdanningsinstitusjoner helt siden oppstarten i 2006.

- Høsten 2013 startet KBT et samarbeid med Høgskolen i Sør-Trøndelag om masterstudiet i psykisk helsearbeid. Et viktig mål med samarbeidet er å få til felles forskningsprosjekter, og masterløp, hvor brukernes perspektiv blir grunnlag for problemstilling og relevans i forskningen. KBT har gjennomført flere forelesninger om brukerperspektivet og har fått konkrete henvendelser om samarbeid fra studentene. Høgskolen bidrar inn med veiledning på skriving av artikler fra funn fra Bruker Spør Bruker.
- Siden 2009 har KBT samarbeidet med Tiller DPS om datainnsamling og evaluering knyttet til utvikling av Introduksjonsseminarer for pasienter på venteliste. Hensikten med samarbeidet har vært å utvikle innholdet introduksjonsseminaret med mål om å øke brukerinnflytelsen. KBT har blant annet vært hovedansvarlig for gjennomføring av intervjuer med deltakere og arrangører, og har gått gjennom en ny avtale med Tiller DPS som regulerer arbeidet med å oppsummere og publisere funnene fra studien.
- Gjennom flere år har KBT samarbeidet med Nidaros DPS om deres studie av ordning med brukerstyrte plasser. KBT ha deltatt i ulike deler av datainnsamling og publisering fra prosjektet. Dette er lagt opp som samarbeidsforskning med KBT Midt-Norge hvor flere artikler har blitt skrevet.

### 4.3.5 Undervisning og formidling

- Verktøykassa for brukervedvirkning er en metode for å styrke brukere av tjenester innen psykisk helse. Brukerne styrkes gjennom økt kunnskap, økt selvtillit og bevisstgjøring i forhold til egne ressurser, muligheter, rettigheter og plikter (Se mer informasjon i kapittel om Sagatun brukerstyrte senter). I samarbeid med Sagatun brukerstyrte senter har KBT utdannet og fulgt opp flere prosessledere i metoden, som kan etablere metodikk og tenkning i sine egne lokallag.
- I 2013 holdt KBT kursrekken «Brukervedvirkning og forskning» i samarbeid med avdeling for forskning og utvikling (AFFU). Formålet med kurset var å gi organisasjonsrepresentanter et godt grunnlag for å kunne vurdere relevans i forskningsprosjekter, samt å få løftet noen forskningstema og prioriteringer som KBT skal fronte fremover. Målgruppen for kurset var organisasjonsrepresentanter eller andre interessert med tilhørighet i ulike FFO-organisasjoner. Høsten 2015 skal det avholdes to tilsvarende kurs.
- I tillegg til forelesninger ved masterstudiet i psykisk helsearbeid (HiST), har KBT også vært involvert i undervisning for studenter i videreutdanningen i psykisk helsearbeid og for bachelorstudenter i ergoterapi
- KBT har publisert flere essays og artikler i vitenskapelige tidsskrift. Eksempelvis ble 2 artikler akseptert i 2013, disse var basert på en kvalitativ, forskningsbasert analyse av offentliggjorte Bruker Spør Bruker rapporter fra 1998 til 2019 (Steinsbekk m. fl. 2013).

### 4.3.6 Veiledning og nettverk

- Prosjektkoordinator i KBT er utdannet mentor i Mental Helses Mentorordning. Ordningen innebærer at personer som selv har stått på utsiden av arbeidslivet men har kommet tilbake i ordinær jobb, tilbyr veiledning og støtte til mennesker som står uten arbeidslivet. Mentoren kan tilby gruppesamlinger, foredrag og individuelle samtaler.
- Som ressurs- og kompetansebase i regionen får KBT mange eksterne henvendelser om foredrag, deltakelse på konferanser og i nettverk, veiledning etc. KBT har blant annet samarbeidet med Fylkesmannen i Sør-Trøndelag om arrangementer i det rusfaglige forumet og nettverk for psykisk helsearbeid, og vært medarrangør for nettverkssamlinger for kommuner i Sør-Trøndelag.

## 4.4 Opplæring av brukerrepresentanter

---

Som nevnt ovenfor har KBT valgt å legge hovedtyngden av sin virksomhet på å gyldiggjøre og styrke erfaringskompetanse, gjennom blant annet samarbeid med tjenesteapparat og forskningsinstitusjoner. Kursing og «rene» opplæringstiltak for brukerrepresentanter har så langt ikke blitt like høyt prioritert. Prosjektoversikten viser imidlertid at senteret bidrar til styrking av brukere gjennom eksempelvis Verktøykassa for brukervedvirkning, samt kurs for organisasjonsrepresentanter om brukervedvirkning i forskning. KBT sin satsing på dokumentasjon og evalueringer innebærer også at brukerorganisasjoner kan bestille BSB- rapporter eller andre brukerundersø-

kelser, noe som kan bidra til å styrke de tillitsvalgtes kunnskapsnivå. Senteret har også organisert fylkesvise dialogmøter hvor brukerrepresentanter og tjenesteytere i kommuner møtes for å diskutere felles utfordringer og muligheter knyttet til brukermedvirkning.

Verktøykassa for brukermedvirkning er rettet mot brukere generelt og ikke kun brukerrepresentanter. Kurset kan imidlertid, ifølge flere av informantene vi har snakket med, fungere som et springbrett som inspirerer flere til å bli brukerrepresentanter: Deltakerne styrkes og bevisstgjøres i forhold til egne muligheter og ressurser, noe helt nødvendig dersom man senere skal bli en trygg brukerrepresentant. Fra 2009 og frem til i dag har KBT utdannet rundt 20 prosessledere i Verktøykassa. Disse har også deltatt på workshop med tema om hvordan etablere nye empowerment-grupper i sitt lokalmiljø. Målet er at brukerne i neste fase skal lære opp tjenesteapparatet i hva reell brukermedvirkning innebærer. Intervjuene viser imidlertid at KBT har hatt visse utfordringer med å implementere Verktøykassa. Inntrykket er at den oppleves som noe «rigid», og at det kan være vanskelig å få deltakerne til å «faktisk å drive brukermedvirkning inn i kommunene», som én uttrykker det. Det ser også ut til at KBT ikke har full oversikt over hvor mange av de som har gjennomgått opplæringen, som faktisk har etablert nye grupper. En av informantene forteller at det er noe uklart hvem som har ansvar for å følge opp prosessledere i etterkant av opplæringen:

Hva med oppfølgingen i etterkant? Mental helse og KBT bør samarbeide mer på de fronten. Hvem har ansvaret for å følge opp videre? KBT legger til rette, men hvem tar det videre? Det er ikke helt satt i system. Vi har ikke hatt en overgangsordning, vi har ikke satt oss ned og diskutert.

Det faktum at KBT ikke har satset stort på kursvirksomhet må, ifølge daglig leder, først og fremst forstås som et strategisk valg fra styrets side. FFO og organisasjonene som er representert i styret tilbyr ulike brukermedvirkningskurs til sine medlemmer. Organisasjonene ønsker derfor selv å hovedansvar for å rekruttere representanter, og man har ønsket et senter som fokuserer på andre satsingsråder. I tillegg fører få ansatte og liten kapasitet til at senteret ikke kan strekke seg over for mange felt. Intervjuene med ansatte viser imidlertid at senteret ønsker å bruke mer tid på kurs og formidling fremover. Særlig gjelder dette formidling av resultater fra BSB undersøkelser og forskningsprosjekter som ledd i tjenesteutvikling og styrking av brukerrepresentanter. Forskningskurs for brukerrepresentanter (2013) blir i så måte beskrevet som en milepæl i forhold til utvikling av virksomheten, og som et ledd i hvordan KBT skal formidle kompetanse ut til brukerrepresentanter i råd og utvalg.

## 4.5 Brukermedvirkning på individnivå

---

Gjennomgangen av prosjekter viser at KBTs aktiviteter i langt større grad er rettet mot å styrke brukerperspektivet i fagutvikling og forskning, enn styrking av det enkelte individ. Samtidig blir det trukket frem både i våre intervjuer og i evalueringer (av Bruker Spør Bruker), at rollen som intervjuer i Bruker Spør Bruker, eller som prosessleder i Verktøykassa, kan store positive konsekvenser for de menneskene som deltar. Som nevnt over har man sett at prosesslederkurset i Verktøykassa har inspirert flere til å senere bli brukerrepresentanter for organisasjoner. Flere av prosesslederne har også hatt opplæring som del av kvalifisering for videre arbeidsliv.

To av informantene vi intervjuet, som for tiden var under opplæring for å bli intervjuere i prosjektet «Min stemme teller» ga følgende beskrivelser om kursingen:

Jeg har lært kjempemye om meg selv, og jeg tror faktisk det får ringvirkninger for både meg og familien min

Mange har gått videre fra opplæringen og ut i jobb. De har på en måte funnet ut at det finnes noe som heter utdanning, og som de kanskje også kan klare?

Ifølge Hyrve og Johansen (2008) har det at brukere engasjeres til å gjennomføre Bruker Spør Bruker, vist seg å ha betydning i forhold til arbeid og rehabilitering. Prosjektet «Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring» engasjerte 4 medarbeidere på uføretrygd, som brukte muligheten sin i små stillinger i prosjektet. Medarbeidere på større stillingsandeler har etter endt prosjektperiode gått videre til ordinære jobber (Hyrve og Johansen 2008).

## 4.6 Bemanning og frivillig innsats

---

Som nevnt innledningsvis har KBT 5 ansatte per dags dato. I tillegg til daglig leder i 70 % stilling inkluderer dette assisterende daglig leder i 60 % stilling, samt prosjektkoordinator i 100 % stilling. Frem til 2014 hadde senteret fire erfaringskonsulenter i hver sin 50 % stilling, men disse har nå blitt redusert til to 20 % stillinger.

Ifølge mandatet for tilskuddsordningen skal de brukerstyrte sentrene aktivt arbeide for å rekruttere frivillige som kan ta del av driften av senteret. I tillegg til medarbeiderne på senteret rekrutterer KBT enkeltpersoner som deltar som eksempelvis intervjuere i BSB eller prosessledere i verk-tøykassa. Alle disse får imidlertid betalt, for eksempel per gjennomførte intervju, og er derfor ikke frivillige i betydningen gratis arbeidskraft. Flere av prosesslederne fått opplæringen som del av kvalifisering for videre arbeidsliv. Som en av de ansatte gir uttrykk for, er det et poeng i seg selv at de som blir rekruttert skal bli verdsett for jobben de gjør: «Det har litt med selvfølelse å gjøre, om behovet for bekreftelse».

Den lave bemanningen på senteret blir trukket frem som en stor utfordring av både ansatte og samarbeidspartnere. Flere trekker frem at det er ildsjeler som står for «dugnadsarbeidet» som blir gjort på senteret, og at medarbeiderne legger inn mange timer frivillige timer utover normal arbeidsuke:

Sånn som senteret er drevet med i dag, så er de avhengige av ildsjeler. Folk regner ikke på timene. Hvis du kan gjøre noe som er veldig meningsfullt, så overskygger det arbeidstida

I intervjuene gis det uttrykk for at forventningene til hva senteret kan bidra med, og antall eksterne henvendelser, stadig øker. Samtidig vil den lave bemanningen naturlig nok begrenser på hvilke aktiviteter som prioriteres. Både kurs/formidling og det å ivareta et tett og aktivt samarbeid med brukerorganisasjonene, blir nevnt som områder man ideelt sett burde brukt mer tid på. Begrenset kapasitet og finansiering gjør det også ekstra utfordrende å dekke alle de tre fylkene i regionen. Som en av informantene beskriver det, fører dette til at man «forsøker å jobbe litt kvalitetsmessig der man faktisk går inn, i stedet for å smøre seg veldig tynt utover». En stor del av innsatsen konsentreres derfor i Trondheimsregionen. Det forsterkes naturligvis av at flere viktige samarbeidspartnere, som NTNU, NAPHA og Helse Midt, er lokalisert i dette området. Av de tre fylkene er det gjennomført klart færre prosjekter i Møre og Romsdal.

## 4.7 Samarbeid med andre instanser

---

KBT har et bredt nettverk av samarbeidspartnere, både ulike forsknings- og utdanningsinstitusjoner, helseforetak og kommuner, og ikke minst de ulike organisasjonene som er representert i styret.

### 4.7.1 Organisasjonene bak KBT Midt-Norge

Styret i KBT består som nevnt av representanter fra Mental Helse Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, Landsforeningen for Pårørende Trøndelag (LPP) og organisasjonen Voksne for Barn. I tillegg er NTNU, Høgskolen i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital psykisk helsevern representert i styret. Organisasjonene oppnevner selv representantene til stiftelsen.

De brukerstyrte sentrene er ment å være koordinator og knutepunkt for utvikling av prosjekter i samarbeid med brukerorganisasjoner, herunder opplæring av brukerrepresentanter. I fokusintervju med representanter fra brukerorganisasjonene, gir informantene eksempler på hvilken funksjon KBT i dag har ovenfor eierorganisasjonene:

- KBT fungerer som en viktig nettverksbygger, og har en rolle som tilrettelegger for samarbeid mellom organisasjonene, og mellom organisasjoner og kommuner
- KBT fungerer som en kompetansebase for brukerorganisasjonene, som får tilgang til publiserte rapporter og Bruker Spør Bruker-undersøkelser. Dette gir nyttig informasjon om brukergrupper som brukerrepresentanter kan formidle videre.
- Brukerorganisasjonene får invitasjoner til blant annet dialogmøter og muligheter for opplæring i Verktøykassa
- KBT fungerer som en «avlastet» for organisasjonene ved at de jobber for å promotere og bygge opp organisasjonene

Intervjuene viser at senteret i stor grad oppleves som en kompetent og tilgjengelig samarbeidspartner. Når det gjelder KBTs rolle i opplæringen av brukerrepresentanter, er det imidlertid tydelig at dette har gitt grobunn for noe uenigheter og uklårheter siden senterets oppstart. Både ansatte hos KBT og representanter fra eierorganisasjonene vektlegger at senteret har et annet mandat enn organisasjonene. KBT har ikke ansvar for å rekruttere brukermedvirkere på systemnivå, men skal først og fremst tilføre kompetanse og systematisere arbeidet. Senteret skal med andre ord bistå organisasjonene uten å ta over deres ansvar på området. Herunder presiseres det senteret må være helt klare på at de ikke opptre som brukerrepresentanter selv, eller svarer på henvendelser på vegne av organisasjonene.

Som nevnt tidligere har KBT så langt ikke satset stort på brukeropplæring, blant annet fordi man ikke har ønsket å «trække brukerorganisasjonene på tærne». Samtidig er det utvilsomt at behovet for å rekruttere og ivareta representanter er stort, og flere av de vi har snakket med spørsmåltegn ved om kurstilbudet FFO tilbyr er tilstrekkelig. I intervjuene blir det nevnt at det derfor er behov for et tettere samarbeid tydeligere grenselinjer mellom senteret og eierorganisasjonene, slik at man kan jobbe sammen mot samme mål: Hvordan kan et tilbud fra KBT best mulig utfylle organisasjonenes brukeropplæringskurs? Bør man vurdere en ansvarsfordeling mellom mer «generell» brukeropplæring og kurs spisset inn mot rus og psykisk helse? Som nevnt

overfor kommer det også frem at det er behov for klarere ansvarsfordeling når det gjelder oppfølgingen i etterkant av prosesslederkurs i verktøykassa.

Når det gjelder samarbeidet mellom eierorganisasjonene og KBT, vil vi til slutt nevne at det ser det også ut til at Mental Helse og LPP vurderer utbyttet av det å sitte i styret noe ulikt. Siden KBT ikke har spesifikke kurs eller aktiviteter rettet mot pårørende, har ikke LPP hatt «like mye å hente» på å stå bak senteretableringen, slik representanten uttrykker det, og man er usikre på om organisasjonen faktisk mottar de samme invitasjonene og tilbudene som Mental Helse. Vi får også informasjon om at organisasjonen Voksne for Barn sjelden eller aldri dukker opp på styremøtene. Dette tyder på at det kan være en behov for en gjennomgang av sammensetningen av styret, og en diskusjon omkring eierorganisasjonenes innflytelse på senterets virksomhet.

## 4.7.2 Andre regionale aktører

I årsrapporten for 2013 kan vi lese at har samarbeids- og intensjonsavtaler med følgende instanser:

- Helse Midt-Norge RHF
- Tiller DPS - FOU avdeling
- Brøset kompetansesenter for fengsels, sikkerhets og rettspsykiatri, St. Olavs Hospital
- Høgskolen i Sør-Trøndelag – masterutdanning for psykisk helsearbeid
- NAPHA

Samarbeidsavtalene har ulike innhold og formål, fra deltakelse i konkrete forskningsprosjekter til bistand til strategisk utvikling. Avtalen med Helse Midt-Norge innebærer blant annet gjennomføring av Bruker Spør Bruker undersøkelser i helseforetaket (3 undersøkelser i perioden 2009-2012). Avtalen med Tiller DPS og Brøset kompetansesenter innebærer at KBT skal bistå med datainnsamling og evaluering i konkrete forskningsprosjekter. Som vist i prosjektoversikten innebærer samarbeidet med Høgskolen i Sør-Trøndelag at KBT skal bidra inn mot masterutdanningen i psykisk helsearbeid, hvor målsettingen er å få til felles forskningsprosjekter. Samarbeidsavtalen med NAPHA (2013-2015) innebærer at KBT skal bidra inn mot strategisk utvikling av kompetansesenteret gjennom å delta i nettverksutvikling og bidra inn i faglige utredningsprosjekter og formidlingsarbeid. KBT var førøvrig en av samarbeidspartnere i søknad da NAPHA ble etablert i 2009.

Gjennomgangen av intervjuer med ulike samarbeidspartnere viser at instanser gjennomgående gir gode tilbakemeldinger på samarbeidet med KBT. Flere trekker frem at dersom brukerperspektivet skal settes på dagsorden hos tjenesteapparatet, er man avhengig av at det at en ekstern aktør som kan «pushe» dette frem. Særlig i spesialisthelsetjenesten vil fag- og profesjonsperspektivet stå sterkt. To av informantene uttrykker det slik:

Skal vi ha mulighet til å få opp det med brukerkunnskap, så må det være noen eksterne som jobber systematisk med å utvikle kunnskap.

KBT har muligheter for å holde den fanen høyt, det har de muligheter til som gruppe. Å være en påvirkningsfaktor.

I intervjuene nevnes det ellers at KBT er dyktige på å være med i utviklingsprosesser, og ikke minst at de med sitt store nettverk og forbindelser er gode på å «finne» prosjekter og få tilslag



på dem. To av informantene som jobber i tjenesteområder som har deltatt i Bruker Spør Bruker i regi av KBT, gir uttrykk for at de er fornøyde med gjennomføringen av prosjektet:

Det har vært knallviktig som kulturbygger! Det å få Bruker Spør Bruker, det førte til noen veldig nyttige diskusjoner som var viktig for psykisk helsevern i Trondheim.

Også i intervjuene med samarbeidspartnere kommer det imidlertid frem at lite ressurser og kort-siktig finansiering er en utfordring for KBT, og at flere av samarbeidsavtalene har potensial for videreutvikling og mer konkret innhold. Flere nevner at et sterkere KBT særlig kan spille en større rolle ut mot kommunene, både som kontaktpunkt for samarbeid mellom kommuner og organisasjoner, og som en aktør som «bevisstgjør og bidrar til at kommunene lager sin egen versjon av brukermedvirkning», som én informant uttrykker det. Samtidig nevnes det i intervjuene at det kan være behov for et mer forpliktende samarbeid mellom regionale instanser som har ansvar for å styrke fagmiljøer og forskning, som KoRus, NAPHA og Fylkesmannen.

## 4.8 Oppsummering

---

KBT Midt-Norge sin virksomhet er i stor grad rettet mot metoder for styrking av brukerkompetanse og involvering i forskning, evaluering og tjenesteutvikling. Senteret skiller seg ut fra de fleste andre sentrene ved at de i mindre grad fokuserer på kursvirksomhet og ulike lavterskeltilbud rettet mot enkeltpersoner, og i større grad jobber med dokumentasjon og systematisering av ny kunnskap.

Vårt inntrykk er at KBT er dyktige på å knytte til seg ulike samarbeidspartnere og initiere prosjekter for å øke omfanget av virksomheten. Tilbakemeldinger fra både organisasjoner og samarbeidspartnere viser at kompetansen deres i høyeste grad blir tatt på alvor, og at senteret fungerer som en informasjonsbase for brukerkompetanse i regionen. Samtidig blir det i intervjuer ofte fremhevet hva KBT «ideelt sett kunne bidratt med», noe som viser at potensialet for virksomheten er langt større enn det er mulig i dag. Den lave bemanningen gjør at senterets virksomhet er avhengig av et lite antall enkeltpersoner, som alle er involvert i langsiktige og tidkrevende prosjekter. Dette gjør det nok mer utfordrende å spre kompetanse alle deler av regionen, sammenlignet med sentrene som fokuserer på kortvarige kurs og samlinger i lokalsamfunn.

I intervjuene er det flere som påpeker at KBT nå må settes av tid til å planlegge hva slags rolle senterets skal spille i tiden fremtiden. Som en av de ansatte sier: «Nå er vi i en fase der vi skal utvikle oss videre. Da må vi meisle ut: Hvem er vi, hva mener vi?» Dette er også et inntrykk vi sitter igjen med – at det er behov for strategisk planlegging av virksomheten. Hva bør de viktigste satsningsområdene fremover? Hva slags funksjon bør KBT ha ovenfor brukerorganisasjonene? Som nevnt ønsker senteret å bruke mer tid på kurs og formidling fremover, særlig som ledd i tjenesteutvikling og i styrking av brukerrepresentanter.

# 5. Pårørende kompetanse

Pårørende Kompetanse er et brukerstyrt senter med et nasjonalt nedslagsfelt. Senteret er særlig opptatt av å styrke brukermedvirkning for pårørende av brukere innen psykisk helse- og rusfeltet. Pårørende Kompetanse har utviklet *Møteplass* som en metodikk for å bearbeide og tilbakeføre erfaringer fra pårørende til tjenesteapparatet.

## 5.1 Kort om senteret

---

Pårørende Kompetanse ble etablert som et brukerstyrt senter i 2005, og daglig leder har vært med siden 2006. Brukerorganisasjonene som eier og driver senteret er:

- Voksne for barn
- Landsforeningen for pårørende (LPP)

Voksne for Barn står som arbeidsgiver for daglig leder. Hun jobber i 100% stilling, men har permisjon til å jobbe med et annet prosjekt i 40%. En medarbeider er derfor innleid for å fylle opp de 40%.

Pårørende Kompetanse jobber med å utvikle metoder for å øke brukermedvirkningen til de pårørende innenfor rus/psykiatrifeltet, og å formidle de pårørendes kunnskap og erfaring videre til fagmiljøene.

Senterets virkemiddel for å øke pårørendes brukermedvirkning er gjennom

1. Møteplass
2. Pårørendeguide

Møteplass er en metodikk som skal tilrettelegge for kunnskapsutveksling mellom pårørende og tjenesteapparatet. Utgangspunktet er at pårørende til mennesker med psykiske lidelser eller rusproblemer, gjennom sine personlige erfaringer med å være pårørende, og gjennom sine møter med tjenesteapparatet, har ervervet seg kunnskaper og erfaringer som tjenesteapparatet har nytte av å høre. Samtidig har pårørende behov for å møte fagfolk og andre pårørende. Møteplass er arenaer hvor ansatte innenfor psykisk helse og rus (spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten) og pårørende kan treffes for å lære av hverandres erfaringer, med den målsettingen å endre praksisfeltet. Pårørende Kompetanse understreker likeverdigheten i møtet mellom de ansatte og de pårørende. Det er ikke bare de pårørende som skal lære noe, det er like mye de ansatte som får mulighet til å lære av de pårørende.

Det daglige arbeidet drives fra lokaler i Oslo, men det er etablert arenaer i Gjøvik, Skien, Trondheim, Nittedal, Drammen og Lillehammer. Fra høsten 2015 vil også Harstad, Kvæfjord (i samarbeid med helseforetaket og Bikuben Brukerstyrte senter) og Larvik ha etablert tilbudet. Finansieringen kommer i hovedsak fra Helsedirektoratet, men senteret har også søkt og fått midler fra Extrastiftelsen til å gjennomføre et filmprosjekt til bruk i ulike formidlingsammenhenger.

## 5.2 Visjoner og målsettinger

---

Senterets målsetning er å gi pårørende til mennesker med psykiske helse- og rusproblemer en stemme og en påvirkningsmulighet i tjenesteapparatet. Tradisjonelt fokuserer tjenesteapparatet på den som er syk og/eller har rusproblemer. Pårørende til denne gruppen pasienter kan oppleve store belastninger i taklingen av den syke. Skam er også en følelse mange pårørende til psykisk syke og rusavhengige kjenner på. Samtidig kan de ofte føle seg både oversett og overveldet i møtet med tjenesteapparatet. Det er dette som er Pårørende Kompetanses målsetting å bidra til å gjøre en endring på.

På senterets nettsider beskrives profilen:

Pårørende kompetanse jobber for at pårørende til psykisk syke og rusmisbrukere blir hørt i møte med hjelpeapparatet. Samtidig jobber vi for at hjelpeapparatet skal ha, og gi tilbud om hjelp til pårørende.

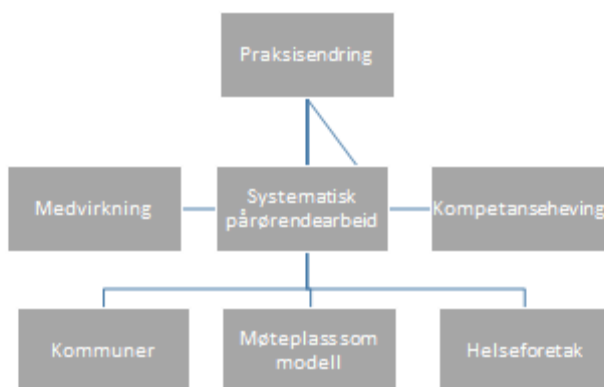
## 5.3 Målgruppe og aktiviteter

---

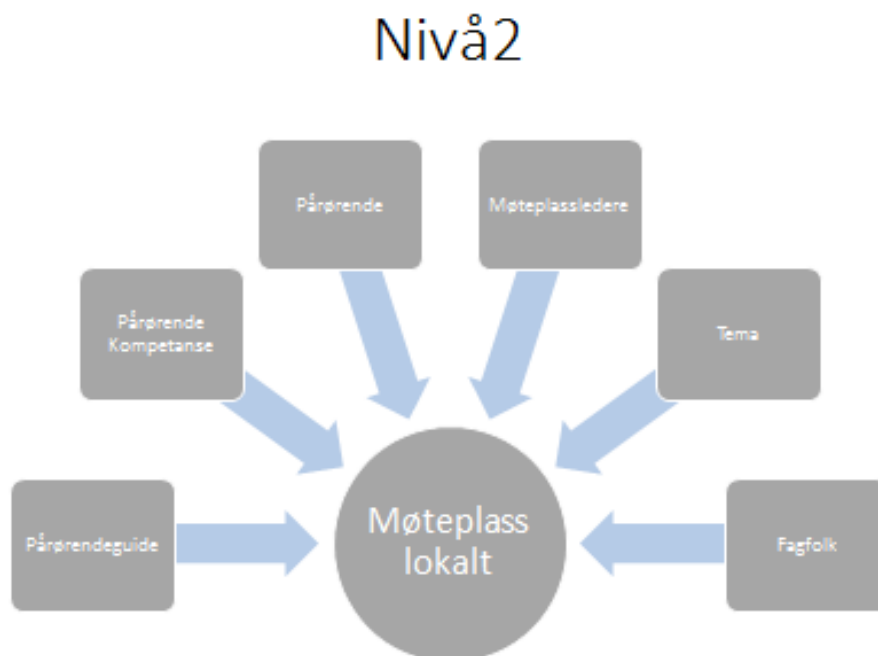
Pårørende Kompetanse bruker Møteplass og Pårørendeguide som virkemiddel for å oppnå økt innflytelse fra pårørende. Målgrupper er fagfolk og ledere innenfor helseforetak, og ulike deler av det kommunale hjelpeapparatet knyttet til rus/psykisk helse.

Målet til Pårørende Kompetanse er *praksisendring*. Gjennom arbeidsmetoden «Møteplass» som involverer *fagpersoner og pårørende* ønsker senteret å bidra til *økt medvirkning for de pårørende og kompetanseheving blant de ansatte*, og at de ulike helseinstitusjonene jobber mer planlagt med pårørendearbeidet sitt. Pårørende Kompetanse beskriver sin virksomhet som bestående av to nivåer, og kan illustreres ved hjelp av disse to figurene. Nivå 1 har et systemfokus, og henvender seg til ansatte og ledere i kommuner og helseforetak.

### Nivå 1



Det senteret beskriver som Nivå 2, ser vi illustrert i figuren under. Kjernen i metodikken er de lokale Møteplassene (MP lokalt). Tilbudet igangsettes og vedlikeholdes av Pårørende Kompetanse, men den jevne driften involverer pårørende, fagfolk, lokale møteplassledere, koordinatører og lokale pårørendeguides.



Vi skal nå gi en nærmere forklaring på hva Møteplass er, og hvilke oppgaver/roller de ulike aktørene har.

**Møteplass:** Dette er lokalt arrangerte samlinger hvor pårørende og fagfolk blir invitert til å samles om et på forhånd bestemt tema. Både pårørende og fagfolk får anledning til å møte andre pårørende og fagfolk. Møtene skal preges av likeverdighet mellom fagfolk og pårørende. De ansatte i Pårørende Kompetanse understreker at disse møtene ikke skal være «prateklubber», men kompetansehevende for alle som deltar, og bidra til bedre dialog mellom gruppene. For å styrke de pårørendes opplevelse av likeverdighet, er det alltid færre fagfolk enn pårørende til stede (40/60%), slik at pårørende kan delta uten å kjenne press på å dele, fortelle sine erfaringer dersom de heller ønsker å lytte til dialogen og delta på den måten. På alle samlingene holdes det et innlegg fra en fagperson og fra en pårørende. Møteplassene inkluderer formøter, hvor roller og tema for samlingen avklares, samt et ettermøte for å oppsummere og ta med seg erfaringer tilbake til tjenestene og kollegaer.

**Pårørendeguides:** En pårørendeguide er en person som selv har erfaring som pårørende. Pårørendeguiden er en frivillig person som har gått gjennom Pårørende Kompetanses opplæringsprogram for å bli en pårørendeguide, og som er godkjent av Pårørende Kompetanse. Pårørendeguiden mottar selv jevnlig veiledning og oppfølging. I tillegg til å delta på møtene, består pårørendeguidens oppgaver i å bistå andre pårørende i deres møter med hjelpeapparatet. De pårørende får i utgangspunktet støtte og veiledning fra en pårørendeguide i en 6-ukersperiode, men perioden kan forlenges etter avtale. Guidens oppgave er først og fremst å være en aktiv lytter,

men også en praktisk veileder og eventuelt deltaker i møtet med hjelpeapparatet. Guidene bistår også pårørende med å finne frem til aktuell informasjon om tilbud, lover og rettigheter.

Pårørendeguidene leverer skriftlige, anonymiserte rapporter til Pårørende Kompetanse hvor de beskriver problemstillinger og utfordringene de har møtt i sitt arbeid som guider. Pårørende Kompetanse samordner og formidler det tilbake til helseforetakene, fagmiljøene og brukerorganisasjonene.

**Møteplassledere:** Deres oppgaver er først og fremst knyttet til å lede samlingene. De skal lede dialogen og sikre en likeverdig og inkluderende arena hvor pårørende og fagpersoner deler erfaringer, tanker og refleksjoner rundt ulike temaer knyttet opp til rollen og livssituasjonen som pårørende. Temaene fokuserer på det relasjonelle, eksistensielle og emosjonelle. Møteplasslederne er fagfolk med videreutdanning innenfor psykisk helse og rus eller annen relevant videreutdanning. De får opplæring i metoden av Pårørende Kompetanse. Opplæringen skjer gjennom en kombinasjon av teori og erfaringsutveksling basert på gjennomførte Møteplasser lokalt. Møteplassledere lokalt har en opplæringsperiode på 3-4 gjennomførte møter hvor Pårørende Kompetanse leder det første, og veileder de nye lokale Møteplasslederne på de påfølgende møtene.

**Koordinatorer:** Dette er også fagpersoner som læres opp i Møteplassmetoden. Deres oppgave er å invitere fagfolk og pårørende til møter, og å koordinere og arrangere møtene. Koordinatorene benytter faglige møteplasser til å invitere fagfolkene, mens pårørende informeres og inviteres via annonser i lokalaviser og spredning av informasjonsmateriell på steder hvor pårørende kan se dem. Det kan være på fastlegekontorer, på NAV, på DPS, mv. Koordinatorene sørger for at det alltid er et innlegg fra en fagperson og et innlegg fra en pårørende i hvert møte. Koordinatoren er også bindeleddet mellom den enkelte Møteplass og Pårørende Kompetanse. De har ansvar for å jobbe med forankring inn i fagmiljøene, og å bringe erfaringer fra møtene inn til Pårørende Kompetanse.

**Fagfolk:** Møteplass skal være en læringsarena også for fagfolk. De er ikke bare til stede med ferdige svar og faglige kunnskaper, men også for dele noe om hvordan de opplever sin arbeidshverdag. Hvordan er det å få en telefon fra pårørende? Hvordan bør samarbeidet mellom pårørende og fagfolk være? Hvordan forholder de seg til pårørendes egne behov og ivaretagelse av hele familien? Fagfolk får anledning til å reflektere høyt over hvordan de for eksempel i noen sammenhenger kan bruke taushetsplikten til å beskytte seg selv. Hensikten med disse møtene er å få fagfolk til å snakke ikke bare som fagpersoner, men også på personlig plan. Noen fagfolk deltar på fast basis for å sikre stabilitet og kontinuitet. I tillegg inviteres flere til å delta mer sporadisk for å sikre sirkulasjon og bredde. Fagfolk inviteres også særskilt etter bestemte tema. De faste fagfolkene har ansvar for å skrive referat.

**Møteplasteam sentralt i Pårørende Kompetanse:** består av 4-5 fagfolk (+ leder) med relevant bakgrunn og utdanning som leies inn på timebasis for å drive opplæring av koordinatorene, møteplassledere og pårørendeguiden – og til å utvikle og kvalitetssikre arbeidet sentralt og lokalt.

### 5.3.1 Faste samlinger

Hvert år avholdes det:

- 8 Møteplasser i hver av kommunene/Helseforetak
- 2 planleggingsmøter for alle koordinatorene

- 3 - 4 veiledningssamlinger for pårørendeguidene
- 1 erfaringsamling hvor alle sammen møtes
- 3 dagers opplæring ved nyrekruttering av guider
- Opplæring av nye kommuner/Helseforetak

### 5.3.2 Antall møteplasser og deltakere

I 2013 ble det avholdt 43-45 Møteplasser med 650 pårørendedeltakere (deltakere fra fagmiljø ble ikke registrert).

I 2014 ble det avholdt 45 Møteplasser med 675 deltakere og 270 – 300 deltakere fra fagmiljø. Pårørende Kompetanse har totalt lært opp 51 møteplassledere siden 2009 hvorav 31 av disse i skrivende stund er aktive som Møteplassledere.

Totalt er det 6 aktive koordinatorene.

I 2015 finnes det 9 Pårørendeguidere som er med på Møteplass lokalt. I tillegg er det 2-4 stykker som ønsker opplæring ila høsten 2015.

### 5.3.3 Kunnskap tilbake til fagmiljøene

Møteplassestteamet bringer erfaringer tilbake til Pårørende Kompetanse som grunnlag for utviklingsarbeid. Det samme gjør møteplassledere, koordinatorene og pårørendeguidere. På bakgrunn av referatene som skrives på hver samling, bearbeider Pårørende Kompetanse erfaringene i to type rapporter:

1. Analyse av referater
2. Sammenfatning av dialog

Analysen er en bearbeidelse av alle referatene, og inneholder en beskrivelse av bruk av metaforer som analytisk verktøy. Deretter presenteres en sammenfatning av referatene ut disse overskriftene: *tema, metaforer, hva sier pårørende at de har behov for i møte med helseforetak og fagfolk?, hva sies om hva de pårørende kan gjøre for seg selv?, og hva sier fagpersoner?*

En analyse av metaforer anvendt i møteplassdialogen skal bidra til å heve kunnskap om pårørendes perspektiver, og bruken av metaforer er ut fra innspill fra fagmiljøene. Analysene av referatene blir sendt til fagfolk og koordinatorene som deltar i møtene, samt til Voksne for barn og Landsforeningen for pårørende som grunnlag for deres pårørendearbeid/politikk.

Her er noen eksempler på temaer:

- Grensesetting: Mange pårørende opplever utfordringer med å sette grenser for personen de er pårørende til, så vel som grenser for seg selv. Grensesettingen gjør det mulig å håndtere stressfulle situasjoner. Gjennom å sette grenser kan pårørende bli flinkere til å ivareta egne og andres interesser.
- Samarbeid og dialog mellom pårørende og fagfolk: Daglig leder understreker at helsepersonell har ikke bare taushetsplikt, men også en informasjonsplikt ovenfor pårørende.

- Åpenhet og stigmatisering: Skam og skyld kan være en kilde til bekymringer for pårørende. Rus kan påvirke familien, og handlinger som er gjort kan føre til at det er vanskelig å forsone seg med familien.
- Hva gjør man når den syke ikke vil ha hjelp? Mennesker med utfordringer i psykisk helse- og rusfeltet kan nekte å ta imot hjelp, noe som kan være vanskelig for både pårørende så vel som fagfolk.

Pårørende Kompetanse ønsker å i større grad å bruke de systematiserte erfaringene til tilbakemeldinger og læringsarenaer for både praksisfeltet og for høgschooler. Det er utarbeidet et halv-dags undervisningsopplegg på bakgrunn av erfaringene fra Møteplass, og hvor egenproduserte filmer inngår som en del av undervisningsopplegget. Planen er å ta kontakt med Høgskolen i Lillehammer i første omgang, og siden utvide til flere høgschooler. Utdanningene undervisningsopplegget tenkes inn i er sosionomutdanning, grunnutdanning i sykepleie, barnevern og videreutdanning innenfor rus/psykisk helsearbeid. Pårørende Kompetanse har samlet et stort materiale fra de mange Møteplassene som de ønsker å bruke som råmateriale for forskning og videre bearbeiding, men de har ikke ressurser til å gjøre dette med dagens mandat/tilskudd. Pårørende Kompetanse mottar for 2015 mellom 55-60 referater fra Møteplasser lokalt/regionalt, og regner med at dette vil øke årlig.

## 5.4 Andre prosjekter

---

Pårørende Kompetanses arbeidsmetode er Møteplass, og deres arbeid handler om å spre denne arbeidsmetoden til flest mulig miljøer. Selv om metoden ligger fast, utvikles det ulike formidlingskanaler og nye variasjoner etter hvert som det viser seg å være behov.

### 5.4.1 Pilot i Trondheim – Møteplass med fokus på barn og søsken

Dette utgjør et nytt fagfelt for Pårørende Kompetanse, og dermed nye samarbeidspartnere. Målgruppen er familier med barn, der den ene forelderen ruser seg eller har en psykisk lidelse. Målet er å invitere foreldre som pårørende til sine partnere og fagfolk for å nå barna som pårørende i et familie- og generasjonsperspektiv. Det jobbes med å etablere kontaktflater inn i fagmiljøer som BUP, familievernkontoret, NAV, bestillerkontor, utekontakter og barnehager. Tilbakemeldingene fra koordinatorsamlingen mai 2015 var ifølge Pårørende Kompetanse tydelige på at dette er en ønsket utvikling av Møteplass som modell.

### 5.4.2 Digitale historiefortellinger

Med støtte fra Extrastiftelsen har Pårørende Kompetanse produsert en rekke digitale historiefortellinger med pårørende og fagpersoner. Filmene er laget med utgangspunkt i de pårørendes og fagpersonenes erfaringer og utfordringer. Utgangspunktet er at filmene skal kunne brukes for å drive informasjonsarbeid om hva Møteplass er. Samtidig skal de kunne brukes i undervisningssammenheng. Historiene dekker pårørendes erfaringer med psykisk helse- og rusutfordringer, deres møte med Møteplass og med tjenestene. Fagfolk deler sine erfaringer og tanker om egen yrkesrolle, om pårørendearbeid generelt og erfaringer med Møteplass.

### 5.4.3 Kjønnsdelt Møteplass

På Borgestadklinikken i Skien arrangeres samlingene kjønnsdelt 2 ganger i året. Dette ble gjort på oppfordring fra de pårørende selv, som hadde ønske om å prøve en kjønnsdelt ordning. Møteplassledere og koordinatorene sier at dette fungerer bra. Ved å gi kjønnsdimensjonen vekt i tilbudet sier koordinatorene at det kommer frem forskjellige sider på de to arenaene. En erfaren møteplassleder forteller at det i snitt er 75 % kvinner på Møteplass, noe som kan indikere en forskjell i hvordan menn og kvinner erfarer sin pårønderrolle. Denne mannlige møteplasslederen sier at menn kan ha en opplevelse av at ektefellene engasjerer seg i barna på en måte som gjør at de opplever at de nærmest mister ektefellen. Der hvor kvinner er mer opptatt av å snakke, kan menn gi inntrykk av at de er opptatt av handling som er rettet mot hva de kan gjøre for å få det bedre i livet.

### 5.4.4 Deltakelse på konferanser

Pårørende Kompetanse deltok i 2014 på følgende konferanser med informasjon og stands:

- LPP Likemannskonferanse (internforankring og informasjon) (stand)
- Pårørendedagen (stand)
- Recovery- seminar, (NAPHA og Erfaringskompetanse)
- Krise,- et vendepunkt (Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst) (stand)
- Barn som pårørende, skandinavisk konferanse
- Toppmøtet (Erfaringskompetanse) (stand/poster)

## 5.5 Opplæring av brukerrepresentanter

---

Pårørendeguidene kan betegnes som både brukerrepresentanter og frivillige deltakere. De gjennomgår et til dels omfattende undervisningsprogram, som innebærer både selvstyrking og opplæring i temaer som er i slekt med det andre brukerrepresentanter lærer ved andre senter, men deres rolle er ikke å representere i utvalg og råd. Flere av pårørendeguidene er likevel medlem i brukerorganisasjoner, og deltar i råd og utvalg, og holder foredrag med utgangspunkt i det de har lært gjennom Møteplass.

Å være pårørendeguide beskrives som en krevende oppgave fordi de skal veilede i forhold til situasjoner som de selv har opplevd som vanskelig.

Veiledning er en målrettet samtale som stimulerer deltakeren til å finne egne svar. Veiledningen skal oppmuntre til refleksjon og til at deltakerne selv er aktiv både under samtalen og i perioden mellom hver veiledning. Hensikten er at deltakeren skal lære å lære ved å være aktiv i sin egen læreprosess, og dermed utvikle større selvstendighet og ansvar for egen læring.

Å veilede andre krever opplæring i veiledningskunst og aktiv lytting. I tillegg kreves det at egne vonde pårørenderfaringer er bearbeidet og kommet på avstand. Pårørende Kompetanse legger stor arbeidsinnsats i å rekruttere, lære opp og beholde de frivillige pårørendeguidene. Guidene gjennomgår først et tredagers kurs hvor kursholderne kommer fra enten Voksne for Barn eller fra deres egne fagpersoner og møteplassledere med bakgrunn i familierterapi. I tillegg møtes alle pårørendeguidene tre til fire dager i året, og får veiledning ut fra aktuelle problemstillinger som de har møtt i løpet av året.



## 5.5.1 Noen punkter fra undervisningsmanualen til pårørendeguidene

### Dag 1

En presentasjon av Pårørende Kompetanse, bakgrunnen for deres arbeid, om taushetsplikt, om møteplass, om pårørendeguidenes oppgaver, mandat og rammer, om hva veiledning er til forskjell fra rådgivning, og om profesjonalisering av egen rolle som pårørende. Det siste illustreres med å bytte hatt fra å være pårørende til å bli en som tar i bruk sin erfaring som pårørende til å fylle rollen som guide.

### Dag 2

Her går man dypere inn i temaer fra dag 1. Det legges vekt på styrken i de pårørendes erfaringer og kompetanse. Det settes også fokus på bevisstgjøring av egen sårbarhet, og betydningen av å kunne beskytte seg i vanskelige situasjoner som trigger ens egne vanskelige følelser som pårørende. Dagen inkluderer øvelser.

### Dag 3

Dagen består av teori og øvelser hvor guidene blir kjent med og får prøvd ut verktøy som aktiv lytting, løsningsfokustert tilnærming (LØFT) og samtaleteknikk. Guidene lærer også mer inngående om hva pårørendeguidenes oppgaver og ansvar består i, og hvordan de kan veilede andre pårørende. De får også prøve seg på et par realistiske case.

De ansatte understreker at møteplass verken er samtalegruppe eller selvhjelpsgruppe i tradisjonell forstand, selv om mange pårørende opplever selvstyrking (empowerment) gjennom å være med. Pårørendeguidene blir ikke systematisk rekruttert til å være representanter for brukerorganisasjoner inn i styret og råd, men de bruker sin erfaring og kompetanse i forbindelse med disse møtene hvor fagfolk og pårørende møtes, og i møte med hjelpeapparatet som veiledere for andre pårørende.

## 5.5.2 Opplæring av møteledere

Møteledere er fagpersoner som rekrutteres fra fagmiljøene, og som gjennomgår et omfattende 3-dagers undervisningsprogram før de kan bli møteledere. Svært kort fortalt får deltakerne innføring i hva Pårørende Kompetanse er, hva Møteplass er, og hvordan de skal ledes. Blant innholds-komponentene kan nevnes fokus på samarbeidspartnere, på brukermedvirkning og forpliktelsen de har til å bringe erfaringer fra disse møtene tilbake til fagmiljøene.

## 5.6 Brukermedvirkning på individnivå

---

Opplæringen pårørendeguidene går igjennom kan ha en effekt på 3 nivåer:

1. Egenutvikling gjennom opplæring og «*profesjonalisering*» av egen rolle.
2. Guidene bidrar til andres egenutvikling og brukermedvirkning gjennom å bistå dem i møte med det offentlige tjenesteapparatet, og gjennom å være støttepersoner for andre pårørende under gjennomføringen av Møteplass.

3. Pårørendeguidene bidrar til systemendring ved å formidle pårønderferinger tilbake til fagfolk direkte på Møteplassene, og gjennom dokumentasjonen de leverer til Pårørende Kompetanse.

En pårørendeguides historie:

Pårørendeguiden forteller at hun har vært lærer i store deler av sitt liv, og har blant annet har vært involvert i drift av en skole. På et tidspunkt begynte familien å oppleve utfordringer knyttet med deres sønn. Pårørendeguiden sier det hele startet med hasj, og deretter en rekke hardere stoffer. I tillegg fikk sønnen en rekke diagnoser som ADHD og Schizofreni. Etter en stund ble han lagt inn på psykiatrisk sykehus. Det var inn og ut av en rekke institusjoner og eksperimentering med forskjellige former for narkotika. I dag går det bedre. Sønnen går på subutex og bor i et kollektiv.

Hun ler mye, og sier at i hennes situasjon så er det viktig å beholde en form for humor - galgenhumor. Hun har mange prøvelser i sitt liv. Men de har også en datter som har det fint. Pårørendeguiden forteller sin historie på en profesjonell måte. Hun sier det på ingen måte dreier seg om å bruke fortellingen sin for å få sympati, men kanskje forståelse. Hun har fortalt sin historie mange ganger. Som pårørendeguide har det vært hennes jobb. Hun er også med i LPP på fylkesnivå. Det var også de som opprinnelig hadde spurt henne om hun kunne være pårørendeguide i utgangspunktet. Pårørendeguiden forteller at hun egentlig ikke hadde hatt tid, men at hun lot seg overtale. Det er hun glad for i dag. Det var lederen i LPP som hadde bedt henne være pårørendeguide.

Det er nå fire år siden hun var i Oslo og fikk opplæring som pårørendeguide. Det var daglig leder i Pårørende Kompetanse som hadde kurset. Daglig leder hadde vært en skikkelig inspirator, og hun har stor respekt for hennes arbeid. Pårørendearbeid var det ingen som visste om tidligere. Møteplass var en utradisjonell tilnærming. Det har vært et behov for pårørende å møte likesinnede, å bli snakket til som likemenn. Det har vist seg at fagpersoner har fått stort utbytte av å være med på Møteplass. De har utviklet en større forståelse for å ha kontakt med pårørende. Pårørendearbeid kommer alle til gode. Det er viktig å si at vi må se helheten, sier pårørendeguiden.

«Pårørende har stort utbytte av Møteplass.» understreker pårørendeguiden. Selv har hun holdt et innlegg på et psykiatrisk sykehus om pårørendearbeid. Hvert halvår har de familiemøter på sykehuset. Hun dro ditt for å fortelle om Møteplass. Pårørendeguiden forteller hun hadde møter i forkant og samlet inn informasjon fra andre pårørende. I sin presentasjon fortalte hun hvordan Møteplass ga trygghet, mulighet for å luften sine problemer og opplevelsen av å bli hørt.

## 5.7 Brukermedvirkning på systemnivå

Pårørende Kompetanses arbeid retter seg mot fagfolk som jobber som jobber med rus, og forsøker å påvirke gjennom de individuelle ansatte som blir kjent med metoden. Arbeidet forutsetter formelle avtaler både med helseforetak og kommuner. Daglig leder bruker begrepet «*som ringer i vannet*» om måten dette budskapet forsøkes spredt på. Koordinatorene er blitt oppmuntret til å gi tilbakemeldinger på hvilke eventuelle systemiske virkninger Møteplass har hatt i deres kommune/helseforetak. Her er et par eksempler på tilbakemelding fra koordinatorene:

### *En koordinator om effekten av Pårørende kompetanses arbeid:*

- Vi har i hatt fagfolk inne fra veldig mange forskjellige enheter i kommunen – og tror vi må ha skapt ringvirkninger i forhold til fagfolks kunnskap og holdninger til pårørende
- En ringvirkning til er at vi har etablert nettverksmøter rundt noen pårørende/brukere som resultat av Møteplass
- Det er flere pårørendedialoger i kommunen etter at Møteplass ble innført
- Enkelt saker er tatt tak i som har kommet frem på Møteplass
- Pårørendetelefon – ønsker å få på plass dette og koordinatorene har sendt prosjektplan til våre ledere som er positive, men som også må ta det videre i helse- og omsorgssektoren
- Pårørendeerklæring – skrevet og denne skal tas stilling til i helse- og omsorgssektoren

### *Fagperson fra DPS (koordinator) om Pårørende Kompetanses arbeid:*

Hun erfarer Pårørende Kompetanse som et godt supplement til det pårørendearbeidet de ellers driver med, selv om det ikke er det eneste pårørendetilbudet som finnes i regionen.

Men jeg synes det er et veldig bra supplement. For de gir pårørende en stemme som en del av de pårørende ellers ikke greier å formidle. Det er også flere pårørende som er sterke til å fremme sin sak.

Hun understreker at Pårørende Kompetanse har fått til mye for lite midler, men at de blir fort sårbare når de er så få.

Hvis de hadde vært mer robuste så kunne de arbeidet mer.

Hun mener det er et tiltak som bør fortsette, og at det begynner å få en form og en struktur som det er som er lett for dem som foretak å forholde oss til.

### *To andre koordinatorene:*

De forteller at de må finne sine roller i dette arbeidet, og at det er ikke lett. En av dem forteller at hun innledningsvis fort kom i forsvarsposisjon. Hun følte seg avvist. Det er mange som kommer med anklager mot helsearbeiderne. De opplever selv at de har fått mye ut av Møteplass. De har lært å tenke mer omkring de pårørende, og hva de kan bidra med. De ønsker å lære mer. Dette illustrerer godt utfordringene som brukerstyrte sentra står i når det gjelder å etablere arenaer hvor brukerstemmer får gyldighet på like fot med de fagansatte. Tradisjonelt har det faglige perspektivet vært mer eller mindre enerådende når det gjelder å definere problemer og spesielt hva som er løsninger på brukernes problemer, mens de brukerstyrte sentrene representerer en ny stemme som – naturlig nok – møter motstand rett og slett fordi de utfordrer fagfolks syn på seg selv og sin rolle.

### *Fra et koordinatormøte:*

En koordinator forteller at de har holdt på i 3 – 4 år, og at de nå begynner å se resultater:

Arbeidet begynner å bære frukter, og kunnskapen blir trukket tilbake til tjenesteapparatet. Hjemmetjenesten vurderer å henge seg på.

En av fruktene fra arbeidet er fokus på forholdet mellom informasjonsplikt og taushetsplikt, og hvilke plikter de har ovenfor pårørende til å informere.

Fagpersoner skal og må ha samtaler med pårørende. Det er blitt en større bevissthet rundt det å involvere pårørende.

## 5.8 Samarbeid med andre instanser

---

En viktig forutsetning for å etablere Møteplass er at det skal forankres i helseforetak og kommuner. Dette innebærer at helseforetak og kommuner må garantere at det stilles med fire til fem fagpersoner før tilbudet settes i gang. Å ta i bruk Møteplass som tjeneste og metode, vil være en av flere tiltak hjelpeapparatet kan iverksette for imøtekomme kravet om tilbud til pårørende.

Daglig leder forklarer at det i dag er mye lettere å «selge» inn denne ideen på forskjellige arenaer enn det var i begynnelsen. Hun har jobbet med Pårørende Kompetanse siden 2006, og sier at hun møter mer forståelse av det offentlige tjenesteapparatet nå enn tidligere. En av grunnene til dette er at det er kommet en rekke krav og lovendringer fra sentrale myndighet om mer samhandling og brukermedvirkning.

Helseforetakene skal ivareta de pårørende til psykisk syke. Dette er uttrykt i oppdragsdokumentet fra eieren av det enkelte helseforetaket, i lovverk om pasientrettigheter, arbeid med individuell plan m.m. Kommunene har også dette ansvaret ut fra blant annet «Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester».

Pårørende Kompetanse har, som enkelte av de andre senterne, møtt på noen utfordringer i samarbeidet med brukerorganisasjonene. Eierorganisasjonene Voksne for Barn og Landsforeningen for Pårørende var i utgangspunktet enige om at Pårørende Kompetanse skulle utvikle et nytt tilbud, og at organisasjonenes øvrige arbeid ikke skulle omfattes av samarbeidet mellom de to. Tilbudet som ble utviklet retter seg mot pårørende som målgruppe, og skulle dermed være spesielt godt egnet som et supplement til Landsforeningen for Pårørendes øvrige arbeid. I følge generalsekretær i Voksne for Barn som sitter i styret for Pårørende Kompetanse har det likevel vært noen vanskeligheter med å få dette samarbeidet på skinner lokalt. Hun understreker at senteret neppe var gode nok i begynnelsen til å sikre forankring i de lokale LPP-lagene, og at det kan ha fått noen konsekvenser for det senere samarbeidet. Videre har senteret møtt en viss motstand fra lokallagene – på tross av enighet sentralt i LPP. Det var derfor nødvendig for Pårørende Kompetanse å jobbe parallelt med forankring i kommunene/helseforetakene samtidig som de jobbet med lokal forankring i LPP dersom de skulle komme videre i arbeidet med å utvikle tilbudet.

Andre kilder til konflikt som generalsekretæren peker på ligger i forutsetninger for og, og oppfølgingen av selve tilskuddsordningen. En av forutsetningene var at brukerpotten skulle økes slik at de nyopprettede brukerstyrte sentra ikke måtte konkurrere med brukerorganisasjonene som de skulle samarbeide med. En annen forutsetning var målsettingen om at finansieringen etter hvert skulle tredeles mellom kommuner, helseforetak og Helsedirektoratet. Disse forutsetningene og målsettingene har ikke blitt realisert, noe som bidrar til uavklarte forhold mellom de brukerstyrte sentra og brukerorganisasjonene – blant annet med hensyn til fordeling av midler. Utfordringer vi har omtalt her vil vi ta opp igjen i den generelle diskusjonen.

### Oversikt over etablerte møteplasser

Trondheim: Kompetansesenter rus - Midt-Norge, Lærings- og mestringssenteret

Lillehammer: Sykehuset Innlandet v/Lillehammer DPS, Nor-Fron Kommune, Ringebu og Lillehammer kommune

Gjøvik: Sykehuset Innlandet v/Gjøvik DPS og Gjøvik kommune

Nittedal: Nittedal Kommune, Grorud DPS, Pårørende Kompetanse  
Skien: Borgestadklinikken

Opplæring og etablering i 2015:

Drammen DPS

Harstad DPS, Harstad kommune og Kvæfjord kommune

Larvik kommune

## 5.9 Oppsummering

---

Pårørende Kompetanse eies og drives av de to brukerorganisasjonene Voksne for Barn og Landsforeningen for pårørende. Metoden for styrking av brukermedvirkning er Møteplass og Pårørendeguiden. Dette er en metodikk som skal tilrettelegge for kunnskapsutveksling mellom pårørende og ansatte i tjenesteapparatet, hvor likeverdighet mellom de ulike rollene er et sentralt moment. Målet for pårørende Kompetanses arbeid er praksisendring, og metodikken som ligger i Møteplasskonseptet skal ivareta begge aspektene. I tillegg er pårørendeguidene spesielt rettet mot å styrke den enkelte pårørende i sitt møte med det offentlige hjelpeapparatet. Alt som skjer både i møtene og i pårørendeguidenes virksomhet skal rapporteres til Pårørende Kompetanse og danne grunnlag for skriftlige tilbakemeldinger til fagmiljøene. Det foreligger planer om å etablere samarbeid med høyskoler for å formidle metodikken og erfaringene videre til studenter i aktuelle utdanninger. Det jobbes også hele tiden med å utvide antall nedslagsfelt, men kapasiteten til de ansatte er en utfordring og representerer en sårbarhet, spesielt når nye Møteplasser skal etableres og vedlikeholdes.

# 6. ROM Agder

ROM (Råd og Muligheter) Agder presenterer seg som et brukerstyrt senter innen psykisk helse og avhengighet for Agderfylkene. ROM medvirker til lavterskeltilbud for brukere og pårørende, men er særlig aktiv i samarbeidsarenaer og forskning for utvikling av tjenestene.

## 6.1 Organisering og struktur

---

ROM Råd og Muligheter ble etablert som et brukerstyrt senter i 2004. Det var ildsjeler i Mental Helse, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse og A-larm som ønsket at arbeidet med brukermedvirkning skulle komme i mer strukturerte former. I 2008 gikk A-larm ut av styret, men organisasjonen samarbeider fortsatt med senteret.

I styret sitter nå:

- Mental Helse Vest-Agder
- Mental Helse Aust-Agder
- LPP Vest-Agder
- LPP Aust-Agder
- Sørlandet Sykehus, Klinikkk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling
- Universitetet i Agder
- KS Agder

ROM Agder har fra sommeren 2014 hatt kontorer i Kristiansand sentrum, og kom da flyttende fra Frivillighetens hus i utkanten av sentrum. Senteret har ansatt en daglig leder i 100 prosent stilling, og i tillegg en sekretær i 20 prosent stilling som er finansiert av Sykehuset Sørlandet. De øvrige ansatte er prosjektstillinger som i de fleste tilfeller utføres av personer som i tillegg til å ha de nødvendige forkunnskaper om oppgavene som skal gjøres også har bruker- og/eller pårørendeerfaring. Dette er stillinger som å ta seg av websider og Face book (15 t/md), videreutvikling av kjøkkenpraten som konsept (20 prosent), utarbeide en for forsknings- og utviklingsstrategi for ROM (20 prosent). Det er også nylig opprettet en stilling (20 prosent) for å utarbeide en plan for hvordan ROM kan styrke sitt pårørendeengasjement. I tillegg er det flere som deltar som «medforskere» i eksternt finansierte prosjekter. Ved utgangen av 2014 var det 13 personer med lønnet tilknytning til driften.

Noen av prosjektstillingene har kommet til gjennom samarbeidet med NAV om praksisplasser for arbeidstrening. I følge årsmeldingen for 2014 skal «praksisplassene følges opp individuelt og gis meningsfulle oppgaver tilpasset evner, ressurser og interesser for brukermedvirkning.» Også sosionomstudenter kan få praksisplass hos ROM (1 semester), og har blant annet vært knyttet opp mot lavterskeltilbudet Kjøkkenpraten (som omhandles nærmere i kapittel 6.3.1).

ROM skal dekke både Aust- og Vest-Agder, men i praksis er mange av aktivitetene sentrert rundt Kristiansand, hvor både universitetet og sykehusets klinikkledelse for psykisk helse ligger. ROM er ikke lagt opp til å ha en funksjon som et «være-sted» med organiserte dagaktiviteter,

selv om det er åpent for å komme innom for en prat. Dette begrunnes med at Kristiansand har mange aktivitetstilbud for brukere, og ROM er ment å fylle en annen funksjon knyttet til å styrke brukermedvirkning. ROM er likevel et samlingspunkt for alle som har lønnet eller frivillig tilknytning til senteret, og i tillegg samarbeides det med brukerorganisasjonene om lavterskeltilbud.

## 6.2 Verdigrunnlag, visjoner og målsettinger

---

På hjemmesiden til ROM står det:

ROM-Agder er et brukerstyrt kompetansesenter for begge agderfylkene. Vi arbeider ut i fra en sterk tro på viktigheten av brukermedvirkning og deling av erfaringskompetanse som en særdeles viktig arbeidsform innenfor psykisk helse og avhengighet. Vi er et møtested og en samarbeidspartner for institusjoner, etater og så vel enkeltpersoner som har utfordringer innen psykisk helse og avhengighetsproblematikk.

I følge vedtektene er ROMS formål:

- Bidra til å utvikle tjenestetilbudet og brukermedvirkning innen psykisk helse og avhengighetsbehandling
- Kunnskapsutvikling innen fagområdet
- Kompetanseoppbygging for brukermedvirkning
- Arbeidstrening

Videre står det i vedtektene at ROM er opptatt av å bedre samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten, og sikre god informasjonsflyt på flere nivåer, samt profilere det frivillige arbeidet som finnes. Daglig leder forklarer at hovedmålet er å forbedre tjenestene, altså å jobbe på systemnivå. I tillegg anses det som viktig at tjenestene tilpasses brukernes behov og muligheter, og ikke er strømlinjeformet uten individuelle hensyn. Det beskrives også som viktig å ta vare på erfaringskonsulentene som er ansatt i kommuner og sykehus, for å bidra til å trygge disse i deres arbeid og å tydeliggjøre deres rolle og plass i organisasjonen. Dette vil igjen gi bedre tjenester på sikt.

I følge daglig leder er det viktigste ROM gjør å være en ressursbase av brukere og pårørende for tjenestene slik at disse kan benyttes ved henvendelser om erfaringskompetanse (herunder også veiledningen av studentene). I tillegg anses det som viktig å spre eksempler på god praksis, mens lavterskeltilbudet og informasjonsvirksomheten (gjennom hjemmesiden, media, sosiale media m.m.) anses som viktige deler av driften.

I tråd med dette er mottoet for ROM «Erfaring og fag på samme lag», noe som også er skrevet i senterets logo. Flere av dem vi intervjuet hos ROM understreker behovet for at tjeneste, fag og erfaring skal jobbe sammen for å skape større endring. For å få til et slikt samarbeid er det viktig med gjensidig respekt i samarbeidet. I gruppeintervju med styremedlemmer fra brukerorganisasjonene kom det på spørsmål om hvilket samfunnsbehov senteret skal oppfylle, imidlertid ikke fram noen klare mål eller visjoner. Dette tolker vi som et uttrykk for en vedvarende situasjon med uklarheter og spenninger i forholdet mellom ROM og brukerorganisasjoner som står bak senteret, og som har forplantet seg ned til driften av ROM (dette omtales nærmere i beskrivelsen om samarbeidspartnere). Med bakgrunn i dette og andre intervjuer ved senteret, er vårt inntrykk at det er brukerne og andre som er direkte involvert i aktivitetene ved ROM som er bærere av de mer overordnede og visjonære tanker og hensikter med hvilken rolle senteret har.

## 6.3 Målgrupper og aktiviteter

---

I følge Årsmelding 2014 har strategiplanen følgende satsningsområder for 2014/2015:

- Etablere virksomhet i nye lokaler
- Jobbe utadrettet for å etablere nettverk
- Prosjekt Kjøkkenpraten
- Personalarbeid og rekruttering av frivillige
- Profilere ROM

Å etablere seg i nye lokaler, stabilisere bemanningssituasjonen og forbedre arbeidsmiljøet tok mye plass og energi blant annet i 2014. I følge daglig leder er imidlertid situasjonen bedret gjennom det økte fokuset på personalarbeid og oppgaven med å ta vare på de personer som er knyttet til ROM. Dette har ført til at det den siste tiden har blitt rettet mer fokus på de utadrettede aktivitetene.

ROM har sin hovedinnsats mot å engasjere voksne brukere i praktisk arbeid ved ROM og i å tre inn i roller hvor disse direkte og indirekte er med på å påvirke tjenestene. I tillegg har ROM aktiviteter rettet mot pårørende og barn/ungdom, og framover vil det bli mer fokus rettet mot prosjekter innen psykisk helse i lys av innvandring, fattigdom og ekskludering. Det er både den enkelte bruker og tjenestene som er målgrupper i ROMs arbeid. Dette forklares av daglig leder med at brukere styrkes, og at de som viser interesse for å engasjere seg i å formidle brukerkompetanse bygges opp til å gjøre nettopp det gjennom ROMs ulike aktiviteter rettet mot andre brukere eller tjenestenivå. Ved å styrke og lære opp utvalgte brukere gjøres disse i stand til å gå inn og medvirke til bedre tjenester, men da ikke nødvendigvis i form av brukerrepresentasjon. I tillegg er studenter i målgruppen for å gjennom dem påvirke tjenestene på sikt når de kommer ut i arbeidslivet og i berøring med brukere. De ulike målgruppene nås gjennom samarbeid med ulike tjenestetilbud (slik som NAV og sykehuset), brukerorganisasjoner, utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Styret er med på å definere hvilke aktiviteter som skal foregå. Videre er det organisasjonene sin oppgave og ansvar å ta med saker inn fra sine organisasjoner, men daglig leder følger også med på muligheter.

Viktigste aktiviteter den siste tiden er:

- Lavterskeltilbudene Kjøkkenpraten og Lunsjpraten
- Sosionomveiledning
- Antistigma-prosjektet
- Diverse kursvirksomhet
- Diverse informasjonsarbeid, deltakelse i forum og samarbeidsarenaer

Daglig leder understreker at på tvers av aktivitetene er det en viktig oppgave å ivareta involverte brukere i arbeidspraksis, i prosjekt, som frivillige etc. Videre tar ROM et ansvar i forhold til å ta vare på erfaringskonsulentene som er ansatt på sykehuset, i DPS og i kommuner, slik at disse har et nettverk.

### 6.3.1 Kjøkkenpraten

Kjøkkenpraten arrangeres i samarbeid med Mental Helse, og er et lavterskeltilbud hvor brukere møtes over et måltid. Kjøkkenpraten er for tiden i Kristiansand (1 g/uke), Arendal, Farsund,



Lyngdal, Mandal, Vigeland og Birkeland. Men som daglig leder uttrykker: «Men ildsjeler sliter innimellom», og derfor arrangeres Kjøkkenpraten etter hvilken kapasitet og engasjement som enhver tid er å finne hos medlemmene i lokallagene av Mental Helse. Kjøkkenpraten gir anledning til å komme ut og treffe andre folk, og det stilles ingen krav – «man kommer som man er». Tema/innhold er knyttet til psykisk helse, og det hender at det inviteres inn psykiater eller annen fagkompetanse, men i hovedsak er Kjøkkenpraten et sted hvor man kommer for å snakke om hvordan man har det – og tar det.

Det er lokalforeninger av Mental Helse som har hovedansvaret for å arrangere Kjøkkenpraten, mens ROM står for opplæring og oppfølging av de personene som leder praten. Dette foregår gjennom et 2-dagers Kjøkkenpratlederkurs, og med jevnlig kontakt etter gjennomført kurs. En slik leder skal være en person med brukererfaring, og arbeidet er basert på frivillighet.

Kjøkkenpraten har pågått siden 2005. Aktiviteten er et hovedsatsningsområde for den gjeldende handlingsplanen, siden prosjektet vurderes å være samlendende og bidra til rekruttering av frivillige og nye brukere i regionen. Det er satt i gang et 2-årig prosjekt hvor tre brukere får kurs i forskerrollen på Høgskolen i Buskerud og Vestfold som skal gi kompetanseheving for å kunne gjennomføre forskning. Gjennom fokusgrupper m.m. er målet med prosjektet å videreutvikle konseptet slik at den kan benyttes over hele landet, og at det skal utarbeides en håndbok.

### 6.3.2 Lunsjpraten

Lunsjpraten er drevet av pårørende selv gjennom LPP, og ROM bidrar økonomisk med blant annet annonsering. Lunsjpraten er et lavterskeltilbud hvor pårørende kan utveksle erfaringer seg imellom, og hvor man kan legge fra seg frustrasjoner. Det er ofte et tema på lunsjpraten. Lunsjpraten arrangeres en gang i måneden i Kristiansand. Den er ledet av en veileder fra ROM, og som også kan veilede personlig og være en kontaktperson. Disse går ikke gjennom noen opplæring, men det er en form for kvalitetssikring ifølge LPP Vest-Agder.

### 6.3.3 Sosionomveiledning

Sosionomveiledningen er et samarbeidsprosjekt mellom ROM, A-larm (brukerorganisasjon innen rus) og Universitetet i Agder (UiA). Prosjektet innebærer at personer med brukererfaring veileder studenter når de er i sin praksisperiode. Veiledningen gjelder de erfaringene som studentene gjør på sine praksisplasser hvor brukernes egne erfaringer trekkes inn, og er ikke en arena for at brukerne forteller sine historier.

Opplegget består av at studentene deles inn i grupper tre ganger i semesteret, og har samlinger med veilederne fra ROM og A-larm, til sammen er det fem veiledere fra ROM. Det blir da diskutert ulike temaer slik som hvordan man får til det gode møtet mellom bruker og tjeneste, holdninger og hvordan egne erfaringer påvirker en som sosialarbeider. I forkant av veiledningen går brukerne gjennom et innføringskurs i hvordan man veileder, og om hvordan man skiller seg selv og andre, i tillegg til at man går gjennom hvilke situasjoner som kan oppstå. I ukene mellom veiledningene med studentene opprettes et erfaringsforum hvor veilederne (brukerne) følges opp og veiledes av UiA i sin rolle. Det er ROM og A-larm som rekrutterer sine veiledere, gjennom annonsering og intervju av aktuelle kandidater, og som er ansvarlige for brukerne, mens UiA finansierer lønnen deres og har ansvaret for opplæringen av dem.

### 6.3.4 Antistigma-prosjektet

Antistigma-prosjektet er et samarbeid mellom ROM og italienske miljøer. Prosjektet går ut på å ta med seg elever fra videregående skole og brukere med pleiere ut i naturen og gjøre aktiviteter sammen. Daglig leder forklarer at i Toscana i Italia er alle asylene lagt ned, og brukerne er integrert i kollektiver, og at man da opplevde stigmatisering på en annen måte. Samtidig er erfaringen at dersom unge mennesker får møte folk med psykiske lidelser, blir fordommer bygd ned og det blir mindre stigmatisering. Prosjektet inviterer med både brukere fra bokollektiver/aktivitetssenter, elever fra videregående og fra tjenesteapparatet, til sammen ca. 35 personer. Det innebærer et årlig 10-dagers besøk til Italia og et årlig 10-dagers besøk av italienerne til Norge. Daglig leder forklarer at det er en slags utveksling, hvor man lever enkelt og hvor det er aktiviteter slik som padling etc.

Antistigma-prosjektet har pågått ca. 5 år, og får økonomisk støtte fra Kristiansand kommune og Fylkesmannen i Vest Agder. Det samarbeides også med Kirkens bymisjon, DPSer og dagsenter i gjennomføring av antistigma-prosjektet. Prosjektet pågår i Agder, men også miljøer i Hedmark/Oppland har vært engasjert, med et ønske om å utvide det videre. Til grunn ligger en såkalt salutogen tilnærming, og et fokus som skal stimulere til glede, felles opplevelser og legge til rette for god helse. I følge daglig leder er dette arbeidet ikke knyttet til det å være en ressursbase, men er et rent antistigma- og holdningsarbeid. I tillegg forklares dette å være en type sosial turisme. Daglig leder sier:

Dette er noe vi gjør for å inspirere folk til å tenke mer i retning av hva gir god helse, hva gir mening, hva gir mestring.

Denne tenkningen har spredt seg til enkelte kommuner og til dagsenteret i Kristiansand, som har vært med i en arbeidsgruppe i utviklingen av sentrene som har salutogen tenking med fokus på friluftsopplevelser.

### 6.3.5 Kurs og grupper

ROM har utarbeidet en kurskatalog med oversikt over alle kurs for 2015. Dette er kurs som arrangeres av ROM eller av samarbeidspartnere, eller i et samarbeid. I kurskatalogen for 2015 er disse kursene oppført:

- Pårørendekurs: Kristiansand kommune og brukerorganisasjoner
- Kjøkkenpratlederkurs: I regi av ROM
- Verktøykassas selvstyrkingskurs: I samarbeid med Sagatun
- Verktøykassas prosesslederkurs: I samarbeid med Sagatun
- SMIL-grupper (Styrket mestring i livet, for barn med foreldre med psykiske lidelser eller rusproblemer)
- Andungen (samtalegrupper for voksne barn av psykisk syke): I samarbeid med Kristiansand kommune
- Mental Helses Stigmakurs
- Mestringskurs, hos Lærings- og mestringssenteret
- Kurs om bipolar lidelse, DPSene og Lærings- og mestringssenteret

- Modulbasert brukeropplæring: Modul 1 i regi av brukerorganisasjonene og Modul 2 av helseforetakene

### 6.3.6 Informasjon, forum og samarbeidsarenaer

Økt synlighet og informasjonsarbeid er et av satsingsområdene til ROM, jf. senterets gjeldende handlingsplan. På grunn av ROMs utfordringer knyttet til uro i organisasjonen, forklares det av daglig leder at det den siste tiden har vært et styrket fokus på å jobbe utadrettet for å vedlikeholde eksisterende nettverk som har blitt «understimulert». Dette gjelder fortrinnsvis å delta på styremøter, årsmøter og andre møter i lokal- og fylkeslag av Mental Helse, LPP, FFO m.fl. for å informere om ROM og synliggjøre senterets rolle i forhold til brukervedvirkning. I tillegg holder representanter for ROM temaforedrag, deltar i debatter m.m. i samarbeid med kommuner, brukerorganisasjonene og andre

Mye av innsatsen er rettet mot samarbeid med UiA, brukerorganisasjonene og andre, og deltakelse i ulike former for nettverk og samarbeidsprosjekter. Eksempelvis er ROM med i Brukerforum i Agder, som er en samhandlingsarena der brukere, pårørende, fagfolk og politikere møtes for dialog og erfaringsutveksling med mål om å bedre tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusavhengighet. ROM har opprettet samarbeid med to distriktpsykiatriske sentre, Fylkesmennene og flere kommuner. ROM er videre i løpende dialog med NAV om utvikling av felles aktiviteter, og deltar på andre arrangementer slik som på verdensdagen for psykisk helse i Arendal og Birkenes. Konseptet «Helsefilm» er drevet av Sørlandet Sykehus klinikk for psykisk helse, og det har vært ROM-tilknyttet brukere med på sendinger og filmer med fokus på depresjon og mobbing. Det blir også gjennomført samtaler og veiledning av personer som tar kontakt med ROM per telefon eller ved besøk.

### 6.3.7 Tidligere prosjekter av betydning

HUSK – Høgskole- og universitetssosialkontor – var et 5-årig nasjonalt prosjekt fra 2006-2011. Prosjektet innebar å utvikle bedre sosiale tjenester ved å styrke kunnskap og kvalitet i sosialtjenesten ved å utvikle fire modeller for brukervedvirkning fire steder i landet. Agder var ett av fire forsøksområder, hvor det deltok representanter fra NAV, barnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien, UiA (forskere og studenter) og brukere (6-10 brukere fra ROM og A-larm). I tillegg var de fleste kommunene i Vest-Agder med. Prosjektet nevnes av flere av informantene hos ROM og ser ut til å ha skapt en plattform for kunnskapsutveksling og –utvikling mellom tjenester, utdanningsinstitusjon og brukere. Boken «Innovasjon og utvikling i sosialt arbeid» er utviklet med bakgrunn i HUSK-prosjektet.

I følge en representant for en av brukerorganisasjonene sprang prosjektet «Ettervern rus» ut av HUSK midtveis i HUSK-prosjektet. Prosjektet oppstod som et resultat av at brukergruppene så behovet for et prosjekt som omhandlet overgangen mellom behandling for rus og psykisk helse, og å komme tilbake til hverdagen. Prosjektet var et samarbeid mellom Agderforskning, UiA, ROM og A-larm, hvor brukere deltok som medforskere. Også sosionomveiledningen har utgangspunkt i HUSK-prosjektet, hvor det viste seg et behov for å trekke inn undervisningselementet bedre. Det ble da foreslått i brukerforumet at det skulle utarbeides et undervisningsopplegg rettet mot sosionomstudiet. Det ble derfor nedsatt en gruppe bestående av ROM, A-larm og studenter, som utarbeidet hovedlinjene i veiledningsopplegget.

## 6.4 Opplæring av brukerrepresentanter

---

Tradisjonelt forstår vi brukerrepresentanter som personer som representerer brukerne i velferdssystemet i ulike råd og utvalg knyttet til spesifikke tjenester slik som i NAV, sykehusavdelinger etc. Hensikten med denne typen representasjon er å påvirke tjenestene for en gruppe brukere, og det er brukerorganisasjonene som «leverer» representanter. I Agder er det brukerorganisasjonene som tilbyr kurs for brukerrepresentanter, og det er et uttalt ønske fra organisasjonene at ikke ROM skal arbeide med dette. Ifølge daglig leder var det tidligere et fokus på brukeropplæring i ROM og at mange skulle få sjansen til å bidra i samfunnet, men opplevelsen nå er at det er bedre mulighet for å skape endring ved å bygge opp og ta vare på brukere som deltar i prosjekter enn å drive med ren brukerrepresentantopplæring.

Vi ser imidlertid at ROM lærer opp og styrker brukere på ulike måter, slik at de kan bidra til brukermedvirkning, dog ikke i form av brukerrepresentasjon. Eksempler på dette er opplæring i å lede Kjøkkenpraten, veilede sosionomstudenter eller gjennomføre selvstyrkingskurs i Verktøykassa (i regi av Sagatun). Disse formene for opplæring innehar mange av de samme elementene som opplæringen av brukerrepresentanter i regi av FFO og andre brukerorganisasjoner, slik som mestring, selvstyrking etc. for selv å komme i balanse for å kunne være i stand til å bidra ovenfor andre og ovenfor tjenesteapparatet. Til deltakelse i de ulike aktivitetene og forumene velges folk ut fra relevante forkunnskaper og personlig egnethet, og disse får kurs og veiledning underveis etter behov. Daglig leder sier:

Utvelgelsen av brukerne er viktigere enn brukeropplæringen, siden det er viktig å trekke inn folk som bidrar til gode prosesser og samarbeid, og heller arbeide med å ta vare på vedkommende.

Det er ingen systemer for å formidle kompetansen som skapes gjennom prosjektene og aktivitetene til brukerorganisasjonene. Likevel, representantene for brukerorganisasjonene som sitter i styret, får informasjon om aktivitetene og kan formidle det videre til sine medlemmer.

## 6.5 Brukererfaringer på individnivå

---

Våre intervjuer viser at det helt tydelig har en positiv sideeffekt av å involvere seg i ulike aktiviteter ved ROM, både gjennom praksisplasser, prosjekter og andre aktiviteter. Alle intervjuede brukere som tidligere eller per i dag er tilknyttet ROM, forteller om hvilken betydning ROM har hatt for deres personlige utvikling. Gjennom å bli sett, å få ta ulike kurs og å få ansvar har de funnet ressursene i seg selv, og fått oppleve mestring og tro på egne evner. Denne utviklingen har betydd svært mye for det enkelte individ, i tillegg til at prosjektene og aktivitetene de deltar i bidrar til driften av ROM og/eller medfører direkte kontakt mellom brukerne, forskning, utdanning og tjenestene. På sikt er denne styrkingen av enkeltindivider ment å lede til bedre tjenester, inkludert endrede holdninger til brukere og brukermedvirkning i tjenesteapparatet.

En av brukerne gir oss denne beskrivelsen:

Jeg kom ut av arbeidslivet og trengte et sted å være, da leste jeg om ROM i avisen. Spurte legen min om sa jeg burde begynne der. Har tatt kjøkkenpratlederkurs, men begynte på Kjøkkenprat for meg selv først, det holdt for meg. Det beste med de brukerstyrte sentrene er at du kommer som du er og blir tatt imot. Så har jeg styrket meg etter hvert og ble spurt om å være med på forskjellige ting. Har tatt brukerskolen, leve et friskere liv-kurs, også tatt lederutdanning på Lærings- og mestringssenteret, ja hva har jeg ikke tatt. Var en måte å komme tilbake til arbeidslivet på, møte andre. Uten ROM vet jeg ikke om jeg hadde klart å være den jeg har blitt. For det var det at jeg ble møtt av likesinnede som var rause.

## 6.6 Bemanning og frivillig innsats

---

Inntrykket er at ROM er dyktige til å etablere samarbeid som utløser større aktivitet enn hva tilskuddet fra Helsedirektoratet ellers ville tillatt. Eksempelvis finansierer Sykehuset Sørlandet en 20 prosent sekretærstilling, og i tillegg er det eksternt finansierte prosjektstillinger eller arbeid på timesbasis, slik som veiledning til sosionomstudenter og medforskere i prosjekter (begge disse er finansiert av UiA). Også tilbudet om praksisplasser for sosionomstudentene og praksisplasser gjennom NAV tilfører ROM ekstra personell. Dette oppleves som positivt og har tilført ressurser til konkrete praktiske oppgaver, prosjekter og andre aktiviteter.

Det er liten grad av frivillig arbeid i ROM, selv om det er noe. For eksempel er lederne for Kjøkkenprat frivillige, men de får kjøregodtgjørelse. Det har – i alle fall tidligere – skapt intern uro hos de involverte brukerorganisasjonene at enkelte brukere hos ROM har fått betaling for sitt arbeid. Det ser ut til å være noen spenninger i skjæringspunktet mellom frivillig og lønnet arbeid, og det har vært en av årsakene til konflikter i organisasjonen. Felles for de som vil gjøre en jobb via ROM er ønsket om å få økonomisk kompensasjon for det. Det har i noen tilfeller vært utfordrende situasjoner, i og med at personer kan ha flere roller – både lønnende og ulønnede – i ROM.

Rekrutteringen av brukere til ROM foregår på flere måter. Kjøkkenprat betegnes i årsmeldingen for 2014 som «en arena for rekruttering av frivillige og engasjerte mennesker som ønsker å bruke sin historie til å delta i tilbud til andre brukere, videre kurs og/eller brukerveiledning». Deltakere på Kjøkkenprat får informasjon om kurs i selvstyrking etc., og mange benytter seg av dette. Enkelte av brukerne opplever et ønske om å gjøre noe mer og ser at de har ressurser til å bidra ytterligere, og får da tilbud om å ta Kjøkkenpratlederkurs eller selvstyrkingskurs gjennom Verktøykassa (Sagatun), og de kan også være aktuelle å trekke inn i prosjekter. I følge daglig leder er det viktig at brukerne har en riktig innstilling for å være konstruktive bidragsytere i prosjekter, og at de har en avklart situasjon i forhold til sin helse. Når det gjelder rekrutteringen til for eksempel veiledning av sosionomstudenter, gjøres dette ved annonsering og intervjuer. Igjen er personlig egnethet av stor betydning, og det er viktig at brukeren er i balanse og kan ha et avklart forhold mellom egne utfordringer og det som skal gjøres i stillingen. I tillegg hender det at det kommer folk innom som er ferdig med behandling, og som er uføre og lurer på om det er noe de kan være med på. Dette kan eksempelvis skje etter tips fra fastlegen deres.

I følge daglig leder har de gjort erfaring med at man må kvalitetssikre og følge opp involverte brukere bedre. Hensikten er å hindre at folk med stort engasjement for å gjøre en innsats bren-

ner seg ut og blir syke. Det forklares å være svært tidskonsumerende å følge opp personer i arbeid som ikke er friske, og det på grunn av dette en periode har vært lite tid til å fokusere på ROMs aktiviteter. Det vektlegges nå å trekke inn folk som er friske nok til at man kan bruke dem inn i prosjekter, forum etc. og som har fersk brukerkunnskap, dvs. at de gjerne har gjennomgått behandling siste år. Også tjenesteapparatet er opptatt av at kunnskapen skal være ny fordi utviklingen innen psykisk helse og tjenestetilbudet er rask. Denne kvalitetssikringen omfatter altså brukere som er involvert i prosjekter og har praksisplasser, og ikke deltakerne i kjøkkenpraten som er et lavterskeltilbud hvor man kan komme som man er.

## 6.7 Samarbeid med andre instanser

---

### 6.7.1 Brukerorganisasjoner

ROM samarbeider med sine eierorganisasjoner Mental Helse (MH) både på fylkes- og lokalnivå og Landsforeningen for pårørende for psykisk helse (LPP) på fylkesnivå. Både Kjøkkenpraten og Lunsjpraten er drevet av brukerorganisasjonene, men ROM har også en rolle. I de øvrige aktivitetene til ROM har ikke organisasjonene den utøvende rollen, men kommer med innspill gjennom styremøtene. Daglig leder ønsker mer aktivitet i samarbeid med organisasjonenes lokallag framover, og å øke kunnskapen om hva ROM er. Tilbudet om kurs gjennom Verktøykassa og Sagatun forklares å være ettertraktet i lokallagene, spesielt i de små kommunene hvor øvrig liknende tilbud ikke er så stort.

Et tidligere styremedlem fra LPP gir følgende beskrivelse av ROMs rolle:

Vi vil at ROM skal være pushere for å fremme pasientens rolle for å bedre livskvalitet for pårørende og pasienter, og å være en fast bidragsyter og ikke et hår i suppa. ROM har blitt viktigere og viktigere etterhvert. Det ville være en tragedie om det ble nedlagt.

ROM samarbeider og har samarbeidet med A-larm i flere prosjekter og forum, og organisasjonen var med i styret en periode fra oppstarten av senteret. Samarbeidet dreier seg blant annet om veiledning av sosionomstudentene, og tidligere i prosjektene HUSK og Ettervern rus. Dette samarbeidet betegnes av både ROM og A-larm og være viktig og at de utfyller hverandre godt.

Det er imidlertid noen utfordringer med samarbeidet med brukerorganisasjonene som er representert i styret, ifølge daglig leder og også andre informanter. Disse utfordringene beskrives av daglig leder å være knyttet til problemer med å forankre ROM hos brukerorganisasjonene, spesielt hos LPP, og å ha et eierforhold til senteret. Daglig leder sier:

Jeg tenker at vi i ROM kanskje ikke alltid har levet opp til forventningene pårørendeorganisasjonene har hatt til ROM, samtidig som Pårørendeorganisasjonene ikke har benyttet seg av muligheten til å melde inn saker til årsmøtene/handlingsplanene. Så fra daglig leders hold har man vel savnet et mer aktivt eierskap fra LPP's side.

Utfordringene kan grovsorteres i tre områder:

- a) Prioritering av aktiviteter. I følge daglig leder mener grupperinger hos LPP at ROM bør arbeide mer for pårørendeperspektivet. Dette har blitt imøtekommet med opprettelsen av en midlertidig 20 prosent stilling knyttet til utarbeidelse av en plan for å styrke arbeidet i forhold til å formidle pårørendekompetanse. Iverksettelse av flere pårørendeaktiviteter fordrer imidlertid at det også blir større aktivitet hos pårørende for å følge dette opp, noe som har vært en utfordring ved tidligere initiativer til aktiviteter.
- b) Opplevelse av et konkurranseforhold til senteret i forhold til tilgjengelige og søkbare statlige midler til brukermedvirkning innen psykisk helse.
- c) Uklarheter og uenigheter knyttet til ROM sin rolle. Ifølge informantene ved senteret (både organisasjonene og daglig leder) er det enighet om at det er brukerorganisasjonene som leverer brukerrepresentanter til råd og utvalg. Likevel er vårt inntrykk at det er uklare grenser for når brukererfaringen kommer inn i form av brukerrepresentasjon på vegne av en organisasjon og når det er (andre) former deltakelse i utviklingen av tjenestene. Spesielt LPP sine fylkeslag virker å være svært opptatte av å ha tydelige skiller, mens for eksempel lokallag av Mental Helse oppleves av daglig leder å sette pris på å få drahjelp av ROM til å formidle brukerkompetanse. Flere innad i LPP ønsker at senteret heller bør rette seg mot å være en serviceorganisasjon og å ha en sekretærfunksjon for organisasjonene.

På bakgrunn av samarbeidsutfordringene i organisasjonen er det flere av informantene som tar til orde for en annen organisering av ROM, eksempelvis å bli en filial av Erfaringskompetanse, gå inn under Lærings- og mestringssenteret, eller å bli en stiftelse.

## 6.7.2 Utdanning, forskning og tjenesteapparatet

Som vi har beskrevet, samarbeider ROM med universitetet UiA, sykehusets klinikk for psykisk helse (herunder DPSer), Kristiansand kommune og andre kommuner (dagsentere, psykisk helse-team), Fylkesmannen, Agderforskning, NAV osv. Samarbeidet beskrives av både ROM og samarbeidspartene som svært fruktbare, og omfatter samarbeid på flere ulike arenaer og flere ulike prosjekter over flere år. Tidligere var det også et samarbeid med Fylkeskommunen i Vest Agder, men dette ble ikke videreført ved personalendringer hos fylkeskommunen.

Daglig leder sier:

De som er ansatt i tjenestene og på sykehuset på klinikk for psykisk helse, og Fylkesmannen, har vært helt fantastiske til å integrere oss, de er flinke til å ta kontakt med oss, og å ta initiativ til prosjekter. Også enkelte professorer ved UiA tar kontakt om sammen å søke Fylkesmannen om prosjekter. Tjenestene og utdanningsinstitusjonene har vært veldig, veldig viktige for ROM (adm.merk: med tjenestene menes sykehuset, med universitetet menes institutt for psykososial helse og institutt for sosialt arbeid, masteroppgaver om ROM, studenter hospiterer). NAV arbeidsrådgiverkontoret også flinke til å bruke ROM. Også Fylkesmannen er med og skaper prosjekter sammen med ROM og gir midler.

Samarbeidsprosjektet om veiledning av sosionomstudenter (nevnt ovenfor) beskriver som svært vellykket av både ROM, Universitetet i Agder, veiledere (brukere) og studenter, selv om det er noe blandede erfaringer hos sistnevnte. Den ansvarlige for sosionomveiledningen hos UiA forklarer at gjennom møtet mellom studenter og brukere, så venner studentene seg til å samarbeidet med «feltet» og med brukerne, og får trent seg på dialogen med brukere i et miljø innenfor gitte rammer. Dette underbygges ved at flere av samarbeidspartnerne mener slik kontakt fremmer

holdningsendringer og vil på sikt innvirke på tjenestetilbudet når studentene senere arbeider i tjenesteapparatet.

Den ansvarlige for sosionomveiledningen hos UiA gir følgende uttalelse:

Dialogen med ROM fungerer veldig bra. Tilgangen på brukerkompetansen er ikke noe vi har automatisk. Det viktigste er at noen har brukere med erfaring, og det krever et apparat for å fange opp og å ivareta brukerne. Dette kan vi benytte oss av, og det blir en kontinuitet. ROM har ansvar for at noen følger opp brukerne i stedet for at vi skal ut og hente, og så slippe dem ut igjen – det ville vært uansvarlig. Det er ikke bare det med å møte studentene, men også å bruke sin egen historie og erfaring på godt og vondt i en sånn situasjon. Det er viktig at noen kjenner brukerne og sikrer at det de har opplevd er bearbeidet. Man skal vite hva man gjør med folk i en sånn situasjon. Det er flinke folk som plukkes ut, de har mye driv og det er gøy å være til stedet med så ivrige og reflekterte folk. Det er lett at man setter folk i bås, men man får et helt annet bilde når man ser at de er en ressurs og gir en annen innfallsvinkel på praksis-teorier. Studentene blir bevisst brukernes kompetanse og kan trekke dem inn dersom de senere skal planlegge tiltak og prosjekt.

I intervju forteller en tidligere student (som også hadde praksisplass hos ROM og deretter arbeidet som frivillig):

Det er vanskelig å påvirke holdninger, men rekrutteringen av veiledere til sosionomstudiet er nyttig. De har erfaringer fra virkeligheten, og det viser at alle fortjener flere sjanser og man ikke må gi opp, hvis man tilrettelegger og har tro på mennesket så kan det åpne nye dører.

Universitetet har gjort egne evalueringer av sosionomveiledningen, og samlet inn synspunkter på den fra studenter og veiledere. I all hovedsak viser tilbakemeldingene at opplegget gir en positiv opplevelse fra begge parter. Et utvalg av sitater fra studenter er som følgende:

Jeg er overrasket over at dette ikke har vært gjort tidligere i studiet, spesielt når en tenker på hvor mye vekt det har vært på brukermedvirkning

Mine egne verdier ble utfordret og de fikk meg til å tenke gjennom mine handlinger i spesielle situasjoner.

Det som var bra med at vi tok opp temaet rundt holdninger var at vi fikk muligheten til å diskutere og gjøre hverandre bevisste på det å ha holdninger som ofte kan oppleves som negative i forhold til brukere. Vi snakket om stereotyper, og det at man ofte ubevisst kategoriserer og setter mennesker i ulike båser ut i fra førsteinntrykk. Det å kunne sitte å ha dialog rundt dette har vært nyttig for meg i forhold til min videre refleksjon over egne holdninger, og hvordan jeg kan endre på mine «negative holdninger», samtidig som jeg holder på de holdningene og verdiene jeg er fornøyd med.

Og fra veiledere:

Jeg har fått større forståelse for de dilemmaene sosialarbeiderne møter på arbeidsstedene gjennom studentenes fortellinger

Dette er å ta brukermedvirkning på alvor!

ROMs satsing på veiledning av sosionomstudenter er et eksempel på brukermedvirkning og endringer i tjenesteapparatet i et langsiktig tidsperspektiv – gjennom holdningsendringer og trening på dialog med brukere.



### 6.7.3 Andre innenfor brukerstyring/-medvirkning

ROM samarbeid med de andre brukerstyrte sentrene om kurs og erfaringsoverføring. Sagatun har et nasjonalt ansvar i forhold til Verktøykassa for brukermidvirkning, og ROM inviterte i 2014 Sagatun til flere steder og fora for å snakke om den som et første skritt i ROMs satsning på å bygge opp et kurstilbud og kurse egne kursledere. Daglig leder forteller at det er gode tilbakemeldinger på selvstyringskurset i Verktøykassa, og at flere mener at kurset er bedre enn andre liknende kurs.

I tillegg har ROM kontakt med NAPHA, og senteret har vært medvirkende i flere prosjekter og publikasjoner, slik som «Kunnskapende nettverk». Daglig leder mener også at Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har tilført miljøet mye og er i front for eksempel når det gjelder medisinfrie behandlingstilbud, fange opp vendepunkthistorier og å drive markedsføring.

## 6.8 Oppsummering

---

ROM Agder er et brukerstyrt senter for Aust-Agder og Vest-Agder som holder til i Kristiansand. I styret sitter Mental Helse og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse. ROM samarbeider med disse om lavterskeltilbud for brukere (Kjøkkenpraten) og pårørende (Lunsjpraten). I tillegg samarbeider senteret med Universitetet i Agder om veiledning av sosionomstudenter og gjennom deltakelse i ulike prosjekter relatert til utvikling av tjenestetilbudet. ROM er også sentral i et antistigma-prosjekt i samarbeid med italienske miljøer. ROM deltar i ulike samarbeidsfora og brukerforum for å formidle brukerkompetanse til tjenestetilbudet (slik som sykehusavdelinger og NAV). Et viktig fokus for senteret er å drive informasjonsarbeid og ha dialog om ROM og senterets rolle i forhold til brukermidvirkning ovenfor lokal- og fylkeslag av brukerorganisasjonene, men også kommuner og andre aktører. Også kurs, temadager og andre arrangementer står sentralt i ROMs aktiviteter, og da oftest i samarbeid med organisasjonene, avdelinger ved Sørlandet Sykehus, kommuner, Sagatun brukerstyrt senter eller andre.

ROM er dyktige til å initiere aktiviteter og prosjekter med ekstern finansiering, og på den måten øke omfanget av virksomheten. Dette gjelder både praksisplasser i samarbeid med NAV, finansiering av stillinger til sekretærarbeid, til å utarbeide planer og å delta i forskningsprosjekter. ROM har liten grad av frivillig arbeid, men for eksempel er ledelse Kjøkkenpraten drevet av frivillige.

ROM arbeider ikke direkte med opplæring av brukerrepresentanter til råd og utvalg, siden dette er en rolle som brukerorganisasjonene har. Men gjennom de ulike kurs og aktiviteter som brukere deltar i ved senteret, styrkes brukere og gjøres i stand til å påvirke tjenestetilbud. Dette gjelder eksempelvis opplæring i å veilede sosionomstudenter eller i å delta som medforsker i prosjekter. Mange av brukerne vi har møtt forteller om hvilken stor betydning senteret har hatt for deres opplevelse av mestring og å bli seg bevisst på at de har ressurser til å gjøre en innsats for seg selv og andre, noe som har hatt avgjørende betydning for deres tilfriskningsprosess og videre livsvalg.

Vårt klare inntrykk er at ROM har bidratt til stryket formidling av (fersk) erfaringskompetanse til utdannings-, forsknings og tjenestefeltet, og at senteret har styrket brukermidvirkningen der det har fokusert sin innsats. Likevel, det ser ut til at ROM besitter et stort ubenyttet potensial til

å styrke brukermedvirkningen i Agderfylkene som vil kunne utløses ved redusert «opposisjon» hos eierorganisasjonene, og da spesielt grupperinger i pårørendeorganisasjonen. Senterets prosjekter og aktiviteter i samarbeid med andre aktører går «som normalt», men parallelt gir intervjuene og rapporteringene inntrykk av at daglig leder bruker unødvendig mye tid på å skape ro i organisasjonen og å forankre senterets legitimitet hos egne eiere. Det vil være svært gunstig for både brukerorganisasjonene, senteret og det felles arbeidet for styrket brukermedvirkning og tjenesteutvikling, dersom spenningene ble ryddet opp i og lagt til side.

# 7. Sagatun Brukerstyrt Senter

Sagatun er et brukerstyrt senter med både en lokal, regional og nasjonal funksjon som holder til i Hamar. Senteret er særlig opptatt av å styrke brukervedvirkning innen psykisk helse- og rusfeltet gjennom opplæring og kursing av brukere, helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner.

## 7.1 Organisasjon og struktur

---

Sagatun brukerstyrt senter ligger i Hamar, og bygget er eid av Hamar kommune. Senteret er organisert som en stiftelse, og det var Mental Helse Hedmark og Rådet for psykisk helse som stod bak etableringen. I stiftelsesstyret sitter nå Mental Helse Hamar, Mental Helse Stange, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse Hedmark, RIO Hedmark, representant for brukerstyret, ansattes representant, næringslivsrepresentant, Sykehuset Innlandet HF divisjon Psykisk helsevern og regionrådet for kommuner på Hedmarken i styret. Et brukerstyrt senter ble lansert som en visjon i 1997 av Mental Helse Hedmark. Gjennom TV-aksjonen Hjerterom i 2004 ble prosjekt Brukerstyrt Senter Hedmark ved at det ble prioritert som hovedprosjektet til Rådet for psykisk helse. Rådet for psykisk helse definerte det selv som et flaggskip. Prosjektet ble igangsatt i 2005, og i 2007 ble senteret med i Helsedirektoratets tilskuddsordning for regionale brukerstyrte sentre.

Virksomheten ved Sagatun er todelt:

- Lokalt værested
- Regional ressursbase for brukerkompetanse og opplæring innen psykisk helse og rusfeltet

*Det lokale værestedet* er et lavterskeltilbud hvor brukere og pårørende kan komme og treffe andre i liknende situasjon. Her er det egen kafe og tilbud om mange ulike aktiviteter, som kreativt verksted, smykkeverksted, snekkerverksted, musikkstudio, turer med forskjellig tema og mye annet. Det lokale værestedet styres av et eget «brukerstyre», og aktivitetene er drevet av brukerne selv. Det gis også tilbud om arbeidstrening på et lavterskel-nivå i samarbeid med NAV. *Den regionale ressursbasen* skal derimot arbeide på et regionalt, og endog nasjonalt nivå, og være en kompetansebase innen brukervedvirkning på individ- og systemnivå. Det er virksomheten ved den regionale ressursbasen som arbeider i forhold til mandatet og tilskuddet fra Helsedirektoratet, og som denne evalueringen omhandler. Likevel, det forklares av de involverte ved Sagatun at det er vanskelig å skille de to virksomhetsområdene fra hverandre, noe vi kommer tilbake til.

Senteret har omkring åtte årsverk, fordelt på de to virksomhetsområdene. Daglig leder har ansvar for både det lokale værestedet og ressursbasen. I tillegg har ressursbasen 3-4 lønnede årsverk og anslagsvis ett frivillig årsverk rettet mot blant annet ressursbasen. Verktøykassa for brukervedvirkning, som er en nasjonal oppgave, er basens mest sentrale aktivitet. Verktøykassa har to stillinger som kursledere.

## 7.2 Visjon og målsettinger

---

I handlingsplanen for ressursbasen for brukerkompetanse og opplæring (2015) beskrives hovedmål for senteret slik:

Sagatun brukerstyrt senter har som mål å styrke brukermedvirkningen innen psykisk helse og rusfeltet. Sagatun skal drive informasjons- og kursvirksomhet på regionalt nivå, samt spre brukererfaringer, kompetanse og eksempler på god praksis.

Dette sammenfaller med stiftelsens vedtekter som sier at:

Stiftelsens formål er å etablere og drive et senter for mennesker med problemer innen psykisk helse, rus og andre livsutfordringer. Senteret er et regionalt tilbud, men er også åpent for mennesker som kommer utenfra regionen. Senteret skal være en sosial møteplass der folk for muligheter til vekst og utvikling på egne premisser. Senteret skal gi tilbud om ulike aktiviteter og arbeidstrening i tillegg til at det skal være et ressurs- og kompetansesenter for brukermidvirkning, brukerstyring og organisasjonsarbeid.

Flere ved senteret fremhever behovet for å synliggjøre og gyldiggjøre brukerkompetansen som en verdifull kompetanse på lik linje med fagkompetansen, sett i forhold til slik det er i dag. Ved å styrke den enkelte bruker, vil disse være en ressurs i arbeidet for brukermidvirkning på systemnivå. Daglig leder ved Sagatun forklarer viktigheten av å involvere brukere slik:

Det er vår filosofi å trekke med brukere i alt vi gjør, men tilpasset dem.

Denne filosofien er med å bygge oppunder en sterk «vi- følelse» som fremheves av flere av informantene, både av brukere og av samarbeidspartnere. En studie gjennomført av Høgskolen i Hedmark i samarbeid med brukere ved Sagatun, viser at grunnleggende verdier er: respekt, åpenhet, likeverd og medmenneskelighet (Granerud og Granlien 2010). Ut fra studien utkrystalliserte det seg en visjon: «Vi bygger oss selv i samspill med andre!». I tillegg har Sagatun som et grunntilnærming å sentrere sitt arbeid rundt mestring og myndiggjøring (empowerment) og tilfriskning (recovery).

Når det gjelder mandatet fra Helsedirektoratet, oppleves dette som åpent av lederne ved Sagatun, slik at Sagatun i stor grad har definert sin egen vei innenfor rammene av mandatet.

## 7.3 Målgrupper og aktiviteter

---

Sagatun sin virksomhet er, som vi har vært inne på delt i to, og de har også ulike målgrupper, aktiviteter og tilnærminger. *Værestedets* målgruppe er brukere i nærområdet, som trenger et sted å være, bygge opp et (alternativt) nettverk og eventuelt også trene på å delta i faste arbeidsoppgaver. Arbeidet ved lavterskeltilbudet omfatter renhold, kafédrift, miljøarbeideroppgaver (ta imot nye, ha omvisning, holde foredrag) og redaksjonelt arbeid. Det geografiske området for *ressursbasen* er større og dekker Hedmark, Oppland og Akershus, mens kurstillbudene i Verktøykassa for brukermidvirkning dekker et langt større område enn disse fylkene og skal i prinsippet være nasjonalt.

Brukermålggruppen for Sagatun er voksne brukere innen psykisk helse- og rusfeltet, herunder arbeidet som disse gjør gjennom brukerorganisasjoner. Unntaket er Mentorprosjektet som retter

seg mot ungdom som var utsatt for hendelsene på Utøya 22. juli. Samtidig er utdanningsinstitusjoner (studenter og forskere ved høyskolene) og tjenesteapparatet viktige målgrupper for endringsarbeidet som Sagatun fremmer.

Som ressursbase har senteret påtatt seg ansvar for å samle og videreformidle brukererfaringer til ulike fagfelt innen psykisk helse og rusfeltet. Mye av rekrutteringen til denne aktiviteten foregår fra lavterskeltilbudet, ved at brukere som kommer til Sagatuns værested etter en stund er med å formidler sine erfaringer til fagfeltet og til andre brukere. Dette er viktige oppgaver for ressursbasen, samtidig som gir det brukerne mestringserfaring og kompetanseheving som kvalifiserer dem for arbeidsmarkedet. Det er derfor vanskelig å se de to virkeområdene helt separat fra hverandre. Dette kan illustreres ved følgende tekst om lavterskel-arbeid på senterets nettsider:

Mestring gjennom aktivitet og handling og skal bidra til støtte å opp til mer arbeidsrettede tiltak for den enkelte bruker, med sikte på at de som ønsker kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne. Dette er en flott aktivitet for de som ønsker seg faste rutiner, fremtidsrettede mål, forutsigbarhet, kjenne på arbeidsevnen og bidra til at Sagatun kan være en god møteplass for seg selv og andre.

I de følgende underkapitlene gis en oversikt over viktigste aktivitetene ved *den regionale ressursbasen* den senere tiden:

- Verktøykassa for brukermidvirkning
- Mentorprosjektet
- Omvisning og undervisning
- Forum, samarbeidsarenaer og forskning
- Informasjonsarbeid

### 7.3.1 Verktøykassa

*Verktøykassa for brukermidvirkning* er et opplæringsverktøy basert på begreper som empowerment og recovery, og skal styrke enkeltindivider og grupper i brukermidvirkning. Verktøyet ble utformet med tanke på å være et bidrag til hvordan brukere og tjenesteapparatet kan samarbeide for å styrke brukermidvirkningen, og gjennom dette føre til en praksisendring.

Verktøykassa ble utviklet i perioden fram mot etableringen av det brukerstyrte senteret gjennom ulike prosjekter og aktiviteter, slik som prosjektet «Myndiggjøring og medvirkning» i regi av et brukerforum innen psykisk helse og rus. Brukerforumet bestod av brukere med erfaring fra brukermidvirkning fra Mental Helse Hedmark, Hamar og Stange samt Hamar og Stange kommuner, Helse- og sosialdirektoratet og Høgskolen i Lillehammer, avdeling for helse- og sosialfag. Et sentralt resultat av brukerforumets arbeid er rapporten «Sterk som en bjønn og lita som ei tekje» (Løken 2008). Dette språklige bildet skulle si noe om hvor sterk man må være for å bli hørt når man føler seg liten, har dårlig selvtilit, ikke blir hørt og ikke lykkes i livet. Arbeidet ga noen verktøy til brukere med fokus på selvstyrking og myndiggjøring. Brukerforumet videreførte prosjektet med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet, noe som ga opphavet til «Lave stemmer skal også høres: Verktøykasse for brukermidvirkning» (Husom Løken 2007). Ansvar for Verktøykassa var en kort periode (2007-2009) overført til Helse- og sosialdirektoratet/Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for psykisk helse, før den kom til Sagatun i januar 2010.

Verktøykassa har følgende moduler:

- Selvstyrkingskurs
- Kurs i brukerstyring

- Prosesslederkurs
- Tilpassede kurs

Kursene holdes i hovedsak for brukerorganisasjoner, brukere og pårørende, men det holdes også kurs for ansatte i fagmiljøer/tjenesteapparatet. I følge leder for ressursbasen er et eksempel på at tjenesteapparatet deltar på kurs, et samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Sykehuset Innlandet. Sagatun og LMS ønsker større grad av erfaringsoverføring mellom selvstyringskurset til Sagatun og LMS sine Motiverende Intervju (MI-kurs). Sagatun holder også såkalte «blanda-kurs» hvor det deltar både brukere og ansatte i tjenesteapparatet, slik som for eksempel et kurs som ble holdt etter initiativ fra tjenesteapparatet i Larvik-Sandefjordområdet som ønsket å styrke brukermedvirkningen på tjenestenivå. Ellers tilpasses kurs etter hva som er ønskelig av bestiller og hvorvidt det skal være fokus på brukermedvirkning, på empowerment, på kommunikasjon eller annet.

Metoden som ble utviklet gjennom verktøykassa preger mye av arbeidet som gjøres på Sagatun, og fokuset på empowerment og recovery er en rød tråd gjennom alle aktiviteter og tilnærminger både ved det lokale værestedet og i arbeidet ved den regionale ressursbasen.

Også andre brukerstyrte sentre etterspør kurs i Verktøykassa, og prosessledere fra Sagatun har holdt kurs i samarbeid med de fleste andre regionale og lokale brukerstyrte sentre. Dette gjør Sagatun som en del av deres nasjonale ansvar knyttet til Verktøykassa. Verktøykassa har en egen post på statsbudsjettet, og arbeidet knyttet til dette tilsvarer to faste stillinger. Det har vært drevet informasjonsarbeid og opplæring i hele landet. Konkret her vil vi trekke fram arbeidet i KBT Midt-Norge og Bikuben, hvor det er holdt flere kurs og utdannet godkjente prosessledere. I tillegg er det flere godkjente prosessledere i Bergen tilknyttet Amalie Skrams Hus og deres samarbeidspartnere. Sagatun har i løpet av våren holdt to selvstyringskurs i regionen til ROM-Agder for å kvalifisere deltakerne til å gå prosesslederkurs som blir holdt til høsten.

### 7.3.2 Mentorprosjekt

Mentorprosjektet gjøres i samarbeid med Hamar og Stange kommuner og Støttegruppen 22. juli i Hedmark. Prosjektet finansieres av Stange- og Hamar kommuner, og ressursbasen har ett årsverk knyttet til ledelse av prosjektet. Mentorprosjektet er et tilbud til personer som ønsker støtte til å fullføre utdanning, komme i arbeid eller etablere nettverk. Primærmålgruppen til prosjektet er ungdom, som var tilstede under hendelsene på utøya den 22. juli 2011. I ettertid har prosjektet blitt utvidet til også å gjelde pårørende (foreldre og søsken), og andre brukere av Sagatun. En styringsgruppe for prosjektet ble nedsatt med representanter fra kommunene, støttegruppen for 22. juli og Sagatun Brukerstyrt Senter. Som en del av mentorordningen tilbys deltagerne forskjellige sosiale og arbeidsrelaterte aktiviteter ved senteret. Sagatun har i tillegg til etablerte aktiviteter, kurs i CV og søknads skriving, samt kartlegger og avklarer andre behov.

### 7.3.3 Undervisning og omvisning

En viktig strategi for å styrke brukermedvirkningen i helse- og omsorgstjenestene i et langsiktig perspektiv, er samarbeidet med relevante studier ved Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Lillehammer. Brukerne på Sagatun er jevnlig invitert til å undervise studenter ved høgskolene (både på bachelor-, master- og doktorgradsnivå), og å vise dem hvordan det arbeides med brukersty-

ring og brukermedvirkning ved senteret. Også Folkeuniversitetet Innlandet og Høgskolen i Buskerud og Vestfold benytter seg av brukerkompetansen og åpenheten ved Sagatun. Kunnskapsformidlingen til studenter foregår også gjennom *fagdager*.

Det forklares av daglig leder at det er mange ulike instanser som tar kontakt fordi de er nysgjerrige på hvordan Sagatun arbeider med brukerstyring og brukermedvirkning, og at alle ønskes velkommen til omvisning på senteret. En viktig målgruppe for omvisningene og informasjon om arbeidet ved senteret er ulike brukerorganisasjoner og helsepersonell ved Sykehuset Innlandet fra ulike avdelinger (slik som Reinsvoll sin avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling og Lærings- og mestringssenteret). Også kommunale enheter som psykisk helseteam og det interkommunale samarbeidet Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen er tjenesteytere som anses som viktige for Sagatun å informere og å ha dialog med.

Sagatun har gjennom sin korte historie hatt besøkende fra store deler av Norge, og fra 17 andre land i 4 verdensdeler, som alle ønsker å lære om brukerstyring i praksis.

### 7.3.4 Forum, samarbeidsarenaer og forskning

#### *VIP-samarbeidet*

VIP er et samarbeid mellom Sagatuns ressursbase, brukerorganisasjonene innen psykisk helse- og rusfeltet i Hedmark og rådgivere innen psykisk helse- og rusfeltet hos Fylkesmannen. Gjennom dette samarbeidet kan partene utveksle kunnskap og erfaringer rundt brukermedvirkning på system- og individnivå. Målsetningen med samarbeidet er å styrke samhandlingen mellom tjenesteapparat, brukere og brukerorganisasjonene, og det arrangeres faste møter minst fire ganger i året.

Det har blitt holdt flere prosessleder kurs og selvstyringskurset til verktøykassa.

Det som konkret har kommet ut av samarbeidet er blant annet:

- Selvstyring- og prosesslederkurs, samt nettverkssamlinger for prosessledere i Hedmark
- Erfaringsarena for brukermedvirkning der brukerrepresentanter lokalt og regionalt var invitert for å drøfte utfordringer og suksessfaktorer for brukermedvirkning
- Samarbeid om flere temadager om brukermedvirkning, samt kurs for både brukere og tjenesteapparat i flere kommuner i Hedmark
- Samarbeid om arrangement for markering av verdensdagen for psykisk helse
- Flere av utfordringene som har blitt drøftet i VIP samarbeidet, er blitt løftet til nasjonalt nivå av rådgiverne for psykisk helse og rus hos Fylkesmannen i Hedmark
- Utfordringer har også blitt rapport til Fylkeslegen og de er brukt som grunnlag for tilsyn i kommunene
- Felles jobbing med implementering av veilederen «Sammen om mestring». I dette arbeidet er også NAPHA, KoRus-Øst, LMS og divisjon Psykisk helsevern sentrale samarbeidspartnere
- Drøfting av utfordringer knyttet til etablering av medisinfriske behandlingstilbud

### *Forum for praksisnær forskning*

Sagatun har i mange år hatt tett samarbeid med Høgskolen i Hedmark gjennom *Forum for praksisnær forskning*. Forumet startet for ca. 15 år siden, og det møtes omtrent en gang i måneden. I forumet møtes brukere på lik linje med akademisk personell og personell fra det praktiske felt. En fast post på møtet er at to til fem brukere fra Sagatun holder en ti-minutters brukervignett, hvor de gir uttrykk for hva de mener det skal forskes på og hvordan. Brukerne er involvert i å foreslå metodevalg, samtidig som de er med på idemyldring omkring temaene som blir diskutert. Brukerne vi snakket med ga uttrykk for at de synes det var interessant å være med på denne samhandlingsarenaen. De ble sett og deres stemme delaktig i forskning som angikk dem og deres liv.

Forumet har gitt utspring til flere forskningsprosjekter i samarbeid med Høgskolen i Hedmark, inkludert masteroppgaver. Brukere ved Sagatun har vært involvert som medforskere i flere av disse, og har ifølge en av forskerne ved Høgskolen bidratt til å utvikle teori på empirisk grunn og utgivelse av rapporter og vitenskapelige artikler (blant annet Hummelvoll m. fl. 2009).

### **7.3.5 Informasjonsarbeid**

Sagatun har utarbeidet ulikt skriftlig informasjonsmaterieell, egen nettside og Facebook-side. Facebook-siden brukes aktivt i informasjonsformidling og dialog. I tillegg forsøker Sagatun å være synlige i nærmiljøet, slik som på Verdensdagen for psykisk helse hvor Sagatun tok initiativ til et stort felles arrangement på Høgskolen i Hedmark, også i samarbeid med Fylkesmannen i 2013. Dette hadde et fokus på recovery, og på hvordan Sagatun arbeider med et fokus på det friske i folk og ressursene som de besitter. Sagatun har også stands på fagkonferanser og andre arrangementer for å formidle sine perspektiver og hvordan det jobbes med brukermedvirkning.

Videre bistår Sagatun andre som ønsker å starte brukerstyrte sentre og som lurer på hvordan det drives hos dem, samt hvilke erfaringer og utfordringer man kan møte. Det blir ansett som en styrke og et kjennetegn ved Sagatun at senteret både har det lokale, regionale og nasjonale ansvaret, og det er stor interesse for å starte lokale brukerstyrte sentre som trekker på gode løsninger og erfaringer fra Sagatun. Eksempler på sentre som har fått drahjelp fra Sagatun er brukerstyrt senter i Eidsvoll og i Løten, Stabburshella for Valdresregionen, Havang Lillehammer, Villa Valle i Bærum, Amalie Skrams Hus i Bergen og Huset i Larvik. Oftest er denne typen samarbeid gjensidig, og ifølge en representant fra Stabburshella skal de veilede Sagatun i åpen samtale og refleksjon i rus og psykiatri (et opplegg som senteret har utviklet i samarbeid med KS og som de ble nominert til etikkprisen for).

## **7.4 Brukermedvirkning og styrking på individnivå**

---

Brukere som vi har snakket med, påpeker at det å være en del av Sagatuns miljø har medført store endringer i deres liv. De fleste kommer for å benytte seg av det lokale værestedet og de ulike aktivitetstilbudene der. Brukerne opplever gjennom dette et sosialt fellesskap og et innhold i hverdagen. I tillegg gis brukerne mulighet til å gjennomføre selvstyringskurset som er en modul i Verktøykassa. Gjennom selvstyringskurset og den sterke tilhørighetsfølelsen til miljøet ved senteret, forklarer mange at de opplever økt mestring og tro på at de selv har ressurser og noe å bidra med. Kurset forklares å gir dem verktøy for å håndtere sin situasjon ved å få kunnskap om



rettigheter og valg, og samtidig gjøre dem mer bevisste på å komme ut av en «offerrolle» blant annet ved å være mer aktive når det gjelder valg i egne liv.

Videre forteller brukere om at ved å være på Sagatun får de mulighet til å påvirke tilbudet i værestedet, og å være aktive i å planlegge og gjennomføre aktiviteter for andre. Sagatun er brukerstyrt, og det er «brukerstyret» som tar beslutninger om aktiviteter. Å være aktiv i brukerstyret og å delta med konkrete arbeidsoppgaver på senteret har for mange åpnet dørene inn til nye perspektiver, og ført til styrket sosialt nettverk, tilfriskning og kontroll over egen situasjon, i tillegg til et ønske om å bidra til Sagatuns virksomhet for å hjelpe andre som har det vanskelig. Gjennom intervjuene av brukere får vi høre svært sterke beretninger om hvilken betydning Sagatun har hatt for den enkelte, endog for at de er i live i det hele tatt. Nedenfor er et utvalg sitater fra brukere:

Jeg har kommet meg ut av omsorgsboligen, så jeg står på egne ben.

Du vasker gulvet fordi du har lyst, fordi du føler at du bidrar til en helhet.

Uten Sagatun i livet mitt så vet jeg ikke helt hvor jeg hadde stått. Det har gått så mye feil i behandlingsapparatet mitt. Uten Sagatun så vet jeg ikke om jeg hadde stått på beina. Så for meg var det alfa og omega å komme på Sagatun på det tidspunktet i livet mitt. Det er så viktig å ha noe meningsfullt å gjøre i hverdagen. Jeg kjenner at de følelsene inni meg, om hvor mye Sagatun betyr. Hva et sted gjør med en og hvorfor det ikke er sånn ellers. At man føler seg godtatt. Det i tillegg til å bli verdsatt og få muligheten til å bidra. Du er med å bidrar litt som frivillig i starten. Det å bli verdsatt betyr veldig mye. Du gjør en såpass god jobb at du får muligheten til å jobbe her med oss. Det at du får den muligheten når du ikke har jobberfaring eller noe før, det betyr veldig mye.

Styrelederen forklarer:

Det å gjøre noe og bidra med noe i et fellesskap er bra for oss alle, det er et grunnleggende menneskelig behov, og det blir kanskje forsterket dersom man har psykiske utfordringer. Det er det vi tilbyr her, aktivitet, mulighet til å få omsorg og mulighet til å bidra i et fellesskap, ut fra egne forutsetninger og tempo. Man kan se og høre om folk som er nye på huset, ut fra måten de omtaler utfordringene sine på. Det skjer en utvikling for de aller fleste over tid når man oppdager at man har noe å bidra med. Det er ikke sykdomsfokusert, men hva du har å bidra med i fellesskap.

Styrerepresentanten fra Sykehuset Innlandet fyller ut:

Dette er en kjent effekt, som helse- og sosialsystemet ikke klarer å ta seg av, og det er likemannseffekten. Det har en utrolig effekt, og det er mange vitnesbyrd om at det å kjenne seg igjen i og identifisere seg med, det er ganske sterkt.

Som del av evalueringen deltok en av forskerne et par timer på et selvstyringskurs. Noen av deltakerne formidlet frustrasjon over at saksbehandlere ikke hadde forståelse for deres situasjon eller hørte dem, noe som førte til en følelse av maktesløshet og udugelighet. Samtidig med dette var kurslederne opptatt av at deltakerne måtte være forsiktig med å innta en «offerrolle». Kurslederne var opptatt av at deltakerne skulle være reflektert over det at en offerrolle kan ha en pris, fordi det kan gå ut over deres egen selvstyrking og tilfriskningsprosess. I tillegg til slike reflekterende problemstillinger i grupper brukte også kurslederne fysiske øvelser. Kursholderne hadde selv opplevd utfordringer knyttet opp til psykisk helse, og var villig til å dele sine erfaringer med deltakerne. I fokusgruppeintervjuene vi gjorde i etterkant ble det gitt uttrykk for at dette skapte en særstilt tillitt til kursholderne. Som en informant formulerte det: «De visste hva det dreide seg om».

I etterkant av selvstyrkingskurset intervjuet vi noen av deltagerne og andre brukere ved Sagatun for å få inntrykk av deres erfaringer med selvstyrkingskurset og å være på senteret:

Vi snakket endel om offerrollen på kurset. At vi ikke trenger å være i den bestandig. Etter et lengre sykdomsbilde, og gjennom litt selvrealisering, så fant jeg ut mer om hvor jeg selv er. Jeg fant ut at jeg ikke har det så verst psykisk likevel. Jeg klarer mer enn det jeg har fortalt meg selv at jeg ikke kan. Jeg fikk mer bevisstgjøring om at jeg har mer ressurser igjen. Det ble litt sånn våkne opp, ta vekk de bomullsdottene mellom ørene. Våkne opp. Du har så mye å tilføre, bare du kommer deg ut av den offerrollen som hjelpeapparatet var veldig flink til å putte meg inn i når jeg har vært innlagt. Jeg følte meg veldig syk når jeg gikk til psykiater. Jeg har fått av meg disse sykdomsskylappene.

Det som er så flott her, er ikke bare kurset, men selvrealiseringen som du ser andre rundt deg får. Som utvikler seg fra uke til uke. Det kan være alt fra å sette på kaffe, bli med på kjøkkenet eller vanne blomstene, plutselig vil de være med på tur. Du ser fremgang hele tiden og alle blir sett på sitt nivå.

Leder for ressursbasen forklarer at for å få flere folk til å bidra med sine erfaringer og være med å jobbe på systemnivå, så må de først og fremst styrkes individuelt. Etter å ha gått selvstyrkingskurs er det også mulig å gjennomføre prosesslederkurs som gir kompetanse til å være kursholder for ulike kurs i Verktøykassa. Videre forklarer leder for ressursbasen at ofte når folk har blitt styrket, er de også klare til jobb og utdanning og har ikke det samme behovet for Sagatun. Hun påpeker at det er dette Sagatun er kjent for: å få folk som har vært veldig langt nede videre i livet.

## 7.5 Opplæring av brukerrepresentanter

---

Kursmodulene i Verktøykassa kan tilpasses etter ønske fra bestiller. Temaet brukerrepresentasjon er en del av selvstyrkingskurset, og kan gis mer eller mindre fokus ettersom hva som er hensikten med kurset. Selvstyrkingskurset er således et viktig tilbud til organisasjonene i forhold til opplæring av medlemmer som brukerrepresentanter til ulike råd og utvalg. Selvstyrkingskurset bidrar med kunnskap om rettigheter og lovverk, hvordan man opptre på vegne av en gruppe og annen nødvendig basiskunnskap som trengs for å kunne gjøre en konstruktiv jobb som brukerrepresentant. Den som er brukerrepresentant på vegne av en organisasjon skal selv ha erfaring med brukerrollen, og ha egnethet til å opptre på vegne av flere enn seg selv. Både organisasjonene og Sagatun er tydelige på at det er organisasjonene som rekrutterer brukerrepresentanter, men samtidig bidrar senteret med å gjøre brukere klare til å representere sin brukerguppe. I følge flere av informantene har det imidlertid ikke alltid vært klare skiller på dette, og Sagatun har fått mange henvendelser fra tjenesteapparatet med ønske om brukerrepresentanter som, ifølge daglig leder og leder for ressursbasen, konsekvent henvises videre til organisasjonene. Sagatun bistår imidlertid organisasjonene i å finne egnede brukerrepresentanter, slik at man kan finne en person med fersk brukererfaring fra den spesifikke tjenesten (eksemplifisert ved sykehusavdelingen på Reinsvoll). En betenkelighet i forhold til rekruttering av brukerrepresentanter reises imidlertid av Fylkesmannen: I en kartlegging hos kommunene om brukermedvirkning vises det at kommunene har mye dårlig erfaring med at brukerrepresentanter ikke representerer sin organisasjon, men seg selv. Dette gjør at kommunene synes det er enklere å kontakte Sagatun direkte, fordi skoleringen der hjelper brukerne til å se hele systemet og utfordringene, noe som gir en helt annen kvalitet og etterspørsel. Ut fra dette kan vi anta at mange brukerrepresentanter i kommunene ikke har vært innom kurs ved Sagatun.

Som brukerrepresentant er man med og medvirker bedringer i tjenestene innenfor et spesifikt sted og tjeneste, og brukermedvirkning forklares på ulike måter av sentrale personer ved Sagatun som sitert i det følgende:

En av kurslederne i Verktøykassa sier:

Brukermedvirkning er et annet ord for samarbeid

Leder for ressursbasen forklarer hvordan de ser på forholdet mellom brukervirkning på individnivå og på systemnivå:

Det er viktig å styrke brukerne for at de faktisk skal kunne være med og medvirke. Men vi har også kurs for tjenestenivå, hvor brukerrepresentanter og tjenesteutøvere er sammen for å prøve å få til bedre samarbeid. Brukermedvirkning handler mye om samarbeid og om god informasjon og å vite om hverandre. Vi har ikke brukerrepresentanter, men vi prøver å bidra til at det blir godt med brukerrepresentanter.

Daglig leder fyller ut i forhold til medvirkning på ulike nivåer:

Det er fokus på å styrke den enkelte til å ta en mer aktiv rolle i eget liv, tørre å bruke ressursene sine, vite litt om hvilke rettigheter man faktisk har for å kunne påvirke tjenestetilbud. I en samfunnsmessig sammenheng er det spesielt viktig å styrke mennesker innen psykisk helse og rusfeltet. Denne gruppa går ofte under betegnelsen velferdsstatens forsømte gruppe med fortsatt dårligst levekår, dårligst økonomi, dårlig tilknytning til arbeidslivet, og vi ønsker å bidra til at folk tar en aktiv rolle i eget liv, til å være med å påvirke tjenestetilbud, men også å ha en stemme inn i samfunnsdebatten.

Når det gjelder prosesslederkursene, gir disse kompetanse til å holde kursmoduler i Verktøykassa. I tillegg tilføres prosesslederne kunnskap om hvordan man kan starte opp lokale empowerment- eller selvstyrkingsgrupper. Verktøykassa tilbyr således ulike former for opplæring av brukere, også ut over opplæring med det formål å være brukerrepresentant til råd og utvalg.

Det ser imidlertid ut til at det er behov for en bedre oppfølging av prosesslederne, noe som påpekes under intervjuene av brukerorganisasjonene. Det påpekes også som et behov for bedre forhåndskvalifisering av prosessledere og å sikre at prosesslederne fortsetter etter endt kurs, blant annet ved å ha et prosessledernetverk. Per i dag er det ingen systematisk oppfølging av prosessledere, men de kan selv ta kontakt med ressursbasen ved behov. Også i 2009 ble dette påpekt som svakheter i rapporten «Verktøykasse for brukermedvirkning – implementering etter pilotfasen» (Askheim 2009). I følge rapporten er det en manglende strategi for oppfølging av prosesslederne som hadde blitt sertifisert gjennom kursene. Prosesslederne ga uttrykk for at de opplevde å bli overlatt til seg selv, og at det var uklart hvem som hadde ansvar for oppfølgingen av dem i etterkant, og hvem som skulle arrangere kursene som de nå var kompetente til å holde.

## 7.6 Lønnet og frivillig innsats

---

Brukere kommer til Sagatun gjennom kontakt med hjelpeapparatet i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten, og gjennom andre brukere og brukerorganisasjonene. Det er altså mange ulike veier inn til Sagatun, men felles er at det er personer som ønsker mer innhold i hverdagen og å møte andre «likesinnede». Daglig leder forklarer at brukerne trekkes inn i alle aktiviteter ved senteret, ettersom hva den enkelte bruker ønsker og er klar for. Sagatun har ansatte Miljøarbeidere, og disse er viktige i rollen som det første møtet med nye brukere ved senteret og i rekrutteringen av folk til i ressursbasen.

Totalt er det omtrent åtte lønnete årsverk på Sagatun, ganske jevnt fordelt mellom det lokale værestedet og den regionale ressursbasen. De aller fleste har selv brukererfaring. I tillegg tilføres senteret arbeidskraft gjennom praksisplasser fra NAV (arbeidstrening eller arbeidsavklaring) og frivillige gjennom såkalte «frivilligkontrakter». Frivilligkontraktene innebærer et mer forpliktende samarbeid med Sagatun, med faste arbeidstider utfra den enkeltes muligheter. Når man er på frivilligkontrakt har man også noen av de samme rettighetene som ansatte, blant annet at man omfattes av forsikringsordning. Arbeidet knyttet til brukerstyret, samt prosessledere er eksempler på frivillig arbeid.

Å ha mulighet til å ha personer inne på frivilligkontrakter eller arbeidsavklaring/arbeidstrening tilfører driften nyttig kapasitet og kompetanse til å gjøre oppgaver som ellers ikke ville blitt prioritert av ledelsen. Et eksempel er føring av statistikk over besøkende, hvordan brukere rekrutteres til Sagatun m.m. Om dette og andre oppgaver som friville gjør sier leder ved ressursbasen:

Det er lite midler å drive på og det tar tid, men er likevel nyttige å få gjort denne typen oppgaver. Det er måten å rekruttere frivillige på, og å bruke ressursene til den enkelte og det er noe vi prøver hele tiden på Sagatun, å se hvilke ressurser den enkelte har og hvordan disse kan brukes på ulike måter.

I samtlige av intervjuene trekkes økonomien til senteret fram som en utfordring. De økonomiske rammene oppleves som knappe og uforutsigbare, og dette har konsekvenser for omfanget av innsatsen for økt brukermedvirkning. I tillegg påpeker flere at vektlegges at nettopp den brukergruppen som er involvert i Sagatun har et spesielt behov for trygge rammer og det er belastende ikke å vite om man har noen jobb eller et sted å gå til i framtiden.

Styreleder og medarbeidere mener den frivillige innsatsen ved Sagatun oppleves som spesielt forpliktende fordi den reguleres gjennom skriftlige kontrakter mellom senteret og den enkelte frivillige. Samtidig forklarer styrelederen for Sagatun at de frivillige også driver tradisjonelt frivillighetsarbeid, som for eksempel å delta på stands på Verdensdagen for psykisk helse og å ta på seg vaktoppdrag på Middelalderfestivalen og andre lokale kulturarrangement. I lys av typen frivillighet hos Sagatun og den effekten innsats ved senteret har for den enkeltes tilfriskning, mener representanten fra Fylkesmannen at tilbud som Sagatun bør godkjennes som tiltaksarena som for eksempel IPS (Individuell Jobbstøtte).

## 7.7 Samarbeid med andre instanser

---

Daglig leder forteller at de ønsker å være et sted hvor det foregår viktige debatter om psykisk helse og rusfeltet. For å ha en stemme inn i dette, har Sagatun knyttet til seg et omfattende samarbeidsnettverk, også ut over brukerorganisasjonene. Både kommunale og statlige tjenesteytere, utdanning- og forskningsinstitusjoner, Fylkesmannen, andre regionale og lokale brukerstyrte sentrene og nasjonale kompetansemiljøer er viktige samarbeidspartnere for Sagatun.

## 7.7.1 Brukerorganisasjonene

I stiftelsesstyret sitter lokallag av Mental Helse, LPP Hedmark og RIO Hedmark (fra og med 2015). Brukerorganisasjonene skal ha flertall i stiftelsesstyret, og styreleder skal være fra Mental Helse. Det ønskede forholdet til organisasjonene uttrykkes slik av daglig leder:

Vi ønsker og det er viktig for oss at organisasjonene er en aktiv samarbeidspartner og pådriver, sånn at vi sammen kan utvikle og styrke psykisk helse-feltet og brukernes innflytelse. Det er det som er vår felles agenda.

I følge styreleder fra Mental Helse, har styret en bevissthet om at senteret skal ha en høy grad av autonomi, en autonomi som er bygget på brukernes erfaringer. Styret skal ikke gå inn i den daglige driften, men trekke de langsiktige og forutsigbare rammene, og den strategiske utviklingen. Sagatun oppstod som følge av et behov i arbeidet med brukermedvirkning hos brukerorganisasjonene, og organisasjonene var bevisste og tydelige på dette. Et slikt senter kunne være med å fylle deler av deres målsettinger og være et redskap for å etablere denne typen tilbud, så det var heller et samspill enn en motsetning ved etableringen av Sagatun som en aktør innen brukermedvirkning. Imidlertid avdekket det i fokusgruppen med brukerorganisasjonene i forbindelse med denne evalueringen, at det er noen motsetninger og en viss grad motstand mot for mye «profesjonalisering» av brukerkompetansen. I tillegg forklarer flere at det (spesielt tidligere) var uklarheter og uenigheter i rollefordelingen mellom brukerorganisasjonene og Sagatun. Dette gjelder ikke minst utad og i forhold til rekruttering av brukerrepresentanter, men vårt inntrykk er at dette er mer definert og avklart nå.

I følge styrelederen:

Sogatun har vært et inspirasjons- og kraftsenter for brukermedvirkning på grunn av den kompetansen som er bygget opp her. Feltet har blitt annerledes. Styrken til Sagatun er dette samspillet mellom praksis i 1.etg og kompetansebygging og formidling i 3. etasje. Dette er Sagatuns profil og særpreget. Men det har til tider vært noen utfordringer med å utnytte dette samspillet, kanskje fordi at både praksisfeltet og kompetansefeltet hadde behov for å synliggjøre seg.

Det er flere organisasjoner som har kontorer på Sagatun og/eller som bruker stedet i forbindelse med kurs og sammenkomster, og som trekker kompetansen som finnes på huset inn i det daglige eller i kursene. ADHD er aktive og bruker huset med faste møtetider på huset og samarbeider om temakvelder. Dysleksiforeningen Hedmark og Oppland har faste kontordager og treff hver 14 dag på kveldstid. I tillegg har Mental helse Hamar kontor på Sagatun. Også RIO (Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon) og LPP Hedmark er i ferd med å etablere kontorer og aktiviteter på Sagatun. Denne samlokaliseringen påpekes av de intervjuede organisasjonene å gjøre det mulig for dem å ha mer fokus på brukermedvirkning og å ha mer kontakt med andre brukerorganisasjoner.

To av styrerepresentantene sier:

Det viktigste med Sagatun er den biten med å være knutepunkt mellom alle organisasjonene. At vi har fellesarenaer der vi møtes på tvers av organisasjonene. Der får vi mye drahjelp fra Sagatun.

Sogatun er et knutepunkt. De er fulltids ansatt og har tid til å organisere, planlegge og få tak i folk. De spiller en stor rolle der. Vi kan for eksempel spesialbestille temakvelder som vi slipper å bruke energi på å organisere. Vi har nok av andre ting å gjøre, for å si det sånn. Det betyr mye å ha et sånt sted i regionen.

## 7.7.2 Utdanning og forskning

Sagatun samarbeider med Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Lillehammer, og foregår i form av:

- Undervisning av studenter (bachelor-, mastergrad- og doktorgradsnivå der relevant)
- Deltakelse i forum for praksisnær forskning
- Deltakelse i prosjekter – aksjonsforskning

Aktivitetene er beskrevet i tidligere kapitler, men representanten for Høgskolen i Buskerud og Vestfold, og som tidligere jobbet ved Høgskolen i Hedmark, forklarer at de generelt ønsker brukerstyring i sine forskningsopplegg. Dette er en tradisjon som høgskolesystemet har hatt god nytte av, og beskrives slik:

Det er viktig å vise brukermidvirkning i praksis, og det er det dette møtestedet gjør i den daglige virksomheten. Vi tar med mange hit, både fra innland og utland, for å vise brukermidvirkning i praksis, det kunne man ikke gjort hvis det bare var et senter for brukermidvirkning og ikke det andre også. Det er mer enn bare ord om brukerstyring, brukerkunnskap og brukermidvirkning.

Og om samarbeidet med Sagatun sier vedkommende:

Det er gitt ut en rapport, vitenskapelige artikler og et kapittel i en bok, så det blir noe ut av dette samarbeidet, ord skaper noe. Vi blir inkludert og ønsket velkommen i dette systemet, det er åpenhet og lav dørterskel også for oss som søker brukerkunnskap. Det skjer en kunnskapsdannelse her som får spredning. Studentene har vært imponert over stedets troverdighet. Eksemplifisering av hva kunnskapsfeltet betyr – det har vært viktig.

Det er utarbeidet flere publikasjoner av forskere og medforskere fra Sagatun, samt student- og mastergradsoppgaver med Sagatun som forskningsfelt.

## 7.7.3 Tjenesteapparatet – sykehus og kommuner

*Sykehuset Innlandet* er ifølge styremedlemmet fra sykehuset lite involvert i Sagatun. Hun påpeker imidlertid at senteret tilbyr noe unikt innen brukermidvirkning som ikke helse- og sosialsystemet kan fylle, samtidig som det er økte forventninger til at brukererfaring blir mer likestilt med profesjonell faglighet. Det forklares at det er vanskelig å få dette inn på systemnivå og å drive endringsarbeid, og at økonomi begrenser senterets muligheter. Sykehuset har ansatt en erfaringskonsulent (ved avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling) med bakgrunn fra både Mental Helse, som styremedlem i Sagatun og som kursleder i verktøykassa. Samarbeidet med erfaringskonsulentene innebærer erfaringsutveksling og undervisning på senteret. Sagatun er ellers med i nyopprettet «Brukerforum» sammen med brukerrepresentanter. Det er også et samarbeid med Lærings- og mestringssenteret, og sykehusets avdeling på Reinsvoll om å bringe inn brukererfaringer og ha gjensidig erfaringsutveksling.

Når det gjelder *kommuner*, har Sagatun et formalisert samarbeid med Hamar kommune på enkelte områder. Kommunen eier bygget, og gir også tilskudd for å drifte det lokale værestedet. Når det gjelder øvrig samarbeid med kommunene, er det et uformalisert samarbeid mellom NAV og psykisk helseteam i de kommunene som har enkel tilgang til Sagatun (i praksis Hamar og Stange kommuner). Disse kontakter Sagatun dersom de har brukere de mener vil ha nytte av å være på senteret, enten i form av bare å være til stede på lavterskeltilbudet eller å bruke Sagatun som arena for arbeidstrening. Vi intervjuet ikke noen representanter fra NAV, men i intervju med psykisk helseteam i Hamar og Stange kommuner beskrives møtet med Sagatun som

positive opplevelser. Kommunene forteller at de i en rekke tilfeller har fulgt brukere til Sagatun, og at de har fått omvisning av miljøarbeiderne på huset. Sagatun utgjør et alternativ til de kommunale dagsentrene, ved at aktiviteten i større grad er brukerstyrt og krever aktiv deltakelse. Kommunene forteller imidlertid at Sagatun bør profilere seg mer for å bli bedre kjent i regionen. Kommunene gir uttrykk for at de kunne tenke seg mer selvstyrkingskurs for brukere og pårørende som berøres av feltet. De har ikke så mye annen informasjon om Sagatun enn at det er et lavterskeltilbud. Kommunene skulle gjerne sett at det var mer informasjon om kursene, og kunne tenke seg mer samarbeid med senteret.

Det er også kontakt mellom Sagatun og Samfunnsmedisinsk enhet som er et interkommunalt samarbeid mellom Hamar, Stange, Løten og Ringsaker. Denne enheten jobber med psykisk helse og har et folkehelseansvar, og begge parter ønsker å etablere et sterkere samarbeid. Nylig ble Ringsakers kontaktperson i den interkommunale enheten valgt som styremedlem i stiftelsesstyret.

#### 7.7.4 Fylkesmannen og fylkeskommunen

*Fylkesmannen* ved Sosial- og helseavdelingen har samarbeidet med Sagatun siden oppstarten formalisert gjennom VIP-samarbeidet. Representanten fra Fylkesmannen uttrykker at de hatt et godt samarbeid med Sagatun, og at Sagatun har håndtert ulike utfordringer og spenninger godt. Dette forklares ved at autonomi er den røde tråden for Sagatun, og at det holder på sin identitet.

Fylkesmannen uttaler følgende når det gjelder Sagatuns tilbud både som et værested og som en ressursbase, og om behovet for fersk brukerkunnskap:

Brukerkompetanse er en ferskvare. Vi har diskusjoner på om hvor lenge man er en brukerrepresentant. Hos Sagatun fylles det på med brukerkompetanse hele tiden, samtidig som man greier å trekke ut de signaler som rår og speile dem blant annet tilbake på oss. Her har vi en arena for det, også VIP-møtene. Det er en arena hvor vi får «ferskvaren», det er et kjempepoeng. Dette er en nasjonal diskusjon på når det gjelder kompetansesenter generelt sett. I hvilken grad er det senter som kan spille tilbake til kommunene eller blir det rene forskningsarenaer som driver med sitt.

Representanten for *Fylkeskommunen* forteller de ikke har vært involvert direkte i samarbeid med Sagatun, men har bidratt med midler til Verktøykassa, mentorordningen og verdensdagen for psykisk helse. Siden folkehelse er et av fylkeskommunens forvaltningsområder, har de særlig interesse av å støtte opp under det regionale sentrets bidrag i denne sammenhengen. Fylkeskommunen sier de først og fremst kjenner til Sagatun som et symbol på brukermedvirkning, men mener at det er potensial for mer samarbeid.

#### 7.7.5 Andre brukerstyrte sentre

Sogatun støtter og engasjerer andre frivillige tiltak innen psykisk helse- og rusfeltet. Blant annet videreformidler de sin kompetansen til andre brukerstyrte sentre som Stabburshella og Lillehammer brukerstyrte senter, Havang. Sentrene rapporterer at de setter pris på kompetansen og kurstilbudene som Sagatun tilbyr. Videre har den rådgivende funksjonen til Sagatun en viktig rolle for dem. Fra Sagatuns egen rapportering fra Havang:

Vi har fått styrket vårt samhold og felles forståelse for hvordan vi skal skape en bedre hverdag. Innsikten i egen styringsmuligheter har økt både i teori og praksis. Vi håper på et videre verdifullt samarbeid med verktøykassa slik at flere kan få utbytte av tilbudet.

Stabburshella skriver i en epost til Sagatun:

Tusen takk for nyttig og lærerik informasjon vedr. brukerstyring. Dette var veldig nyttig for oss nå når vi skal endre vår organisasjon. Du er en stor ressurs når det gjelder brukerstyring og organisering, og jeg håper derfor at du kunne ha mulighet for å sitte som styremedlem i vårt nye driftsstyre.

Å ha vært tilknyttet Sagatun har også vist seg å ha ringvirkninger for oppstart av nye sentre. Et eksempel er at en representant fra Mental Helse Akershus etter å ha vært i praksisplass hos ressursbasen ved Sagatun og tatt kurs i Verktøykassa, tok initiativ til å opprette et lokalt brukerstyrt senter.

Stabburshella er et brukerstyrt senter i Fagernes som de har hatt mye samarbeid med. I et fokusgruppeintervju ga Stabburshella lignende tilbakemeldinger, og sa at de hadde hatt veldig god nytte av Sagatun som venn og som støtte. Enkelte andre av de intervjuede (representanter for brukerorganisasjoner) som er involvert i lokale brukerstyrte sentre mener at det kan være en forringelse av brukerstyringen at det offentlige og tjenesteapparatet er for mye involvert i sentre slik som på Sagatun, eksempelvis gjennom styreverv.

### 7.7.6 Nasjonale kompetansesenter

Daglig leder og leder for ressursbasen ved Sagatun beskriver samarbeide med andre kompetansemiljøer slik:

De regionale brukerstyrte sentrene har et strukturert samarbeid seg imellom og med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for å styrke brukere og pårørendes innflytelse på psykisk helse og rusfeltet, og å samle inn og gyldiggjøre erfaringsbasert kunnskap. Sagatun og Erfaringskompetanse har tatt et felles initiativ i regionen for å drøfte muligheten og påvirke til etablering av medisinfrie behandlingstilbud, i tråd med et krav fra brukerorganisasjonene og et pålegg fra sentrale myndigheter til de regionale helseforetakene. Dette har resultert i flere møter der fagfolk og brukere har kommet sammen og drøftet utfordringer og muligheter for å få dette til. Dette vil bli videreført gjennom et eget doktorgradsprosjekt ved nasjonalt kompetansesenter for rus og psykisk helse.

Videre forklares det at Sagatun er en pådriver for implementering av veilederen «Sammen om mestring», hvor det er etablert et bredt samarbeid med brukerorganisasjonene, Fylkesmannen i Hedmark, NAPHA og KoRus, Lærings- og mestringssenteret og divisjon Psykisk helsevern.

## 7.8 Oppsummering

---

Sagatun brukerstyrt senter holder til i Hamar, og det har både en lokal, regional og nasjonal funksjon. I styret sitter blant annet brukerorganisasjonene Mental Helse, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse og RIO. Senteret er delt inn i to virksomhetsområder; *det lokale værestedet og den regionale ressursbasen for brukerkompetanse og opplæring innen psykisk*



*helse og rusfeltet.* Det er ressursbasen som er gjenstand for denne evalueringen (ved at det er aktivitetene her som mottar midler fra Helsedirektoratet), men det er svært vanskelig å se denne isolert fra det som skjer i det lokale værestedet.

Å holde kurs og spre innholdet i Verktøykassa for brukermedvirkning utgjør Sagatun sin nasjonale oppgave og er knyttet til arbeidet ved ressursbasen. Tilbudene om kurs sprer seg i økende grad også som tilbud gjennom de øvrige regionale brukerstyrte sentrene. Verktøykassa består av selvstyrkingskurs, kurs i brukerstyring, prosesslederkurs og tilpassede kurs, eksempelvis for representanter for tjenesteapparatet. Målgruppa for selvstyrkingskurs er både brukere og pårørende, og skal bidra til økt mestring og styrking i troen på egne ressurser. Kursene tilpasses ønsker hos målgruppa, og kan for eksempel være kompetanseheving i forhold til å være brukerrepresentant eller det kan være kurs hvor det er både brukere og tjenesteutøvere. Prosesslederkursene er rettet mot brukere som har gjennomgått selvstyrkingskurs og som selv ønsker å holde kurs i Verktøykassa og knyttes til ressursbasen. Selvstyrkingskursene får svært gode tilbakemeldinger fra brukere vi har snakket med. Når det gjelder prosesslederkursene, etterspør imidlertid brukerorganisasjoner en bedre oppfølging av brukere som har gjennomført prosesslederkurs. Det forklares at opprettelsen av et nettverk av prosessledere og tettere oppfølging, ville bidra til høyere kvalitet eller og at (nye) prosessledere ikke faller fra.

Ressursbasen ved Sagatun har også prosjektledelsen av *Mentorprosjektet*, som har utgangspunkt i støtte til personer for hendelsen på 22. juli. I tillegg deltar ressursbasen i undervisning, forum og forskning i samarbeid med høgskoler, noe som har resultert i flere samarbeidsprosjekter og publikasjoner. Senteret mottar dessuten svært mange instanser og personer fra inn- og utland til omvisninger hos Sagatun som et brukerstyrt senter. Ressursbasen deltar videre i ulike forum og samarbeidsarenaer for å erfaringsutveksling med tjenesteytere og med Fylkesmannen. Både representanter for Sagatun og for tjenestene selv (sykehuset og kommunale tjenester som samfunnsmedisinsk enhet og psykisk helseteam) ønsker imidlertid at samarbeidet dem imellom skal styrkes for å trekke mer på de ferske brukererfaringene som finnes ved senteret.

Sagatuns arbeid med brukerstyring, styrking og brukermedvirkning på individuelt nivå bidrar til å fremskaffe menneskelige ressurser til arbeidet med brukermedvirkning og tjenesteendring på systemnivå. Dette kan vi forklare slik: Det lokale værestedet er et lavterskeltilbud hvor brukere og pårørende kan komme og treffe andre i liknende situasjon. Her kan man delta på ulike aktiviteter slik som kreativt verksted, snekkerverksted, musikkstudio og ulike turer, og får tilbud om selvstyrkingskurs. Etter hvert kan man også få muligheten til å være med å ta mer ansvar for driften av værestedet eller rekrutteres til ressursbasen. De ulike aktivitetene ved ressursbasen har til formål å styrke brukermedvirkningen og erfaringsutvekslingen med tjenestenivå. En del av brukerne som kommer til Sagatun følger dette «løpet» eller oppholdet ved Sagatun bidrar til å styrke dem som brukerrepresentanter på vegne av en brukerorganisasjon og/eller hjelpe dem videre til annen jobb eller utdanning.

Vårt overordnede inntrykk er at senteret fungerer som et knutepunkt mellom erfaring, fag og tjenester i regionen gjennom senterets ulike aktiviteter og bredde i samarbeidspartnere. Det ser likevel ut til å være et behov for videre avklaringer i rolleavgrensningen mot brukerorganisasjonene og samtidig å styrke samarbeidet med tjenesteapparatet i kommunene og sykehuset.

# 8. Vårres regionalt brukerstyrt senter

Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge er et kompetansesenter for innsamling og formidling av brukererfaringer fra barn, unge og voksne med ulike psykiske lidelser. Tilbudet er særlig rettet mot AD/HD, Tourettes Syndrom, Asperger syndrom og liknende tilstander.

## 8.1 Kort om senteret

---

Vårres regionalt brukerstyrt senter startet opp som et prosjekt drevet av LPP (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse) og ADHD Norge i fortsettelsen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette skjedde i 2006, og i 2008 ble senteret sammen med de andre 5 brukerstyrte sentra finansiert over statsbudsjettet.

I dag er det langt flere organisasjoner (fylkesledd) som deltar i driften av Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt Norge (Vårres):

- ADHD Norge Sør Trøndelag
- ADHD Norge Nord Trøndelag
- ADHD Norge Møre og Romsdal
- Norsk Tourette Forening Trøndelag
- Norsk Tourette Forening Møre og Romsdal
- Organisasjonen Voksne for Barn
- Autismeforeningen i Norge Nord-Trøndelag
- Autismeforeningen i Norge Sør-Trøndelag
- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse Trøndelag

I tillegg til disse deltar Lærings- og mestrings sentrene ved BUP-Klinikk St. Olav og Tiller DPS med representanter i styret. Mental Helse Trondheim er involvert i noen av aktivitetene, men er ikke representert i styret.

Senteret har en daglig leder ansatt i 50% stilling, en prosjektkoordinator i 80% stilling og en ansatt i 20% stilling. De holder til i leide lokaler i Fjordgata 11 i Trondheim. Lokalene er i et kontorfellesskap og egner seg dårlig for besøk – spesielt på dagtid. På kveldstid og i helger kan møtelokaler benyttes i en viss utstrekning. Alle styremøter og en del møter med samarbeidspartnere avholdes i lokalene, men lokalene er dårlig egnet til å gjennomføre kurs og aktiviteter med mange deltakere. Slike samlinger gjennomføres derfor i mer egnede lokaler andre steder Vårres' regionale nedslagsfelt.

## 8.2 Visjoner og målsettinger

---

Vårres' visjoner og målsettinger dreier seg om å styrke brukermedvirkning, både gjennom arbeid på individnivå og på systemnivå.

Senteret ønsker å bistå enkeltpersoner til bedre mestring og hjelp til å leve et friskere liv, og å spre opplysning og kunnskap til de som forvalter på vegne av helseinstitusjoner, skoler med mer. En utfordring som gjelder flere av brukerne i Vårres' målgruppe er at de opplever det sosiale samspillet som vanskelig. Mange av barna er ensomme, uten venner og deltar lite i sosiale aktiviteter. Vårres ønsker å skape et nettverk hvor de som trenger det kan hente inspirasjon og hjelp til å mestre de utfordringene som det å ha en psykiatrisk diagnose gir.

Helsepersonell har ofte mangelfull kunnskap om de sosiale og praktiske utfordringene diagnoser som ADHD, Tourette og Asperger skaper for dem det berører. Det gjelder spesielt hvordan disse erfares i skolehverdagen, i familien og på fritiden. Medarbeidere og frivillige ved Vårres er derfor opptatt av å styrke dialogen og samarbeidet mellom familiene og helsetjenestene, slik at helsepersonell blir bedre til å veilede og gi råd i møte med denne pasientgruppen.

Senteret ønsker også å bidra til mer kunnskap om hva som skal til for å lette hverdagen, for eksempel i skolen for barn med ADHD og andre lidelser, eller for pasienter som står på venteliste i spesialisthelsetjenesten.

Senterets medarbeidere understreker at deres hovedoppgave er opplæring og oppfølging av brukerrepresentanter, og det å skape nettverk på tvers av organisasjonene de samarbeider med.

Så lenge vi tar på oss å opplære, må vi også følge dem opp

Dette bekreftes også av de samarbeidende organisasjonene gjennom våre intervjuer.

Vårres trekker frem disse punktene som sine hovedmålsettinger:

- Å være et kompetansesenter for samling og formidling av bruker- og pårørende erfaring
- Å drive informasjons- og kursvirksomhet i samarbeid med brukerorganisasjoner og det offentlige hjelpeapparatet innenfor psykisk helse-området. Målgrupper er brukere, pårørende, hjelpeapparat, opplæringssektor og befolkningen i sin alminnelighet
- Å drive bruker- og pårønderettede aktiviteter i egen regi og i samarbeid med andre
- Å styrke den enkelte bruker og pårørende

Det er et prinsipp for Vårres at alle tilbud skal være fritt tilgjengelige fordi mange av de som trenger tilgangen til kunnskap, ikke har råd til å kjøpe seg inn på dyre kurs. Senterets aktiviteter skal også være tilgjengelig for alle, og er ikke medlemsbasert.

## 8.3 Målgrupper og aktiviteter

---

Målgruppen for dette senteret er både enkeltpersoner og institusjoner.

### 8.3.1 Målgrupper

Vårres presenterer sin målgruppe som;

- Barn, unge, voksne og pårørende (både som enkeltpersoner, par, familier og som representanter for brukerorganisasjoner)
- Hjelpeapparatet/utdanningssektoren
- Organisasjoner innenfor psykisk helse og rusområdet

### 8.3.2 Noen eksempler på aktiviteter

Senterets aktiviteter omfatter informasjonsarbeid, opplæring i hverdagslivet til de aktuelle brukergruppene, samarbeid med institusjoner som har med brukergruppene å gjøre, for eksempel helsevesenet og skole, og å styrke mestringskompetansen ved hjelp av gode opplevelser, som for eksempel gjennom å arrangere sommerleir for barn og unge.

Vårres driver en utstrakt undervisnings- og formidlingsvirksomhet. Temaene spenner vidt, og retter seg mot målgrupper i ulike alder og ulike livssituasjoner. Eksempler på temaer er; rettigheter vis a vis det offentlige i forbindelse med psykisk sykdom, *Helsepedagogikk* (som er Vårres' brukeropplæringsprogram, og som omtales nedenfor), kurs for par med psykisk syke barn eller par der den ene ektefellen er syk, og kurs i hvordan man kan leve et friskere liv selv om man har en psykisk sykdom.

Arrangementer:

- Treffsteder i samarbeid med deltakende organisasjoner (6 i Møre og Romsdal, 3 i Sør-Trøndelag og 3 i Nord-Trøndelag).
- Samlinger for likepersoner/brukerrepresentanter/kursledere/igangsettere av selvhjelpsgrupper. Dette er i samarbeid med Norsk Selvhjelp.
- Kurs- informasjons- og opplæringsvirksomhet i egen regi og i samarbeid med hjelpeapparatet. I årsberetningen for 2014 vises det til ca. 100 gjennomførte kurs, seminarer og informasjonsmøter. Kursene er av forskjellig innhold ettersom hvilke målgruppe de retter seg mot, for eksempel *Fritidslederen min roper hjelp!* som er rettet mot fritidsledere og trenere, og som vi omtaler nedenfor.
- Kurs for voksne med ulike diagnoser i samarbeid med Lærings og mestringscentre i alle tre fylker.
- Sommerleirer for barn og sommerleirer for ungdom.
- Barne- og ungdomsgrupper. Vårres finansierer gruppen, kvalitetssikrer ledere, og tar seg av det administrative.
- Utviklingsprosjekter i samarbeid med andre eller alene.
- Arranging og tilrettelegging av dagskurs for ulike diagnosegrupper, der brukerorganisasjonen står som kursledere. Antall deltakere varierer fra mellom 70-80 til 120 deltakere. Disse kursene tilbys foreldre og andre pårørende til barn med psykisk sykdom. I etterkant gis deltakerne mulighet til å være med i oppfølgingsgrupper, og deretter et seks ukers mestringskurs. Det arrangeres fra 6 – 10 slike dagskurs med etterfølgende oppfølgingskvelder, og ca. 5 mestringskurs i året.

- Samarbeid med hjelpeapparatet: Treårig samarbeidsavtale med Trondheim Kommune. Egen samarbeidsavtale med lærings- og mestringssenteret ved BUP-klinikk St. Olav. Oppfølgingskvelder – kjeder: *Et friskere liv, samtale-grupper, mestringkurs*.
- Kurs for Opplæringskoordinatorene i BUP, opplæring blant sosionomer om rettigheter og muligheter (NAV-systemet) Hjelpeapparatet er svært dårlig informert, forteller de ansatte «Vi er mye mer oppdatert!»

De ansatte ved Vårres forteller at de mottar forespørsler fra fagfolk og brukere om flere spissede aktiviteter for spesifikke grupper som de ikke er i stand til å imøtekomme på grunn av begrensede ressurser.

Pågående prosjekter som nevnes i årsberetningen er:

- *Kvalitet i alle ledd*. Samarbeid om pasientforløp og koordinerte tjenester for barn og unge. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Helseforetaket MR og 4 kommuner. Prosjektet går ut på å utarbeide et pasientforløp for barn med ulike diagnoser. Her jobbes det med å ansvarliggjøre hvem som gjør hva - uavhengig av diagnoser. Det handler om å få til glidende overganger. Vårres har fått gjennomslag for å ha to brukerrepresentanter som får timegodtgjørelse for å være med i dette arbeidet. Som et resultat av prosjektet er det etablert «Familiemøter», der hele familien er inne tidlig i pasientforløpet. Man får kartlagt relevante forhold tidlig. Vårres forteller at flere behandlere har endret praksis i etterkant av prosjektet.
- *Helsepedagogikk for brukere*. Her er det laget utkast til manual som er prøvd ut blant annet gjennom et pilotprosjekt i ROM Agder. Manualen ferdigstilles i 2015
- *Pusterommet*. Dette er et manualbasert kurs rettet mot par, der en av dem har en diagnose, og det er gjennomført to piloter. Dette skal ferdigstilles i 2015.

Vi skal i det følgende presentere et par av aktivitetene litt mer inngående.

### 8.3.3 Helsepedagogikk for brukere

Helsepedagogikk for brukere er et kursopplegg som er utviklet i samarbeid mellom Vårres, Tiller DPS og Ressurs for opplæring av pasienter og pårørende i Midt-Norge (ROPP). Kursopplegget ble første gang gjennomført i 2009, og har vært brukt og utviklet gjennom dialog med kursdeltakere i flere omganger frem til den versjonen som nå foreligger. Materialet består av en manual og PowerPoint-presentasjoner ferdig til bruk. Innledningsvis i manualen heter det:

Manualen er et nyttig verktøy for de som skal holde et innlegg i ulike sammenhenger eller arrangere et kurs. I tillegg kan materialet også benyttes innenfor kursing av likepersoner, igangsettere for selvhjelpsgrupper og tillitsvalgte i organisasjonene.

Kursopplegget har et solid faglig fundament, og bygger på kjente prinsipper og fremgangsmåter innenfor flere fagfelt. Det bygger på pedagogisk teori, blant annet den didaktiske relasjonsmodellen, praktisk pedagogisk kunnskap med stor vekt på egenaktivitet, presentasjonsteknikk, narrativ teori og på kunnskap om psykiske helse, blant annet betydningen av å kunne håndtere sin egen historie med en viss avstand.

I intervju med tre brukerrepresentanter som har fått opplæring gjennom Vårres, og som sitter i styret på vegne av to ulike interesseorganisasjoner understrekes det at Vårres har hatt og har en helt sentral rolle i oppbyggingen og fortsettelsen av deres lokale brukerorganisasjoner. Dette er i stor grad knyttet til tilbudet Helsepedagogikk for brukere.

En av de intervjuede sier dette:

Første gangen jeg skulle lære å holde innlegg, fikk jeg ikke frem et ord. Alt det grunnleggende i forhold til hvordan du lager en presentasjon, hvordan du oppfører deg...Det endret seg drastisk. Nå holder jeg innlegg på sykehus og flere brukerutvalg, og det er ikke noe problem å snakke lenger. Jeg er et klassisk eksempel på den store endringa som skjer fordi en får det tilbudet og hjelpa til å videreutvikle seg. Jeg hadde ikke kunnet være noen brukende brukerrepresentant noen plass hvis det ikke hadde vært for Vårres.

### 8.3.4 Aktiviteter rettet mot barn og ungdom

Aktivitetene i Vårres retter seg i større grad mot unge brukere og deres familier enn det de andre brukerstyrte sentra gjør. Brukerorganisasjonene ADHD Norge, Norsk Tourette-Forening og Autismeforeningen er alle foreninger hvor foranledningen for å melde seg inn gjerne kommer som følge av barnets diagnose. Aktivitetene til Vårres gjenspeiler dette. I tillegg preges aktivitetene i Vårres av å inkludere hele familien i sine aktiviteter, slik som eksemplene innledningsvis viser. Årlig arrangeres to sommerleirer – en for barn og en for ungdom. Som ledere ved leirene benytter Vårres både voksne fra organisasjonene og ungdommer med egne diagnoser. Det er ventelister på disse sommerleirene, og Vårres' representanter betrakter leirene som særdeles viktige arenaer hvor de unge knytter nettverk som utvikler seg til gode vennskap. Flere av disse barna har i utgangspunktet overhodet ingen venner:

De får en ny frisk, de har ikke den «klovnerollen» de kan ha i andre sammenhenger

Vårres har også undervisningsopplegg for skoler som er rettet både mot 1) barna selv, 2) alle ansatte på skolen (hvor vaktmesteren er like mye i målgruppa for undervisningen som lærerne), og 3) foreldrene. Men de sliter med å komme i inngrep med Trondheimsskolene. Det er sendt ut tilbud til samtlige skoler, men det viser seg å være vanskelig å få rektorene til å prioritere dette. Dette er i tråd med tidligere undersøkelser som viser at rektorer og lærere føler seg sterkt presset på tiden de har til rådighet for aktiviteter som ikke er eksamensstoff (Haukelien og Kleppe 2009). Det er planlagt nye forsøk på å få dette samarbeidet etablert.

En brukerrepresentant forteller:

Vårres er inne og støtter organisasjonene i forhold til å informere på skolene, og holder infodager på skolene. Det koster ikke noe, bare kaffe. Det har vært vanskelig å komme inn på skolene, men det hjelper etter hvert.

Det er et utømmelig behov for Vårres' tjenester. Jeg holder foredrag i skoler. Om hvordan de gjør det i skolehverdagen. Det er et kvalitetssikret opplegg: *10 år med Tourettes syndrom og dets herligheter*. Oppdragene kommer som regel via Vårres. Det er en miks av frivillig og betalt. Dette kunne vi gjort business på. «Infotainment». De får mange tips om hvordan de kan løse problemer uten at det koster noe. En masse småting.

## Fritidslederen min roper hjelp!

Dette er et undervisningsopplegg rettet mot forskjellige aktører innenfor hjelpeapparatet som for eksempel skole, barnehager, fritidsledere og andre kommunalt ansatte, og trenere i idrettslag. Undervisningen tar spesielt for seg hvordan voksne i disse rollene kan lære seg å takle barna på en måte som foregriper problemer. Hva er symptomer på ADHD/Tourettes/Asperger, og hvilke kjennetegn har disse barna? Hva er vanlige utfordringer og mestringsstrategier? Hvordan kan de voksne lære seg å være i forkant ved å tilrettelegge slik at problematiske situasjoner reduseres? Undervisningsopplegget tilbyr flere konkrete råd om hvordan fritidsledere og andre kan forholde seg slik at barnet med en av disse diagnosene blir mer inkludert i det sosiale samspillet.



### AD/HD Sosialt samspill

- Sosial umodenhet
- Sterk grad av selvsentrering
- Lav frustrasjonsterskel
- Problemer med å få med seg alle signalene / kodene i et samspill
- Misforstår lett



## 8.3.5 Andre prosjekter

Vårres formidler i tillegg til de nevnte en rekke undervisningsopplegg hvorav noe er laget selv eller i samarbeid med andre aktører, og noe er laget av andre, men tatt i bruk av Vårres. Undervisningen refererer til forskningsbasert kunnskap om disse sykdomstilstandene, kunnskap som er hentet fra ulike fagområder som psykologi, kommunikasjon, familieterapi, samt kunnskap og råd basert på erfaringer med hva som kan gjøre det sosiale samspillet lettere for og med voksne og barn med de aktuelle diagnosene. Her er noen av dem:

- *Pusterommet*. Undervisningsopplegg for par hvor en av dem har en psykiatrisk diagnose
- *Mestringskurset; Å leve et friskere liv*
- Andre kommunikasjonskurs
- *Medlytter - metodikk for innhenting av bruker / pårørende erfaringer*. Dette prosjektet er tilgjengelig gjennom biblioteket i erfaringskompetanse.no ([www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no))
- *Foreldrearena*: Foreldrearena, ett gruppebasert tilbud for foreldre til barn med funksjonshemninger eller kronisk syke. En arena med fokus på foreldrene og mestring i hverdagen. Gruppeledere er en fra fagstand spesialisthelsetjenesten og en fra brukerstand. Kjøres nå fast en gang i året for deltakere i Nordmøre og Romsdal. Vårres har vært inne med gruppeleder siden Foreldrearenas oppstart
- *Selvhjelpsnett* – 4 prosjekt finansiert gjennom Helsedirektoratet
- *Barn av psykisk syke og eller rusavhengige* – 2 delt prosjekt Kristiansund og Trondheim

- I Kristiansund samarbeidet Vårres med Oasen kreativt senter som nå er nedlagt

## 8.4 Opplæringen av brukerrepresentanter

---

Plattformen for opplæring av brukerrepresentanter i Vårres er helsepedagogikk omtalt i kapittel 8.3.3. De ansatte i Vårres understreker viktigheten av denne delen av virksomheten. I dialog med brukerorganisasjonene finner de ut hvilke temaer det er ønskelig å fokusere på. Det er først og fremst medlemmer fra brukerorganisasjonene som er representert i styret som kommer på undervisningen, men også andre brukerorganisasjoner er med. Medarbeiderne i Vårres forteller at de har hatt samlinger hvert år siden 2006, og ett år hadde de to samlinger. Det kommer fra ca. 20 til 35 deltakere på hver av disse. Av disse er det et fåtall som har valgt å ikke bli brukerrepresentanter, forteller de Vårres-ansatte. Ca. 80 personer har deltatt på disse samlingene – noen av dem flere ganger. Totalt har Vårres på de 10 samlingene som er gjennomført hatt ca. 270 – 280 deltakere. Deltakerne har kommet fra følgende organisasjoner: ADHD Norge, Norsk Tourette Forening, Autismeforeningen, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Landsforeningen mot stoffmisbruk, Organisasjonen Voksne for Barn, Mental Helse, Norges Blindforbund, Norsk Revmatiker Forbund.

Brukerrepresentantene som har fått opplæring på Vårres' kurs utøver representasjonsrollen i regionale og lokale brukerutvalg, regionale og lokale fagnettverk og nasjonale utvalg (som for eksempel i arbeidet med behandlingsveiledere. De oppttrer som brukerrepresentanter innenfor psykiatri- og rusfeltet, og i ulike kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, med mer. Innenfor kurs og opplæring nevner Vårres egenproduserte kurs hvor Vårres benytter brukerrepresentanter som presenterer egne historier eller oppttrer som likepersoner, forelesere ved høyskoler, innlegg i dagskurs for pårørende og for personer med egne diagnoser osv.

I tillegg til helsepedagogikk for brukere er forskning et fast tema på samlingene. Her informeres det om nyere relevant forskning, og deltakerne får også en enkel innføring i hvordan de skal finne frem til forskning, og også litt om hvordan de kan orientere seg i forskningen.

En av brukerrepresentantene vi intervjuet forteller at hun ble kjent med Vårres gjennom samtale på DPS. Hun har vært med på helgesamlinger i regi av Vårres, og gått gjennom Helsepedagogikk-kurset for å bli brukerrepresentant.

Du føler at du har vært en mottaker, selvtilliten er på bunn, man føler seg totalt ubrukelig på det meste. For meg har det betydd veldig mye. Det å bli med på helsepedagogikkbiten, det å øve seg på å skrive et innlegg, holde det innlegget, ta imot ris og ros for det du forteller. Du kan kjenne på det....du blir ikke ødelagt!

En ansatt ved det samme DPS' et jobber med en doktorgrad om å utvikle og måle effekten av et introduksjonsseminar for pasienter ved et distriktpsykiatrisk senter. Dette gjelder pasienter som står på venteliste for utredning. Hun understreker betydningen av samarbeidet med Vårres. Samarbeidet mellom Vårres og DPS' et startet med «Et friskere liv»-kurs. Det kom frem at pasientene var misfornøyde med brukermedvirkningen, så det ble satt i gang introduksjonskurs til pasienter på individnivå, og kurs rettet mot personalet (systemnivå). Hun understreker at det ikke er enkelt å implementere brukermedvirkningsperspektivet på DPS. Det er vanskelig å få behandlere til å tenke annerledes. Her er Vårres' arbeid særlig viktig særlig viktig, forteller hun.



Vi har ressurser, men det må være noen på tilbudssida. Vi har ikke alltid overskudd til å gjøre så mye mer. Noen må ha fokus på det. Det er så viktig å ha et nettverk med hjelp til å gjøre tiltak, viktig å få påfyll. Det er også viktig å drive forskningsprosjekter med noen som har et bredt brukermedvirkningsperspektiv. De ser det helhetlige bildet. Det er umulig uten dem».

Hun forteller videre at Vårres rolle er å gjøre brukerrepresentanter tryggere i rollen, spre kompetanse om brukermedvirkning i klinikken. De samarbeider med klinikken og evaluerer tiltak innad i klinikken. Hun trekker frem et eksempel: Pårørendekurs og ADHD-kurs. Det er kurs som Vårres arrangerer i samarbeid med helsepersonell. Når pasientene er ferdig med dette får de tilbud om å gå på selvhjelpsкурset «Et friskere liv». En del går videre med samtalegrupper eller i selvhjelpsgrupper. Ifølge informanten er det «utrolig mye selvhjelp i dette med samtalegrupper».

## 8.5 Brukermedvirkning på individnivå

---

De fleste av Vårres brukeropplæringskurs innrettet både som jeg-styrkende, sosialt styrkende- og som rene kompetansehevende undervisningopplegg. Brukerrepresentantene vi har intervjuet snakker ut fra alle disse perspektivene når de forteller om betydningen av Vårres, og de mener Vårres har stor betydning på alle feltene. En brukerrepresentant sier dette:

Folk har vært med på «friskere liv» og etterpå har de ikke trengt behandling. Jobber mye med målsetting og mestring. Du sitter på mestringskurs og er sammen med andre, som har fysiske eller psykiske problemer. Vi strever med mye av det samme, få dagene til å henge i hop.

Representantene fra ADHD Norge Trøndelag og representanten fra Norsk Tourette forening som vi har intervjuet, trekker særlig frem hvilken betydning organisasjonene og samarbeidet dem imellom har betydd for barna med disse diagnosene – og de henviser til Vårres' rolle som bindeledd mellom organisasjonene.

Vårres har drevet sommerleir i 7 eller 8 år. Jeg har vært som frivillig med i to år. De stiller frivillig fra Vårres side også. Det tilbys unger mellom 10 og 12 år, og de får ikke ha med seg foresatte. Der er det vi som går inn som myndighetspersoner. Det er akkurat som om de tar på seg en ryggsekk og legger den fra seg. De er fri for å forklare seg. Barna er i hop som erteris. Ikke en konflikt. I skolegården er det bare konflikter, men når de er i lag oppfører de seg som de skal gjøre. De har trygge regler å forholde seg til.

En av brukerrepresentantene forteller følgende illustrerende historie om betydningen av å bli skolert som brukerrepresentant. Den viser nettopp hvordan det ikke bare er den personlige erfaringen, men rollen som representant for en større gruppe som er poenget. Vedkommende forteller at han var innkalt som brukerrepresentant i en helsefaglig sammenheng:

Der satt det 40 fagfolk, og så meg. Du sitter med overleger, leder for barnevernet. Takket være Vårres er jeg brukerrepresentant. Jeg har ikke noen traumatisk erfaring med barnevernet, men noen av mine medlemmer har det. Så får du spørsmålet: hvordan har du erfart barnevernet? Hva gjør du da som brukerrepresentant? Hva tør du å si da? For fem år siden ville jeg holdt kjeft, men nå er jeg så tøff at jeg kan si at det er som å sitte inne i et drivhus og kaste sten. Og stenen er tung, men den er ikke så stor, så jeg klarer å kaste den og knuser ruta. Så sier jeg det jeg mener. Jeg føler at jeg gir lederen for barnevernet en på trynet. Det er ikke jeg som har den erfaringa med barnevernet. Men det er noen andre som sier at de kan kanskje ha det, og som sier at de har opplevd det.

Det var en jente der som fortalte at hun hadde hatt mye med barnevernet å gjøre, og at hun hadde ofte saksbehandler. Hun fortalte at hun gråt mens hun snakket om sin historie til saksbehandlerne, og opplevde at de ansatte satt med stenansikt. Selv om tårene deres presset på, ville de ikke visse følelser. Tenk om de hadde gjort det?

Da sa hun som representerte barnevernet på møtet:

*Ja men sånn er vi jo ikke.*

Jo, men det er sånn noen har opplevd at det er kunne jeg som brukerrepresentant si.

Det er skoloringa fra Vårres om har gjort meg så tøff. Det er taletrening, tenk før du snakker, evnen til å være i stand til å beklage, saklighet, sak, ikke person.

Det er greit å ha med egen ballast, men viktig med distanse til egen historikk. Det er mye vekt på det i helsepedagogikk.

## 8.6 Frivillighet

---

Vårres' ansatte og deres samarbeidspartnerne forteller at Vårres drives i stor grad ved hjelp av frivilliges innsats. De ansatte jobber ut over sine betalte stillinger, og mange fra de samarbeidende organisasjonene bruker frivillig tid på å undervise, representere i styrer og råd, være ledere på sommerleirer med mer. De frivillige rekrutteres fra de samarbeidende organisasjonene:

Det genereres mange frivillige. – uten dem hadde vi ikke hatt sjans!

Det er viktig å ivareta og styrke de frivillige. Vi ønsker å hjelpe og legge til rette for alle. Vi er helt avhengige av frivillige for å opprettholde innsatsen.

I årsberetningen for 2014 nevnes det – med forbehold om at det ikke nødvendigvis er helt nøyaktig – at det er nedlagt 3389 frivillige timer. Lederen for Vårres presiserer at dette gjelder kun frivillighetstimer i de arrangementene som er i regi av Vårres eller Vårres sammen med samarbeidspartnere. Det er ikke tatt med andre representasjoner de frivillige har gjennom andre organer. Det vil si at det er svært lite av brukerrepresentasjonen på systemnivå som er inkludert i summen. De ansattes frivillige timer er heller ikke inkludert.

Som nevnt innledningsvis legger også de ansatte ned frivillige timer i Vårres' arbeid. De opplever å ha for lav grunnbemanning i forhold til oppgavene de skal ivareta, og i forhold til den store regionen de skal dekke. De er derfor avhengig av å søke prosjektmidler for å drive virksomheten, og kursvirksomheten foregår på fritida. Medarbeiderne presiserer:

Det er gjennomført aktiviteter og kursvirksomhet eller annet fra Volda i sør til Bindal i nord, fra Fræna i vest til Røros i øst. Avstandene er store og selv om det benyttes lokale krefter i fylkene, er reiseavstandene ofte på 10-20 mil hver veg. Et innlegg på 1 time på en skole kan bety 10 timers dag.

Og videre:

Hvis man begynner å jobbet et sted, så skal vi forankre det, og ikke være paddehatter overalt. Vi er sterke på ulike roller i de ulike delene av regionen, men det blir veldig mye rundt Trondheim. Det har noe å gjøre med hva man rekker over, antall innbyggere og hvor de største helseforetakene er. Det blir litt mer sporadisk andre steder.

Vi burde hatt skriftliggjort mye av de aktivitetene vi har gjort, systematiserte observasjonene. Man får ikke tid til dette.

## 8.7 Samarbeid med andre instanser

---

I tillegg til samarbeid med organisasjonene som sitter i styret, og de som er nevnt tidligere, har Vårres også samarbeid med disse organisasjonene/institusjonene:

- St. Olavs hospital med tilhørende DPS' er
- Deltar i nasjonale nettverk (Nasjonalt forskningsnettverk for ADHA, Nasjonalt nettverk for Læring og Mestring)
- Regionalt sitter Vårres i regionrådet for RKBU (regionalt kunnskapssenter for psykisk helse blant barn og unge og barnevern) og i Regionalt fagmiljø for Autisme, ADHD, Tourette og Narkolepsi
- Samarbeider med Høgskolene i Volda, Molde, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag
- Vårres holder kurs for Opplæringskoordinatorene i BUP
- Opplæring blant sosionomer om rettigheter og muligheter (NAV-systemet)

### 8.7.1 Samarbeid med helsevesenet

De ansatte i Vårres understreker betydningen av å samarbeide med helsevesenet. Dette samarbeidet innebærer foruten at ulike fagfolk er representert i styret, også konkret samarbeid om utarbeidelse av undervisnings- og kursmanualer. Representanter for de brukerorganisasjonene understreker også betydningen av den tette kontakten med fagfolk.

Tourette, Asperger, ADHD, spiseforstyrrelser, angst. Vi er og har ressurspersoner i flere leiere. Vi kan koble sammen tverrfaglighet. Fagfolk kommer med kritiske innspill – det er kjempeviktig å ha fagpersoner inn i feltet. Habiliteringstjenesten, BUP, voksenpsykiatrien. De har rådgivende funksjon. De kjenner irrgangene i helsevesenet, og kan skaffe det vi trenger. Vi er en veldig god miks av lekfolk og fagfolk.

En ansatt på DPS ved St. Olavs Hospital understreker i intervju at det å få helsevesenet til å snu tankegangen fra profesjonssyrt til brukerstyrt er en langsom skute å snu, men at Vårres rolle gjør at skipet snur fortere.

Å vite at Vårres er inne i klinikken gjør at våre ansatte tenker brukermedvirkning.

Hun forteller at mange pasienter er misfornøyde med informasjonen de får fra DPS og kommunen, og peker på ulike mestringkurs utviklet ved Vårres som viktig bidrag i å styrke brukermedvirkningen.

### 8.7.2 Samarbeid med brukerorganisasjoner

Andre eksempler på samarbeid med deltakende organisasjoner:

- Årlige lørdagsseminar i samarbeid med LPP Trøndelag – ett til to seminar i året.

- Dagskonferanser i samarbeid med Autismeforeningen.
- Opplæring av likemenn og tillitsvalgte i flere av organisasjonene.
- Bruk av organisasjonenes likepersoner og brukerrepresentanter.
- Dagskurs for ulike diagnosegrupper der brukerorganisasjonen står som kursledere. Kursene kan variere fra 70-80 til 120 deltakere. Foreldre og andre pårørende får tilbud.
- Leder for Mental Helse Trondheim sitter i referansegruppen for Helsepedagogikk prosjektet, og deltar ved de fleste av samlingene i Vårres.
- Det er også et samarbeid mellom blant annet LPP Trøndelag, Mental Helse Trondheim og ADHD Norge ST ved flere kurs og pårørendearrangement i regi av DPS 'er i St. Olav-systemet.
- Vårres er med i tre nettverk innen selvhjelp. LINK Trondheim (sammen med blant annet Røde Kors), nettverk i Nord-Trøndelag og Selvhjelp Sunndal. Vårres har vært en pådriver i arbeidet med å etablere disse nettverkene og er aktivt med i det videre arbeidet.

I intervju med tre representanter for (to) brukerorganisasjoner, blir det poengtert at det finner sted stor grad av samarbeid og faglig og sosial utveksling mellom de ulike organisasjonene som er knyttet til Vårres. Organisasjonene gir æren til Vårres – at de arrangerer årlige og jevnlig treff hvor de inviterer alle lokallag fra Møre og Romsdal til Nord-Trøndelag. Disse samlingene beskrives som *limet* i organisasjonene.

Vårres beskrives som fødselshjelper og støtteapparat for lokallagene:

Gjennom Vårres' nettverk, tanker og planer, fikk jeg hjelp til å starte opp fylkeslag. Storparten av veksten har kommet gjennom aktiviteter og gjennom samarbeid med ADHD Norge og Vårres. Vårres har vært det støtteapparatet vi har trengt».

Vårres bidrar med kvalitetssikring av lokallagenes undervisningsopplegg:

Brukerrepresentantene ringer de ansatte i Vårres, og spør om råd til å skreddersy ulike undervisningsopplegg. Vi ringer [de ansatte i Vårres] og spør: Hva må vi tenke på, og vi får hjelp til å sy i hop et opplegg. De har fagpersoner med i styret. Det kvalitetssikrer alt i hop. Vi samarbeider om kursopplegget vi har.

Fungerer som døråpner for lokallagene:

De (Vårres) har stor påvirkningskraft. Fungerer som døråpner for organisasjonene. De sitter i det regionale fagmiljøet for diagnosene våre. Leder i Vårres har stor evne til å være døråpner. Vi må ha hattene til flere organisasjoner. Hovedforeningene har liten mulighet til å representere i regionene. Derfor er det fint å ha Vårres. Sørkelig underbe-  
mannet, men stor innsats.

### 8.7.3 Rusperspektivet

Vårres' ansatte beskriver mange av aktivitetene i Vårres som rusforebyggende i seg selv, og begrunner det med at gruppene de representerer har en sårbarhet i forhold til rekruttering inn i rusmiljøene, ofte som følge av mangel på andre arenaer å utfolde seg på. I tillegg er det egne tiltak/fokus rettet mot denne gruppen. Her er noen av dem:

- Selvhjelpsgrupper for tidligere rusmisbrukere
- Rus er et tema som er med i de foredragspakkene som benyttes overfor skoler, foreldre, høyskoler, med mer

- Egne foredrag overfor pårørende til rusmisbrukere, dialogmøter og konferanser innen tematikken

## 8.8 Oppsummering

---

Vårres brukerstyrte senter eies og drives av flere organisasjoner som har fokus på barn. Det preger problematikken de konsentrerer seg om, og det preger flere av aktivitetene. Aktivitetene er i stor grad forebyggende virksomhet rettet mot de samfunnsinstitusjonene som møter barn med ulike psykiatriske diagnoser, og de driver opplysningsarbeid som kan bedre hverdagen for barn og unge i barnehager, fritidsaktiviteter og skoler. Deres virksomhet retter seg også mot voksne med de aktuelle diagnosene og deres pårørende. Senteret har også Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien med i styret, og deres nedslagsfelt omfatter også rusfeltet. I tillegg til opplysning og opplæring, har flere av Vårres' kurs som målsetting å øke den mentale helsen gjennom mestring, kommunikasjon og styrking av sosiale relasjoner. Slik vi forstår det arbeider Vårres ut fra en ide om at disse grunnleggende elementene må være på plass før medlemmene av organisasjonene kan bli brukerrepresentanter.

Selvhjelp er bruk av egne ressurser! Skal du medvirke på systemnivå må du være bevisst på å egne rettigheter og egen mestringsfølelse, å vite at man må kunne «ta tak i seg selv.

Dette vitner også brukerrepresentantene vi har snakket med om. Brukeropplæringsplattformen *Helsepedagogikk* vektlegger teoretisk og praktisk kunnskap om det å være representant: Hvordan forholde seg til egen historie når man opptrer i rollen som representant? Hvordan representere andre? Og ikke minst kunnskap om og trening i alle de små detaljene rundt det å gjennomføre kurs, og å fremføre et budskap som brukerrepresentant.

Vårres' legger stor vekt på denne delen av sin virksomhet, og tilbakemeldingen fra organisasjonene tyder på at den har stor betydning for organisasjonenes evne til å kunne tre inn i rollen som brukerrepresentant i ulike sammenhenger.

Forholdet mellom Vårres, brukerorganisasjonene og fagfeltene de samarbeider med ser ut til å være preget av gjensidig utbytte og godt samarbeid. Medarbeiderne ved senteret nevner dog at rollene noen ganger kan være overlappende og uavklarte:

Skal vi representere oss selv, eller brukerorganisasjonene? Vi blir fort en brukerrepresentant selv om vi er ansatt her. Det skjer alltid i samarbeid med organisasjonene, ofte fordi de ikke har kapasitet til å stille selv. ADHD-Norge Sør-Trøndelag har valgt å ikke være med på systemnivå, og en del klarer ikke å være med på det, det er veldig omfattende.

Det ser likevel ut til å være relativt gode rolleavklaringer mellom Vårres og organisasjonene, og Vårres sender helst henvendelsen videre til brukerorganisasjonene når det er mulig.

# 9. Oppsummering og sammenligning

Med utgangspunkt i beskrivelsene av hvert enkelt senter, vil vi i dette kapitlet oppsummere hovedfunnene samlet sett. Oppsummeringen vil danne grunnlaget for våre konklusjoner og anbefalinger i rapportens siste kapittel.

## 9.1 Profil og målsettinger

---

De regionale brukerstyrte sentrene skal, ifølge mandatet fra Helsedirektoratet, drive informasjons- og kursvirksomhet på regionalt nivå, samt spre brukerfaringer, kompetanse og eksempler på god praksis. Beskrivelsene av hvert enkelt senter viser at sentrene sitter på ulike spisskompetanse og har vektlagt ulike målgrupper og aktiviteter. Eksempelvis har *Vårres*, *Bikuben* og *Sagatun* lagt stor vekt på opplæring av brukere i brukermedvirkning, mens *KBT Midt-Norge* og *ROM Agder* i større grad har rettet virksomheten mot brukerinvolvering i forskning og utvikling. *KBT Midt-Norge* har også satset mye på *Bruker spør bruker*-undersøkelser regionalt for å styrke brukere og tjenesteytere i dialogen om tjenesteutvikling. Tilsvarende har *Pårørende kompetanse* som formål å bidra til økt brukermedvirkning for pårørende gjennom å styrke samarbeidet mellom pårørende og tjenesteapparatet. *Sagatun*, *Bikuben* og *ROM Agder* har alle som mål å være baser for selvutvikling og mestring for enkeltpersoner, ved å tilby arbeidstrening og/eller ulike lavterskeltilbud.

Samtidig som de regionale brukerstyrte sentrene tilbyr ulike «løsninger» på Helsedirektoratets mandat, er den overordnende visjonen på mange måter felles: Alle sentrene jobber for å fremme brukerstemmen i møte med tjenesteytere og offentlige myndigheter. Dette handler både om å formidle erfaringer og å utvikle metoder som legitimerer brukererfaringer som gyldig kunnskap. Målet er å skape et mer likeverdig samarbeid mellom fag- og erfaringskunnskap, for på den måten å bidra til reell brukermedvirkning i tjenesteutviklingen. Å styrke den enkelte brukers mestringsevne og myndighet må også ses i sammenheng med dette arbeidet, som er en forutsetning for å kunne oppnå deltakelse i form av representasjon på systemnivå.

Beskrivelsene av sentrene viser også de aller fleste legger vekt på rollen som regional ressurs- og kompetansebase som en av sine viktigste målsettinger. Sentrene skal fungere som kunnskapsreservoar for erfaringskompetanse i regionen, og som et knutepunkt og bindeledd mellom brukere, pårørende, organisasjoner, tjenesteapparat, forskning og utdanning. Eksempelvis skriver *Bikuben* at de skal «bygge nettverk for brukere og pårørende og være en brobygger mellom organisasjoner», mens *Sagatun* er et «ressurs- og kompetansesenter for brukermedvirkning, brukerstyring og organisasjonsarbeid. Ifølge vedtektene til *Vårres* skal senteret være «et knutepunkt mellom fagmiljø og brukere/pårørende» og en «arena for erfaringsutveksling».

Hva er så årsaken til at de regionale brukerstyrte sentrene, som alle tilhører samme «familie» og forholder seg til det samme mandatet, har utviklet ulike spisskompetanse og ulike tilbud? Dette skyldes flere faktorer. For det første var flere av sentrene, eller enkeltprosjekter som i dag drives

av sentrene, allerede etablert eller i støpeskjeen da tilskuddsordningen ble opprettet, slik at søknadene om tilskudd til en viss grad kunne tilpasses etter det. For eksempel ble KBTs «Bruker spør Bruker»-undersøkelser utviklet allerede i perioden 1997-2000, og tilskuddsordningen gjorde det mulig å jobbe mer langsiktig for å spre metoden regionalt. For de andre er det naturlig at de ulike eierorganisasjonene har hatt ulike mål og ønsker for sentrenes virksomhet. Vi kan tenke oss at dette blant annet påvirkes av hva slags tilbud eierorganisasjonene selv har etablert i regionen (for eksempel omfanget av brukeropplæringskurs), og selve sammensetningen av styret. Begge disse punktene må sees i sammenheng med at mandatet fra Helsedirektoratet er relativt åpent, noe som gir sentrene rom for å vektlegge ulike målgrupper og aktiviteter fremfor andre. Mandatet spesifiserer for eksempel ikke hva slags ansvar sentrene bør ta når det gjelder kursing av brukerrepresentanter. Til slutt vil nok begrenset kapasitet og ressurser bidra til at sentrene velger å vektlegge enkelte kriterier eller prosjekter fremfor andre, slik at de unngår å gape over for mye.

## 9.2 Målgrupper

---

Ifølge mandatet skal et regionalt brukerstyrt senter skal være brukerstyrt og dekke en eller flere av følgende målgrupper: voksne, barn/unge eller pårørende. Kravet til målgrupper er med andre ord relativt åpent, noe som gir sentrene mulighet til å spesialisere seg mot ulike målgrupper.

De fleste sentrene retter virksomheten sin mot psykisk helse-feltet generelt. Samlet sett er brukerne en bred og sammensatt gruppe som ikke begrenser seg til mottakere av helse- og omsorgstjenester eller medlemmer av brukerorganisasjoner, men «folk flest». To sentre skiller seg imidlertid ut fra denne bredden; *Vårres* ved å fokusere på visse diagnoser (ADHD, Tourettes og Asperger), mens *Pårørende Kompetanse* kun retter seg mot pårørende. *Vårres brukerstyrte senter* retter en større del av virksomheten sin mot barn og familier enn de andre brukerstyrte sentrene, noe som må ses i sammenheng med eierorganisasjonenes fokus: ADHD Norge, Tourettesforeningen og Autismeforeningen er alle foreninger hvor foranledningen for å melde seg inn gjerne kommer som følge av barnets diagnose. Både *ROM* og *Bikuben* har også hatt flere aktiviteter rettet mot barn og unge og pårørende.

En dimensjon som ikke fanges opp i mandatets formulering av målgrupper, er de eller det sentrene ønsker å påvirke gjennom sine aktiviteter. For alle sentrene er viktige målgrupper – eller «endestasjonen» – for innsatsen kommuner, forskning- og utdanningsinstitusjoner, helseforetak og brukerorganisasjoner. Gjennom å jobbe med brukere og pårørende søker en å bringe inn brukerkompetanse i den hensikt å forbedre tjenestene både innen behandling og annet støtteapparat, som eksempelvis NAV og barnevernet.

## 9.3 Prosjekter og aktiviteter

---

De regionale brukerstyrte sentrene engasjerer seg i både omfattende og mindre omfattende aktiviteter, med kortere og lengre tidshorisont. Prosjekter drives både i regi av sentrene selv, eller i samarbeid med andre aktører. Dette er både prosjekter med formål om å styrke den enkelte bruker, og prosjekter og metoder med det formål om å påvirke fag- og tjenesteutvikling på systemnivå. Nedenfor har vi kategorisert noen av de viktigste aktivitetene sentrene jobber med.

## Kurs- og informasjonsvirksomhet rettet mot brukere, pårørende og befolkning for øvrig

Til sammen dekker de regionale brukerstyrte sentrene et bredt spekter av kurs med mål om å styrke brukermedvirkning på individnivå. Flere av disse er såkalte selvstyrkingskurs, der formålet gjerne er å styrke selvtillit og mestring og bevisstgjøre brukerne om egne ressurser. Andre kurs (evt. moduler) dreier seg i større grad om opplæring i rettigheter og muligheter for å få hjelp i forbindelse med psykisk sykdom. Det mest omgripende kurset er nok *Sagatuns* «Verktøykasse for brukermedvirkning», som tilbys nasjonalt og kan tilpasses både brukere og tjenesteutøvere. Verktøykasse inkluderer blant annet et selvstyrkingskurs (modul1) og et prosesslederkurs (modul 2) som skal gjøre deltakerne selv i stand til å holde tilsvarende kurs. Et annet eksempel er *Bikubens* «Pårørende – en ressurs», et opplæringskurs som blant annet fokuserer på pårørendes behov og ulike roller, og deres rettigheter i henhold til helselovgivningen. *Vårres* tilbyr blant annet kurset «Å leve et friskere liv», som har som mål å gjøre deltakerne bedre i stand til å mestre problemer i hverdagen som følge av lidelsen/funksjonshemmingen.

Alle sentrene har dessuten en omfattende informasjonsvirksomhet rettet mot lokallag av ulike brukerorganisasjoner, som blant annet innebærer å holde innlegg på årsmøter og temamøter hos lokallagene. Flere av sentrene har også aktiviteter på den årlige Verdensdagen for psykisk helse.

## Lavterskeltilbud

Beskrivelsene viser at flere av senterne fungerer som treffsteder der brukere kan komme innom og møte likesinnede, eller de bidrar med å arrangere møteplasser eller andre lavterskeltilbud i samarbeid med brukerorganisasjonene. *Sagatun* på Hamar fungerer både som en regional ressursbase og en lokal møteplass der brukere kan engasjere seg i ulike aktiviteter, frivillighetsarbeid eller arbeidspraksis, eller først og fremst benytte som et godt «sted å være»<sup>4</sup>. *ROM* bidrar inn i lavterskeltilbudene «kaffepraten» og «lunsjpraten» i samarbeid med henholdsvis Mental helse og LPP. Dette er et lavterskeltilbud der brukere og pårørende kan møtes for å utveksle erfaringer rundt ulike tema. Som en del av kurset «Pårørende- en ressurs» tilbyr også *Bikuben* veiledningsmøter og samtalegrupper for pårørende. I samarbeid med brukerorganisasjonene arrangerer *Vårres* treffsteder for barn, unge og voksne med ADHD, Tourette syndrom og Autisme-spekterdiagnose, og samtalegrupper for foreldre, partnere eller voksne med diagnose. *Vårres* arrangerer for øvrig også sommerleirer for barn og unge, der formålet er å øke mestringskompetanse ved hjelp av gode opplevelser. *Pårørende Kompetanses'* Møteplass er også et tilbud som, selv om det legges mye arbeid i forberedelse, oppsummering og bearbeidelse av resultatene, er en arena med lav terskel og uforpliktende nærvær for de som kommer på møtene.

## Base for arbeidslivstrening

Flere av brukerstyrte sentrene, dvs. *Sagatun*, *Bikuben* og *ROM*, tar imot frivillige eller praksiskandidater som bidrar inn i den daglige driften av senteret. Gjennom prosjektet «Sjef i eget liv» har NAV gitt *Bikuben* tilskudd til aktivisering og arbeidstrening av personer med liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Senteret har også tilknyttet seg flere personer fra nærområdet

---

<sup>4</sup> Når det gjelder *Sagatun* må det presiseres at det lokale værestedet er lokalt finansiert, og ikke en del av det regionale brukerstyrte senteret.



som bidrar med blant annet ulike kontorstøttefunksjoner, der formålet er å bygge nettverk, arbeide med selvtillit og ha positive mestringsopplevelser. Også ROM samarbeider med NAV om praksisplasser for arbeidstrening. ROM har i tillegg hatt sosionomstudenter fra Universitetet i Agder i praksisplass.

## Opplæring og oppfølging av brukerrepresentanter

De fleste sentrene har, om enn i ulik grad, fokus på opplæring og oppfølging av brukerrepresentanter deltar i ulike utvalg og planleggingsgrupper på vegne av brukerorganisasjonene. Dette går vi nærmere inn på under punkt 1.4.

## Kurs og veiledning for tjenesteapparat og utdanningsinstitusjoner

Alle de brukerstyrte sentrene tilbyr kurs, forelesninger og/eller veiledning for ulike tjenesteinstanser eller utdanningsinstitusjoner. Dette er gjerne kurs som gir innsikt om brukermedvirkning fra et brukerperspektiv, eller kunnskap om utfordringer knyttet til ulike psykiske lidelser. Noen eksempler:

- *Vårres* har utviklet kurs- og informasjonsmateriell om ulike nevropsykiatriske tilstander for fagpersoner i skole, SFO, barnehager og ansvarspersoner i organisert fritid. Hensikten er å gi barna og de ansatte ved skolene en bedre lærings-situasjon. *Vårres* har gjennomført en rekke kurs, både diagnosespesifikke og mer generelle, for blant annet BUP, barnevern, NAV og høgskolestudenter.
- *Sagatuns* «verktøykasse» kan som nevnt tilpasses tjenesteapparatet og undervisningsinstitusjoner. Kursene kan tilpasses etter behov og temaer som verktøykassa har som sitt virksomhetsområde.
- Brukerne på *Sagatun* er jevnlig invitert til å undervise studenter i helse- og velferdsstudier på høyskolene i Hedmark og helsepersonell ved Sykehuset Innlandet HF.
- *Bikuben* har inngått et samarbeid med Høgskolen i Harstad videreutdanning i psykisk helse/rus, der de er inne 1 til 2 ganger i året med erfaringsformidling innen tema som ADHD, Tourette og OCD. Opplæringskurset «Pårørende- en ressurs» har også en modul som retter seg mot tjenesteapparat og utdanningsinstitusjoner.
- *ROM Agder*, samarbeid med A-larm, bistår Universitetet i Agder med brukererfaring til veiledning av sosionomstudenter når de er i sin praksisperiode. Prosjektet er ment å gjøre studentene vant med dialog med brukere og å styrke brukermedvirkningen på sikt, også gjennom endrede holdninger.
- *KBT Midt - Norge* driver også et utstrakt formidlingsarbeid gjennom undervisning og foredrag ovenfor fagfolk og studenter, blant annet for studenter ved videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- *Pårørende kompetanse* tilbyr opplæring til sykehus og institusjoner i hvordan de kan bruke «møteplass og «påførendeguide som et tilbud til påførende av egne pasienter.

Både ROM, Bikuben og KBT har de siste årene veiledet erfaringskonsulenter i helseforetak. Dette er konsulenter med egen erfaring fra behandling innen psykisk helse, som er ment å gi fagmiljøet i helseforetaket et større tilfang av kunnskap fra et brukerperspektiv. Hos KBT har erfaringskonsulentene vært formelt ansatt på senteret, mens de andre steder har formell tilknytning til helseforetaket.

## Metoder med formål om å styrke brukerperspektivet til bruk i tjenesteutviklingen

I samarbeid med tjenesteutøvere jobber flere av sentrene med prosjekter og metoder som ikke kan defineres som kurs eller veiledning, men som har som siktemål å dokumentere og styrke brukerperspektivet til bruk i tjenesteutviklingen. *Pårørende Kompetanse* sin «Møteplass» er et nærliggende eksempel her. På Møteplass kommer fagfolk og pårørende sammen for å drøfte hva det vil si å være en pårørende, der formålet er at hjelpeapparatet skal tilby best mulige tjenester til pårørende. Det legges stor vekt på likeverdighet mellom partene i erfaringsutvekslingen. Kunnskapen som opparbeides på møteplassene samordnes og formidles tilbake til helseforetakene, fagmiljøer og brukerorganisasjoner.

KBTs «Bruker spør bruker» er et annet metodeverktøy for innsamling og dokumentasjon av brukeres erfaringer med helsetjenester. Metoden har blitt benyttet for å få brukervurdering av spesielle innsatsområder i virksomheten, som en del av utviklingen av nye tiltak og som organisasjonslæring gjennom dialog mellom brukere og ansatte. I prosjektene er det brukere som selv har erfaring med psykisk sykdom som intervjuer brukere, slik at man får en form for brukerstyrt evaluering.

## Forskning og evaluering

Av de seks brukerstyrte har særlig KBT og ROM Agder, etablert samarbeid med universitets- og høyskolemiljøer for å sette brukerperspektivet på dagsorden i forskning. KBT har bidratt i flere forskningsprosjekter og evalueringer i samarbeid med blant annet NTNU og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), og har nå startet et samarbeid HiST om masterstudiet i psykisk helsearbeid, der et viktig mål er å få til felles forskningsprosjekter. Ansatte ved KBT har også publisert flere essays og artikler i vitenskapelige tidsskrift, både nasjonale og internasjonale. I Agder har brukere tilknyttet ROM deltatt som medforskere i flere prosjekter i samarbeid med blant annet Universitetet i Agder, og også Agderforskning tidligere. Senteret arbeider nå med å gjennomføre aksjonsforskning og evaluering av «Kjøkkenpraten», som grunnlag for utvikling av en manual for konseptet slik at andre enkelt kan gjennomføre den i sin region. ROM har dessuten ansatt en person i 20% stilling som skal arbeide med en forsknings- og utviklingsstrategi for senteret. Sagatun deltar i et forum for praksisnær forskning, et månedlig forum som etterstreber at brukernes perspektiver blir hørt i forskningen. I dette forumet deltar Sagatuns med brukervignettt hvor brukerne kan komme med innspill på hva de mener det skal forskes på.

## Deltakelse i nettverk og utvalg

Alle sentrene deltar i ulike nettverk, utvalg og andre samarbeidsarenaer, både i egen region og nasjonalt. Som et eksempel er ROM med i Brukerforum i Kristiansand, som er en samhandlingsarena der brukere, pårørende, fagfolk og politikere møtes for dialog og erfaringsutveksling med

mål om å bedre tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusavhengighet. *Sagatuns* ressursbase deltar i VIP, et samarbeid med brukerorganisasjonene innen psykisk helse- og rusfeltet i Hedmark og rådgivere innen psykisk helse hos fylkesmannen. Gjennom dette samarbeidet utveksler partene kunnskap og erfaringer rundt brukermedvirkning på system- og individnivå. Målet med samarbeidet er å styrke samhandlingen mellom tjenesteapparat, brukere og brukerorganisasjonene. Vårres deltar i Nasjonalt forskningsnettverk for ADHA, Nasjonalt nettverk for Læring og Mestring, og på regionalt nivå sitter Vårres i regionrådet for RKBU (regionalt kunnskapssenter for psykisk helse blant barn og unge og barnevern) og i Regionalt fagmiljø for Autisme, ADHD, Tourette og Narkolepsi.

## 9.4 Opplæring av brukerrepresentanter

---

Behovet for sterkere brukerrepresentasjon på feltet psykisk helse oppgis som en av årsakene til at tilskuddsordningen for de regionale brukerstyrte sentrene ble opprettet, og sentrenes rolle på dette området ønskes vurdert spesifikt i evalueringen. Vår studie viser at det er store variasjoner i hvordan, og i hvilket omfang, de regionale brukerstyrte sentrene jobber med opplæring av brukerrepresentanter. Som oversikten over prosjekter og aktiviteter viser, utgjør dette kun ett av sentrenes arbeidsområder når det gjelder å styrke brukermedvirkning på systemnivå. *Pårørende kompetanse* fokuserer eksempelvis på å fremme brukermedvirkning på systemnivå gjennom tiltaket «møteplass», men ikke gjennom opplæring av brukerrepresentanter.

Når det gjelder opplæring spesifikt rettet mot brukerrepresentanter (som også kan være åpne for personer med interesser for opplæring i brukerrepresentasjon), ser det ut til at *Bikuben*, *Vårres* og *Sagatun* har det største tilbudet av denne typen kurs. De ansatte på *Vårres* understreker at opplæring og oppfølging av brukerrepresentanter er et av senterets hovedoppgaver, og de organiserer jevnlig kurs og samlinger til et nettverk av brukerrepresentanter. For tiden tilbyr de blant annet kurset «helsepedagogikk», som vektlegger både teoretisk og praktisk kunnskap om det å være brukerrepresentant. *Bikuben* har de siste årene utviklet og gjennomført kurspakker for styrking av brukerrepresentanter for blant annet NAV og UNN, og de har også tidligere år arrangert tilsvarende kurs i samarbeid med FFO og Mental Helse. *Sagatuns* Verktøykasse er også relevant å nevne her fordi det å bli prosessleder i verktøykasse også innebærer at man gir opplæring av brukerrepresentasjon på systemnivå.

Ved enkelte av sentrene, som *KBT* og *ROM*, oppgir ledelsen at det er et uttalt ønske fra brukerorganisasjonene senteret ikke skal satse på opplæringspakker for brukerrepresentanter, fordi dette tilbys av organisasjonene selv. Det ser også ut til at det rollefordelingen mellom brukerorganisasjonene og sentrene har vært noe uklar på dette området, noe som har bidratt til å skape interne spenninger. Vårt inntrykk er at særlig *Bikuben* og *Vårres* har utviklet et godt samarbeid med brukerorganisasjonene for å dekke behovet for opplæring av brukerrepresentanter, og at det først og fremst er egen kapasitet og ressurser som begrenser omfanget. *Bikuben* synes å ha en sterk posisjon når det gjelder brukeropplæring i Nord Norge fordi brukerorganisasjonenes tilbud anses som mangelfullt. De store geografiske avstandene i regionen blir fremhevet som en stor utfordring for brukerorganisasjonenes arbeid.

Her er det imidlertid viktig å presisere at de regionale brukerstyrte sentrene, i kraft av sine roller som ressurs- og kompetansebase i regionen, bidrar til å styrke brukerrepresentanter på andre måter enn gjennom opplæring om det å representere på systemnivå. Sentrene kan blant annet bi-

dra med veiledning og informasjon, og ikke minst sitt store nettverk av aktører på psykisk helsefeltet i regionen. Som et eksempel har *KBT* arrangert dialogmøter mellom kommuneansatte og representanter fra ulike brukerorganisasjoner, der formålet har vært å fremme samarbeid og bidra til å fremme brukerrepresentanter og organisasjonenes posisjon i kommunene. Brukerorganisasjonene får også tilgang til *KBT* sine Bruker-spør-bruker undersøkelser, som kan bidra til å styrke de tillitsvalgtes kunnskapsnivå. *KBT* har for øvrig holdt kurs i «brukermedvirkning og forskning», med formål om å gi brukerrepresentanter et grunnlag for å kunne vurdere relevans i forskningsprosjekter.

Et annet sentralt poeng er at alle sentrene driver med ulike former for opplæring av brukere som ikke nødvendigvis begrenser seg til tillitsvalgte i organisasjoner. For eksempel gjennomgår pårørendeguidene til Pårørende Kompetanse et til dels omfattende undervisningsprogram, som innebærer både selvstyrking og opplæring i temaer som er i slekt med det andre brukerrepresentanter lærer ved andre senter, men deres rolle er ikke å representere i utvalg og råd

Samtlige sentre har, i tillegg til sitt kurstilbud, eksempler på konkrete opplæringstiltak som på ulike måter fokuserer på økt mestringsfølelse hos den enkelte. Eksempler på opplæring av brukere er:

- Selvstyrkingskurs i Verktøykassa
- Generell opplæring i å holde kurs og foredrag
- Opplæring i å drive kjøkkenpraten (ROM)
- Opplæring i å veilede sosionomstudenter (samarbeid ROM/Universitetet i Agder)
- Opplæring som intervjuer i «bruker spør bruker» (KBT)
- Opplæring som pårørendeguide (Pårørende kompetanse)
- Opplæring i å være medforskere i forskningsprosjekter
- Flere av sentrene tar dessuten imot brukere gjennom praksisplass fra NAV, og det investeres tid i å styrke disse og å lære opp i deres oppgaver

Funnene fra våre intervjuer tydeliggjør at både selvstyrkingskurs og denne typen opplæringstiltak bidrar til både bedre og flere brukerrepresentanter på systemnivå, selv om dette ikke nødvendigvis er det eksplisitte målet med tiltakene.

Som mange av informantene påpeker er det visse ting som «må på plass» før man kan fungerer som brukerrepresentant på en god måte. Daglig leder i *Vårres* gir en beskrivelse på dette:

Selvhjelp er bruk av egne ressurser! Skal du medvirke på systemnivå må du være bevisst på egne rettigheter og egen mestringsfølelse, å vite at man må kunne «ta tak i seg selv.

Rekruttering av representanter er i hovedsak brukerorganisasjonenes oppgave, og de brukerstyrte sentrene jobber ikke aktivt på dette området. I intervjuene nevner imidlertid både informanter tilknyttet sentrene, brukerorganisasjonene og ulike samarbeidsaktører at sentrene spiller en viktig rolle på dette området gjennom deres fokus på selvstyrking og mestring. Opplæringen kan med andre ord fungere som et springbrett som inspirerer flere til å bli brukerrepresentanter. Vi har fått høre flere historier om brukere som har gått fra å være sterkt preget av psykiske vansker, til å fungere som erfaringsformidlere eller brukerrepresentanter. Det blir særlig trukket

frem som positivt aktivitetene gir mulighet til å møte og utveksle erfaringer med andre i tilsvarende situasjon. Et viktig element her er at de brukerstyrte sentrene når ut til målgrupper som ikke brukerorganisasjonene når så lett, og at de også gir en stemme for de som ikke ønsker å være med i en brukerorganisasjon.

Til slutt nevner vi at flere informanter gir uttrykk for at oppfølging i etterkant av brukeropplæringen, blant annet når det gjelder Verktøykassa for brukermedvirkning, ikke er god nok. Også her ser det ut til være noe en noe uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom sentrene og brukerorganisasjonene.

## 9.5 Bemanning og frivillig innsats

---

Alle de brukerstyrte sentrene har en daglig leder i tillegg til et fåtall stillinger som lønnet av HelseDirektoratet. Ved noen av senterne er det ansatte som er lønnet fra andre eksterne etater, særlig slik som vertskommuner og nærliggende kommuner som er knyttet til sentrale deler av driften. I tillegg er frivillige personer på ulike måter er knyttet til drift og aktiviteter ved sentrene. Oftest er dette personer som selv har bruker- eller pårørendeerfaring og/eller erfaring fra arbeid i bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Ved alle sentrene gir daglige ledere, styremedlemmer og andre uttrykk for frustrasjoner knyttet til det som oppleves som en svært begrenset og ustabil økonomisk ressurstilgang, slik tilskuddet fra HelseDirektoratet nå er innrettet. Dette er både knyttet til størrelsen på tilskuddet og til det faktum at bevilgningen gjøres for ett år av gangen. I forlengelsen av dette ser de på det som vanskelig å utføre en reell regional oppgave med de personalressurser de rår over. Flere av sentrene ser seg nødt til å konsentrere innsatsen i enkelte områder, fremfor å tilby et spredt, men ufullstendig tilbud i hele regionen. Flere nevner også at kapasitetsproblemene fører til arbeidet knyttet til dokumentasjon, systematisering og evaluering blir nedprioritert.

Sentrene har flere strategier for å øke sin kapasitet og for å kunne dra nytte av den erfaringskompetansen som finnes (og som i tillegg er nettverksbyggende), i hovedsak å:

- a) Trekke inn frivillige i prosjekter og aktiviteter, gjerne i et samarbeid med brukerorganisasjonene
- b) Engasjere brukere og andre i lønnete prosjektstillinger med ekstern finansiering, slik som fra utdanningsinstitusjoner og tjenesteapparatet
- c) Ha samarbeid med NAV om praksisplasser for arbeidstrening og med utdanningsinstitusjoner om praksisplasser for studenter

Når det gjelder *frivillighet* skal de brukerstyrte sentrene ifølge kriteriene i tilskuddsordningen, arbeide for å rekruttere frivillige som kan ta del i driften. Det ligger derfor i ordningen at sentrenes innsats til dels skal baseres på frivillighet. Vi ser imidlertid at involveringen av frivillige varierer mellom sentrene, både i omfang og når det gjelder type aktiviteter, og det samme gjelder rekrutteringen av frivillige. Kontakten med brukerorganisasjonene, egne nettverk og det lokale tjenesteapparatet (som NAV i forbindelse med blant annet arbeidsavklaring og uførhet, samt psykisk helseteam i kommunene) har betydning for rekrutteringen av frivillige i daglige gjøremål. Som oftest er det personer i sentrenes nærmiljø som arbeider frivillig. Kontakten med brukerorganisasjonene gjennom styret kan være viktig for å nå medlemmer i organisasjonenes lokal-

lag. Både hos ROM, Bikuben og Vårres er det frivillige som reiser rundt og holder kurs og foredrag, deltar på møter, bidrar som ledere for sommerleirer etc. Disse arrangementene gjøres ofte i samarbeid med lokallag av organisasjonene, som også arbeider frivillig.

Gjennom lavterskeltilbud, som blant annet det lokale værestedet på *Sagatun*, inviteres brukere til å gjennomføre ulike mestringskurs som for en del av brukerne i neste omgang gjør at de ønsker å bidra mer innenfor brukermedvirkning, og rekrutteres som frivillige til ulike oppgaver. Hos *Sagatun* beregnes det å være omtrent ett årsverk frivillighet knyttet til Verktøykassa, og i tillegg er det mange frivillige knyttet til andre aktiviteter. Disse frivillige har en formalisert tilknytning til senteret, gjennom såkalte «frivilligkontrakter» hvor man har faste arbeidsdager og melder fra-vær på samme måte som i en «vanlig» jobb. I Vårres' årsberetningen for 2014 nevnes det med forbehold om at tallet det ikke er helt nøyaktig, at det er nedlagt 3389 frivillige timer. Pårørende kompetanse rekrutterer frivillige til rollen som pårørendeguiden på Møteplass, og bruker mye ressurser til å rekruttere, sile ut, og å lære opp pårørende-guiden.

Når det gjelder *eksternt finansierte aktiviteter* skiller ROM og KBT seg ut. Begge disse sentrene er nært knyttet til universitetsmiljøer og har et fokus mot deltakelse i forskningsprosjekter og undervisning. Som tidligere nevnt deltar brukere hos ROM som medforskere i evaluering og videreutvikling av Kjøkkenpraten og andre brukere er veiledere for sosionomstudenter. Rekrutteringen av veiledere foregår ved at ROM (og A-larm) lyser ut stillingene, gjennomfører intervjuer og har ansvar for den ansatte. Hos KBT rekrutterer og kurser senteret et visst antall intervjuere til blant annet Bruker Spør Bruker. Alle disse får økonomisk kompensasjon for jobben de gjør gjennom eksterne midler. Felles for sentrene i denne rekrutteringen er dessuten at man ser etter kompetanse og egnethet hos de som rekrutteres, heller enn at alle skal få muligheten til å engasjeres. Videre er det flere av sentrene som har søkt og mottatt tilskudd fra instanser som helseforetak, fylkesmannen, fylkeskommunen og kommuner til bestemte prosjekter eller stillinger. Hos ROM finansierer eksempelvis Sørlandet Sykehus en 20 prosent sekretærstilling.

Når det gjelder *praksisplasser* gjennom NAV, er det flere av sentrene som tilbyr dette. Praksisplassene er gjerne knyttet til konkrete oppgaver slik som web-ansvarlig hos ROM og ansvarlig for diverse kontoroppgaver hos Bikuben. For en del brukere blir praksisplassen starten på en videre innsats på senteret.

Samarbeidet med brukerorganisasjonene og andre samarbeidspartnere om aktiviteter og prosjekter skaper altså økt aktivitet både i form av frivillighet, men også lønnet innsats gjennom arbeidspraksis, prosjekter m.m. En del av de som er tilknyttet sentrene begynner kanskje som frivillige eller gjennom praksisplass, for så å bli engasjert i prosjekter etter hvert som de blir mer kjent med senterets arbeid og tryggere på egne ressurser. Det er med andre ord en dynamikk mellom de ulike formene for tilknytning til sentrene.

Når det gjelder frivillig versus lønnet innsats ved sentrene, er det imidlertid noe «blandede følelser». Mange vi har snakket med stiller spørsmålsteget ved om ikke erfaringskompetanse er like mye verdt som fagkompetanse. I tillegg oppleves det ved enkelte sentre at det er urettferdig at noen får betalt for sin innsats for brukermedvirkning mens andre ikke får det. Hos ROM har dette ført til konflikter og endog utestengning av personer som har arbeidet mot lønn. Dette kan også ha bakgrunn i de allerede omtalte uklarheter i rollefordeling mellom sentrene og brukerorganisasjonene, og i det som kan oppleves som en konkurranse om økonomiske midler mellom senteret og eierorganisasjonene.

Flere av de daglig lederne vi har intervjuet er tydelige på at det å engasjere og følge opp frivillige også er et spørsmål om kapasitet. Å koordinere et større antall frivillige krever tilstedeværende ledelse og ressurser til oppfølging. Mulighetene for å videreutvikle frivillighetsarbeidet må sees i sammenheng med den faste bemanningen i basen. Det er også et faktum at mange av de frivillige ved sentrene har egne utfordringer å håndtere, noe som kan gjøre sentrene og aktivitetene sårbare for svingninger.

## 9.6 Samarbeid med andre instanser

---

Ifølge mandatet skal et brukerstyrt senter fremme brukermedvirkning innen psykisk helse gjennom samarbeid med organisasjoner og ulike lokale og regionale offentlige instanser.

### 9.6.1 Brukerorganisasjonene

Ifølge mandatet skal to eller flere brukerorganisasjoner med hovedmål relatert til psykisk helse være eiere av det brukerstyrte senteret, men senteret skal være åpent for andre brukerorganisasjoner innen psykisk helse som ønsker å delta i virksomheten. Sentrene er i dag organisert som organisasjoner/lag eller som stiftelser. Brukerorganisasjonene utgjør flertallet i sentrenes styre, noe som også er nedfelt i vilkårene for støtten fra Helsedirektoratet. Vi ser at det oftest er fylkes- og lokallag av Mental Helse, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse og ADHD Norge som sitter i styret, men også andre organisasjoner er i enkelte tilfeller representert. I tillegg er andre sentrale aktører innen psykisk helse med i styrene, i første rekke helseforetak og utdanningsinstitusjoner.

Gjennom intervjuene har vi avdekket at relasjonen mellom sentrene og brukerorganisasjonene i styret ikke er uproblematisk, og at det i varierende grad finnes konfliktlinjer knyttet til uavklarte roller og ansvar. Spesielt gjelder det spørsmålet om hvorvidt sentrene tar over brukerorganisasjonenes oppgaver og ressurser (inkludert frivillige), uten at organisasjonene har kontroll på dette. Det faktum at man søker på den samme tilskuddspotten i Helsedirektoratet nevnes som et utgangspunkt for mulig konflikt. Også skjæringspunktet mellom lønnede stillinger og frivillighet har nok også betydning i forholdet mellom brukerorganisasjonene og sentrene. Et annet spørsmål har vært hvordan eierstrukturen skal forvaltes: Ifølge mandatet skal sentrene skal være eid av brukerorganisasjonene, men hvor stor innflytelse skal organisasjonene ha på senterets daglige drift? Siden flere av sentrene er organisert som stiftelser, er de i prinsippet «selveid». For sentrene kan det også være utfordrende å forholde seg til at det ikke nødvendig er samsvar mellom brukerorganisasjonenes prioriteringer og mål på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Vi har for eksempel sett at Pårørende Kompetanse har hatt problemer med å få til gode samarbeidsrelasjoner med lokallag av LPP, på tross av enighet sentralt i LPP. For Pårørende Kompetanse har det derfor vært nødvendig å jobbe parallelt med forankring i kommunene/helseforetakene samtidig som de jobbet med lokal forankring i LPP dersom de skulle komme videre i arbeidet med å utvikle tilbudet.

I våre intervjuer gir imidlertid informanter tilknyttet både sentrene og organisasjonene uttrykk for at samarbeidet i stor grad har «gått seg til» med årene, og at organisasjonene har fått en større forståelse for hva de brukerstyrte sentrene kan bistå dem med. Mens det tidligere synes å

ha vært et irritasjonsmoment for brukerorganisasjoner at sentrene tar imot forespørsler om brukerrepresentanter, og eventuelt opptrer som brukerrepresentanter selv, er vårt inntrykk at slike henvendelser nå i stor grad avklares og i de fleste tilfeller videresendes til organisasjonene.

Vårt gjennomgående inntrykk er at de regionale brukerstyrte sentrene vurderes som viktige støttespillere for brukerorganisasjonene. Ved flere av sentrene, som *Sagatun* og *Bikuben*, disponerer brukerorganisasjonene kontorplasser i basen, og de gir uttrykk for et tett og godt samarbeid både på lokalt og fylkesnivå. I intervjuene er det særlig sentrenes rolle som en kompetansebase, nettverksaktør og «avlaster» for organisasjonene som trekkes frem: Medarbeiderne ved sentrene har oversikt over rus- og psykisk helsefeltet i regionen, de har et stort nettverk av samarbeidspartnere de kan dra nytte av inn i prosjekter, de fungerer som et bindeledd mellom organisasjonene og har mulighet til å markedsføre og tilrettelegge for organisasjonenes aktiviteter. For flere av brukerorganisasjonene er det tydelig at de nærmest har blitt «avhengige» av støtten fra det brukerstyrte sentret for å kunne gi et godt nok tilbud til sine medlemmer. Vi utdypet sentrenes rolle som ressurs- og kompetansebase i rapportens siste kapittel.

Når det gjelder selve eierstrukturen og samarbeidet på styrenivå, får vi inntrykk at dette fungerer godt for de aller fleste sentrene. Det ser imidlertid ut til at enkelte av sentrene bør ha en gjennomgang av sammensetningen av styret for å sikre at det fungerer godt og effektivt. Eksempelvis blir det nevnt i flere intervjuer at LPP ikke får nok «igjen» av å sitte i styret til sentrene som ikke har et tydelig fokus på pårørende, mens en av brukerorganisasjonene i styret til KBT konsekvent ikke møter på styremøter. Videre er det flere av de som har sitt daglige virke på sentrene som ønsker seg et mer deltakende styre.

## 9.6.2 Samarbeid med regionale og lokale aktører

Alle de regionale brukerstyrte sentrene samarbeider med en rekke ulike lokale, regionale og nasjonale aktører, herunder:

- Ulike kommunale instanser
- Andre regionale kompetansesentre
- Helseforetak
- Høyskoler, universiteter, forskningsmiljø
- Fylkesmenn
- Fylkeskommunen
- Nasjonale kompetansesentra, inkludert nasjonalt senter for erfaringskompetanse

Samarbeidsrelasjonene har ulike form og innhold, og innebærer både enkeltstående prosjekter og mer strategiske, langsiktige samarbeid. Erfaringene fra de ulike samarbeidene varierer naturligvis fra senter til senter, men vi vil trekke frem noen punkter:

- Flere samarbeidspartnere fra tjenesteapparatet, både spesialisthelsetjenesten og kommunene, forteller at dersom brukerperspektivet skal settes på dagorden i tjenesteapparatet er man helt avhengig av at eksterne aktører som de brukerstyrte sentrene kan «dytte» dette frem. Særlig i spesialisthelsetjenesten står fag- og profesjonsperspektivet sterkt, og i tillegg til liten kapasitet fører det til at det oppstår for få initiativer internt.



Tjenesteapparatet har særlig behov for bistand og tips til hvordan de kan omsette sentrale mål og føringer til god praksis, som for eksempel innholdet i den nye veilederen «Sammen om mestring» og kravet om at alle helseforetak skal tilby medisinfri behandling.

- De brukerstyrte sentrenes rolle som nettverksaktør blir fremhevet i flere intervjuer. Både tjenesteapparat og andre instanser gir uttrykk for at sentrene har et stort kontaktnett som også inkluderer sentrale beslutningstakere, og at de er flinke til å koble på ressurspersoner inn i ulike prosjekter. I den forbindelse fremheves det også av samarbeidspartnere at sentrene har et kontaktnett ut mot potensielle brukere som kan involveres i aktiviteter rettet mot brukermedvirkning. Sentrene kan levere en «ferskvare» når det gjelder nylige erfaringer med tjenestene ved deres nærhet til brukermiljøene.
- Vertskommunene og kommuner som befinner seg i sentrenes geografisk nærhet, benytter seg jevnt over mer av de mulighetene som sentrene gir enn kommuner som er lengre unna i regionen. Et godt eksempel er Kvæfjord kommune, hvor både psykisk helse-team og NAV er samlokalisert med *Bikuben*, og har utviklet et særlig godt samarbeid med senteret. NAV har gitt *Bikuben* tilskudd til aktivisering og arbeidstrening av personer med liten tilknytning til arbeidslivet, mens psykiatritjenesten blant annet har deltatt i utviklingen av flere av kursene senteret tilbyr.
- Noen av sentrene har bidratt som «fødselshjelper» for lokale ressursentre i regionen, ved å gi råd og veiledning i oppstartsfasen
- Flere aktører oppgir at de anser det brukerstyrte senteret som en stabil og tilgjengelig samarbeidspartner som er enkle å forholde seg til. Også samarbeidsaktører vektlegger imidlertid at de brukerstyrte sentrene er underbemannet, og at potensialet for samarbeid er større enn det man i dag klarer å dekke.

Når det gjelder sentrenes vurderinger av samarbeidet med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, får vi inntrykk av at det fortsatt er noe uklarheter i rolle- og ansvarsfordelingen mellom disse. Flere av medarbeiderne ved sentrene forteller at de har forventninger om at nasjonalt senter for erfaringskompetanse skal bistå med å fronte de regionale brukerstyrte sentrene overfor sentrale myndigheter, og at disse forventningene ikke har innfridd. Ifølge Senter for erfaringskompetanse er ikke dette i deres mandat – de skal først og fremst fungerer som en kunnskaps-pool ved å innhente og systematisere brukererfaringer og har ingen koordinatorfunksjon ovenfor de brukerstyrte sentrene. Enkelte eksterne samarbeidsaktører forteller for øvrig at de usikre på ansvarsfordelingen mellom nasjonalt senter for erfaringskompetanse, de regionale brukerstyrte sentrene og brukerorganisasjonene.

Når det gjelder samarbeidet mellom de seks regionale brukerstyrte sentrene, vektlegger ansatte at det er et stort potensial for mer erfaringsutveksling og styrket samarbeid, og at dette bør prioriteres fremover. Verktøykassa utgjør en aktivitet som er relativt godt spredt ut over sentrene, men flere gir uttrykk for at Bruker Spør Bruker, Møteplass og Pårørende- en ressurs, metoder og kurs som jevnt over får gode tilbakemeldinger, i større grad bør spres på tvers enn det som skjer i dag. Behovet for felles planarbeid og felles strategi nevnes av flere, og en felles nettportal nevnes som et eksempel på et tiltak som kan bidra til å skape en mer enhetlig front utad. I samtaler

med lederne i etterkant av intervjuene har vi blitt opplyst om at det nå er en avholdt strategikonferanse hvor man har startet prosessen med å utarbeide felles målsetting, strategi og satsningsområder, og det er nedsatt et aksjonsutvalg som skal følge opp dette arbeidet.

# 10. Konklusjon og avslutning

I dette kapitlet gir vi våre vurderinger knyttet til de overordnende problemstillingene for evalueringen, og gir enkelte anbefalinger for veien videre.

## 10.1 Bidrar sentrene til mer brukermedvirkning og mer kompetente brukermedvirkere?

---

Hensikten med evalueringen er å dokumentere de brukerstyrte sentrenes rolle og betydning i arbeidet med å fremme brukermedvirkning i tjenestene, og hvordan sentrene ivaretar opplæring av brukermedvirkere. Å gi et entydig svar på spørsmålet om sentrene har bidratt til å styrke brukermedvirkning er vanskelig, ikke bare fordi de seks regionale brukerstyrte sentrene jobber på ulike måter og vektlegger ulike dimensjoner ved brukermedvirkningsbegrepet, men også fordi årsakssammenhengene er svært komplekse. Dessuten må vurderingen av sentrenes rolle og betydning innebære en avveining av den betydningen begrensede ressurser har for forholdet mellom intensjoner og resultater.

Våre beskrivelser viser at de regionale brukerstyrte sentrene jobber for å fremme brukermedvirkning både på individnivå og systemnivå, og at disse nivåene i høy grad henger sammen: At mennesker opplever selvtilit og mestring er en forutsetning for å kunne rekruttere og beholde gode brukerrepresentanter i råd og utvalg på systemnivå.

Når det gjelder sentrenes ivaretagelse av opplæring av brukermedvirkere, ser vi at dette ikke kan begrenses til opplæringspakker rettet mot personer som fungerer som brukerrepresentanter for bestemte brukergrupper og brukerorganisasjoner. For alle sentrene utgjør opplæring av brukerrepresentanter (eventuelt) én del av det totale aktivitetstilbudet, og flere ledere oppgir at årsaken til dette er at brukerorganisasjonene selv ønsker å ha hovedansvaret på dette området. Som vi også presiserer i oppsummeringskapitlet, bidrar imidlertid de brukerstyrte sentrene til å styrke brukermedvirkere og brukere på andre måter enn ren skolering i hvordan jobbe som brukerrepresentant. For det første tilbyr de blant annet veiledning og informasjon, og de arrangerer samlinger og dialogmøter og kan bidra med et stort nettverk av aktører på psykisk helsefeltet og rusfeltet i regionene. For det andre, og som nok er av størst betydning, tilbyr sentrene ulike lavterskeltilbud, kurs og opplæringsstilbud med mål om å styrke selvbilde og mestringsevne, og bevisstgjøre «folk flest» om egne ressurser. En av de tydeligste effektene vi finner i vår studie, er de positive konsekvensene enkeltmennesker har opplevd ved å delta på slike aktiviteter, enten de er brukerrepresentanter eller ikke. Vi har hørt mange historier fra personer som har hatt store psykiske vansker, men som har «gått gradene» og nå er i arbeid eller utdanning, og i mange tilfeller også aktive som frivillige eller brukerrepresentanter i organisasjoner. Flere gir klart uttrykk for at de ikke hadde vært der de er i dag uten tilbudet fra det regionale brukerstyrte senteret.

Studien viser altså at det er nødvendig med en bred tilnærming til opplæringsbegrepet, slik at det ikke kun omfatter opplæring rettet mot konkret å sitte i ulike utvalg og forum hvor det er behov for eller krav om brukerrepresentasjon på vegne av en brukergruppe. Opplæringen og aktivitetene ved de brukerstyrte sentrene går langt utover den enkelte bruker og mulighetene som brukerrepresentant.

I kravspesifikasjonen for dette evalueringsoppdraget heter det at «måloppnåelse forutsetter økt brukerrepresentasjon inn i kontrollkommisjoner, kvalitetsutvalg, i kommunal og fylkeskommunale planleggingsgrupper mv». I våre intervjuer kommer det frem at rekruttering av nye brukerrepresentanter i hovedsak er brukerorganisasjonenes ansvar, og de brukerstyrte sentrene jobber derfor ikke aktivt og bevisst på dette området. Dette kriteriet synes derfor ikke å være dekkende for det store omfanget av tiltak og prosjekter som sentrene jobber med. Likevel finner vi at sentrene bidrar med å rekruttere brukerrepresentanter ved at aktivitetene som brukernes er involvert i fungerer som springbrett og inspirasjon for å videre engasjement i organisasjonene og på sentrene. Et sentralt poeng her er at sentrene, gjennom ulike kurs og andre tilbud, fanger opp brukergrupper som det kan være vanskelig for brukerorganisasjonene å nå.

Når det gjelder sentrenes rolle og betydning i forbindelse med å fremme brukermedvirkning på systemnivå, ser vi at dette også går langt utover arbeidet knyttet til brukerrepresentasjon. Alle sentrene jobber med å styrke erfaringskompetansen i utviklingen av fag og tjenester, men på ulike måter. Vi har sett at dette blant annet dreier seg om både kursing og veiledning av tjenesteapparat og i utdanningsinstitusjoner, utvikle metoder for å dokumentere og styrke erfaringsbasert kunnskap til bruk i tjenesteutviklingen, og ved å styrke brukerkompetansen i forskningsprosjekter. Selv om formålet med slike prosjekter og metoder ofte er å få til konkrete og målbare strukturendringer, handler det vel så mye om bevisstgjøring og om holdningsendring – om å skape en ny forståelse av feltet og av møtet mellom den enkelte bruker/pårørende og tjenesteapparatet. Tilbakemeldingene fra tjenesteapparatet viser tydelig at brukerperspektivet lett kan bli glemt dersom ikke eksterne aktører som de brukerstyrte sentrene kan sette dette jevnlig på dagsorden. Samtidig må dette arbeidet settes i et langsiktig perspektiv, ikke minst når det gjelder undervisning og veiledning av studenter som senere skal jobbe innenfor rus og psykisk helse, som ROMs satsing på veiledning av sosionomstudenter er et eksempel på.

**Vår konklusjon er at alle de regionale brukerstyrte sentrene utvilsomt bidrar til å mye brukermedvirkning sett i forhold til de ressursene de har tilgjengelig.** Alle sentrene arbeider ut fra begrensede økonomiske midler og har kun et fåtall faste medarbeidere. Tatt dette i betraktning viser sentrene stor evne til å knytte til seg frivillige og samarbeidspartnere og å initiere og delta i prosjekter for å øke omfanget av aktivitetene sine. Uten denne orienteringen, nettverk og samarbeid ville sentrene ha hatt marginalt med aktiviteter og påvirkningskraft. Det samlede tjenestetilbudet er mangfoldig, og omfatter som nevnt langt mer enn opplæring av brukerrepresentanter som skal representere brukerorganisasjonene og dens medlemmer i ulike råd og utvalg. Alle sentrene melder om at etterspørselen etter deres kurs og aktiviteter er langt større enn det de klarer å dekke, og også fra samarbeidspartneres side får vi inntrykk at behovet og potensialet for sentrenes virksomhet er betydelig.

**Dersom vi skal vurdere betydningen av de brukerstyrte sentrene, må vi også ta sentrenes regionale funksjon i betraktning.** Alle sentrene skal dekke store geografiske områder, hvorav *Pårørende Kompetanse* og *Sagatun* sin verktøykasse har et nasjonalt nedslagsfelt. Flere av sentrene er imidlertid tydelige på at de på grunn av kapasitetshensyn sliter med å gi et likeverdig tilbud i alle fylkene og kommunene de skal dekke, og at de derfor velger å gi et godt og forankret tilbud på de stedene de faktisk jobber. For sentrene som fokuserer mye på samarbeid med utdanningsinstitusjoner og helseforetak, som *ROM* og *KBT*, er det naturlig at virksomheten konsentreres i området der de sentrale samarbeidspartnere befinner seg, henholdsvis i Kristiansand og i Trondheimsregionen. Når vi nå har intervjuet et utvalg samarbeidsaktører som gir positive tilbakemeldinger på sentrenes virksomhet, må vi derfor ta forbehold om at er mange brukere og aktører i

regionen som har ingen eller liten kjennskap til det regionale brukerstyrte senteret. Vårt inntrykk er at *Bikuben* er det senteret som kanskje i størst grad klarer å ivareta sin regionale funksjon, ved at ingen av de tre fylkene senteret skal dekke blir tydelig prioritert fremfor andre, men også *Vårres* legger stor vekt på å ivareta sine tre nedslagsfylker Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre- og Romsdal. Å få til en slik spredning av tilbudet vil naturlig nok være lettere for *Bikuben*, som fokuserer mye på kursvirksomhet i lokalsamfunn, sammenlignet med eksempelvis KBT, som engasjerer seg i mer langsiktige og tidkrevende prosjekter.

## 10.2 Er det andre behov i det lokale rus- og psykisk helsearbeidet som de brukerstyrte sentrene bidrar til å dekke?

---

Når det gjelder andre behov som de brukerstyrte sentrene bidrar til å dekke, vil vi særlig fremheve den rollen de fleste sentrene spiller som ressursbaser og nettverksaktører i regionene, særlig for brukerorganisasjonene. I våre intervjuer er det flere ord som trekkes for å beskrive denne rollen; «kunnskapspool», «bindeledd», «døråpner», «kontaktpunkt», «knutepunkt», «edderkopp», «tilrettelegger», «nettverksbygger» og «avlaster», for å nevne noen.

Behovet for en slik ressursbase i regionene må forstås med bakgrunn i egenskaper ved organisasjonene selv: I brukerorganisasjonene vil ting gjerne «gå i bølger», og både ledere og tillitsvalgte skiftes ut med jevne mellomrom. Organisasjonene har lite økonomiske ressurser selv, og er avhengig av frivillige som ofte er i jobb, og som derfor har begrenset kapasitet til å bidra utenom i helger og på kveldstid. De brukerstyrte sentrene har en liten men fast bemanning, og utgjør dermed en stabil base for kanskje særlig små og sårbare lokallag.

Vi har i flere beskrivelser vist eksempler på hvordan de regionale brukerstyrte sentrene, om enn i ulik grad, bistår brukerorganisasjoner (og andre samarbeidsaktører):

- De brukerstyrte sentrene har en overordnet oversikt over det psykiske helsearbeidet i regionen, og har et stort nettverk av ulike samarbeidsaktører og kontakter som kan bidra inn i prosjekter.
- De har god kompetanse på psykisk helsearbeid generelt og brukerperspektivet spesielt, og fungerer som en kunnskapsbase for brukerorganisasjonene. Siden brukerorganisasjonene har ulik kompetanse og målgrupper, blir kunnskapsfeltet i basen bredt og tverrfaglig.
- Med sin faste stab (herunder frivillige) har de mulighet til å avlaste brukerorganisasjonene ved å tilrettelegge kurs, markedsføre aktiviteter, bistå med søknadsskriving m.m.
- De tilrettelegger for samarbeid mellom brukerorganisasjonene, og mellom organisasjoner og andre aktører i regionen.
- Noen av sentrene har bidratt som «fødselshjelper» for lokale ressursentre i regionen, ved å gi råd og veiledning i oppstartsfasen.

Vårt inntrykk er at det ligger et stort potensial for de regionale brukerstyrte sentrene når det gjelder rollen som ressurs- og kompetansebase i regionene, og at dette er en funksjon som kan og bør utvikles ytterligere framover.

## 10.3 Anbefalinger

---

Med utgangspunkt i våre hovedfunn vil vi gi noen anbefalinger når det gjelder videre utvikling av de regionale brukerstyrte sentrene.

### 10.3.1 Tydeliggjøre rolle og funksjon

De regionale brukerstyrte sentrene har vært i drift i 10 år, men fortsatt er ikke deres rolle og mandat tydeliggjort i tilstrekkelig grad. Vi mener det bør settes av tid og ressurser til dette arbeidet, slik at potensialet som ligger i sentrenes funksjon blir utnyttet best mulig.

Tydeliggjøringen av sentrenes rolle dreier seg i stor grad om å avklare rolle- og ansvarsfordelingen i relasjon til brukerorganisasjonene. Selv om samarbeidsforholdet ser ut til å fungere godt ved flere av sentrene, tror vi det vil være gunstig å klargjøre konkrete og felles retningslinjer: Hvordan kan de brukerstyrte sentrene supplere og bistå brukerorganisasjonene på best mulig måte, uten at det oppstår konkurransesituasjon mellom partene? Hvor skape en felles forståelse for at man jobber mot felles mål, selv om man har ulikt mandat? Gjennom intervjuene har vi fått bekreftet at rekruttering og oppfølging av brukerrepresentanter utgjør en svært stor utfordring for brukerorganisasjonene. Samtidig som brukerorganisasjonene har hovedansvar på dette området, er det flere som setter spørsmålsteget ved om tilbudet organisasjonene tilbyr er godt nok. Vårt hovedinntrykk er at det er uenighet knyttet til hvordan de brukerstyrte sentrenes tilbud best mulig kan supplere brukerorganisasjonenes tilbud, slik at de får maksimalt ut av ressursene sammen: Kan man tenke seg en klar oppgavefordeling mellom ulike temaer eller områder? Som tidligere nevnt kommer det også fram at det er behov for klarere ansvarsfordeling når det gjelder oppfølgingen i etterkant av eksempelvis prosesslederkurs i Verktøykassa.

Selv om de brukerstyrte sentrene har ulik spisskompetanse, ser vi at det er behov for å synliggjøre og utvikle den «kjernen» som er felles for alle sentrene, slik at profilen fremstår mer samordnet. Som nevnt kan dette innebære å videreutvikle sentrene som ressurs- og kompetansesentre - som møteplasser for samhandling på tvers av fag og organisasjoner.

Utover dette ser vi at det er behov for visse forventningsavklaringer rundt sentrenes ansvar, eksempelvis:

- Hvor store forventninger bør man ha til sentrene når det gjelder utvikling av ny kunnskap, dokumentasjon og systematisering av brukerfaringer?
- Hvordan kan ny kunnskap, dokumentasjon og systematisering av brukererfaringer *formidles* effektivt til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse?
- Hvilke forventninger bør man ha når det gjelder senterets regionale funksjon? Hva kjennetegner et regionalt brukerstyrt senter kontra et lokalt brukerstyrt senter?

I intervjuene er det flere ansatte på sentrene som gir uttrykk for behov for en klarere bestilling fra Helsedirektoratet. Vår vurdering er at det først og fremst er de brukerstyrte sentrene, i samarbeid med brukerorganisasjonene, som må legge føringene for hva dette mandatet skal inne-

holde. Et klarere mandat vil også gi et bedre grunnlag for å kunne utvikle gode kvalitetsindikatorer eller kriterier for måloppnåelse for de brukerstyrte sentrene. Som nevnt tidligere er ikke «økt brukerrepresentasjon» en god nok indikator for måloppnåelse fordi dagens mandat ikke tydeliggjør hvilket ansvar de brukerstyrte sentrene har på dette området.

Som nevnt i forrige kapittel har sentrene nå startet prosessen med å utarbeide felles målsetting, strategi og satsningsområder, og det er nedsatt et aksjonsutvalg som skal følge opp dette arbeidet.

### 10.3.2 Styrket ressursgrunnlag

I dag består sentrene av et fåtall antall ansatte, samtidig som virksomheten skal dekke store geografiske områder. Vi ser at flere av de ansatte (og frivillige) jobber mange timer utover normal arbeidsuke, og har et sterkt eierskap til virksomheten. Mye av de ansattes tid (særlig daglig leder) går med til administrasjonsarbeid og søknadsskriving. Sentrene har tilknyttet seg frivillige, men lite fast bemanning setter også begrensninger på hvor mange frivillige det er mulig å følge opp på en god måte.

Den lave bemanningen gjør sentrene sårbare og personavhengige. Dette setter blant annet begrensninger på sentrenes regionale rolle, på deres tidsbruk knyttet til dokumentasjon og systematisering, og på deres muligheter til å spre metoder og prosjekter på tvers. Vi tror det er urealistisk å forvente at sentrene skal kunne gi et mer likeverdig regionalt tilbud, eller i det hele tatt videreutvikle virksomheten ytterligere, dersom ikke ressursgrunnlaget økes betraktelig. Vår vurdering er at potensialet for sentrenes arbeid er langt større enn det tilskuddet i dag reflekterer.

### 10.3.3 Vurdere den helhetlige strukturen av sentrene

I dag synes plasseringen av de brukerstyrte sentrene å være noe tilfeldig. Mens det er to sentre i Trondheim, er det ingen i hele helseregion Vest. Det ser heller ikke ut til å være noen sentre som dekker fylker som Vestfold, Telemark og Buskerud. Vi mener man både bør vurdere den helhetlige fordelingen av sentre, og sørge for at hvert senter tilhører et geografisk område det er realistisk å nå over. Den regionale fordelingen av sentre påvirker også tjenestetilbudet i den enkelte region. For eksempel: Utfordringer knyttet til ADHD imøtekommes i dag i Trøndelag og omegn gjennom den innsatsen *Vårres* yter, men tilbudet er mer eller mindre fraværende i de fleste andre regioner.

I intervjuer er det også flere som nevner at sentrene bør organiseres med en felles sentral instans, for å styrke samhandlingen mellom lokalt/regionalt og nasjonalt nivå, og for å utvikle en mer koordinert profil. Det nyopprettede aksjonsutvalget forslår at Nasjonalt senter for erfaringskompetanse bør få en tydeligere rolle som «paraply» over de regionalt brukerstyrte sentrene. Fremtidig organisering har ikke vært et fokus for vår evaluering, men kan være verdt å se nærmere på i tiden fremover.





# 11. Referanser

- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten : arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2009). *Verktøykasse for brukermedvirkning - implementering etter pilot : implementering etter pilotfasen : rapport august - 09*. Hamar?: s.n.
- Bjørngen, D. (2013). *Fremveksten av brukermedvirkning i Norge - strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 4/2013
- Brofoss, K. E., Larsen, F., Friis, S. og Norges, f. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) : sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Forskningsrådet, Divisjon for vitenskap.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Et nytt psykisk helsevern – ny kunnskap?* Notat: Nasjonalt Senter for Erfaringskompetanse. Skien
- Granerud, A. og Granlien, L. (2010). *Sagatun brukerstyrt senter - brukerstyring i praksis : beskrivelse av mål og verdier*, b. nr. 5-2010. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Haukelien, H. og Kleppe, B. (2009). *Kulturkunnskap i en kunnskapskultur: evaluering av forsøk med Den kulturelle skolesekken i videregående skole*. Rapport. Bø: Telemarksforskning.
- Haukelien, H., Vike, H. og Møller, G. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*, b. nr. 284. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Hummelvoll, J. K., Eriksson, B. G. og Beston, G. (2009). *Mennesker med psykiske funksjonshindringer i risikosamfunnet : en hverdagsnær tilnærming*. Rapport (Høgskolen i Hedmark : trykt utg.), b. nr. 13-2009. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Husom Løken, K. (2007). *Lave stemmer skal også høres: Verktøykasse for brukermedvirkning*. I: Kompetanse, M. H. (red.). Hamar: Mental Helse Kompetanse.
- Hyrve, G. og Johansen, K.-J. (2008). *Evaluering av Bruker-Spør Buker i Oslo. "Om å være fotball i systemet"*. tisip it og forskning
- Løken, K. H. (2008). *Sterk som en bjønn og lita som ei teskje : om brukeres opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning*. Stange: Brukerforum.
- Myrvold, T. M., Helgesen, M. og Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk, h. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid : organisering, samarbeid og samordning*. NIBR-rapport (Oslo : 2002- : trykt utg.), b. 2009:4. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Rørvik, R., Bjørngen, D. og Weterlund, H. (2008). *Sluttrapport BSB©Levanger kommune*. KBT Brukerstyrt senter i Midt-Norge
- Sosial- og helsedepartementet *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet *Fra bruker til borger : en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer: utredning fra et utvalg ledet av Sigurd Manneråk : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 29. juni 2001*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Sosial- og Helsedepartementet *Ot.prp. nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.: (helseforetaksloven)* [Oslo].
- Sosial- og helsedirektoratet *Brukermedvirning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse, Rapport IS-1315*
- St prp nr 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 : endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo.
- Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørngen, D. og Rise, M. B. (2013). *How do mental health service users describe high quality services? Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?*, 1/2013
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B. og Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*, 2005:6: NIBR Norsk Institutt for By- og Regionforskning.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., Kristofersen, L. B. og Brukermedvirkning. *Idealer og realiteter i lys av et bottom-up*, p. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid : idealer og*

*realiteter*. NIBR-rapport (Oslo : 2002- : trykt utg.), b. 2007:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? : om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.