

# Veileder i brukermedvirkning

– med kreftrammede og pårørende i fokus

Utgitt i samarbeid mellom Kreftforeningen  
og pasient- og likepersonsorganisasjonene



**KREFTFORENINGEN**

## Innhold

- 4 Hva er brukermedvirkning?
- 16 Råd og tips til deg som brukerrepresentant
- 26 Praktisk informasjon
- 27 Huskeliste for brukerrepresentanter
- 28 De viktigste lovene
- 30 Oppbyggingen av helsevesenet
- 32 Oppbyggingen av Nav
- 34 Brukermedvirkning i kommunene
- 36 Nyttige lenker / litteratur

Du skal være brukernes stemme utad og sørge for at deres behov ikke blir glemt.

### **Brukerrepresentant – med kreftrammede og pårørende i fokus**

er utgitt i samarbeid mellom Kreftforeningen og pasient- og likepersonorganisasjonene.

**Opplag:** 2000 eks. september 2014 **Grafisk Design:** Fuel Express, [www.fuelexpress.no](http://www.fuelexpress.no)

**Trykk:** Printinform **Foto:** Shutterstock: side 1 (forside), 15, 37. NTB scanpix: side 29.

nyebilder.no: side 19, 22. Jacob Hultgren: side 25. Ann Kristin Engebakken: side 3.

Anne Iren Håvarstein: side 3.



**KREFTFORENINGEN**

Kasteball. Er det ett ord jeg gjerne hadde sett var overflødig i norsk helsevesen i 2014, så var det akkurat det ordet. Men fortsatt hører vi om pasienter som blir kastet hit og dit, mellom sykehus, mellom avdelinger, mellom Nav-kontorer. Det er ubehagelig, det er uforsvarlig og det er uverdigg.

Enda har vi ikke en kultur og et tankesett som setter pasienten i sentrum for enhver beslutning. Men brukerorienteringen har politisk medvind. Helseministeren sa det slik i sykehustalen i januar 2014: «Pasienter og brukere må tas med i utviklingen av helsetjenesten. Det er ikke bare helsepersonell som vet hvor skoen trykker»

Brukermedvirknings-ordningen er etablert for å sikre at behandling og organisering av tjenester alltid har pasientens beste som sitt utgangspunkt. Det meste koker ned til ett enkelt spørsmål: «Hva hvis pasienten selv fikk bestemme?» Kanskje er det å stille nettopp dette spørsmålet ditt viktigste verktøy i vervet som brukerrepresentant.

Som brukerrepresentant er du talsperson for alle brukere av helse- og velferdstjenester. Da er det viktig med egne erfaringer. Men det er ikke nok. Du må også ha kunnskap om hvordan helse- og velferdstjenestene er bygd opp og ikke minst innsikt i hva rollen som brukerrepresentant innebærer.

Vi vil ha mer makt til pasienten. Det innebærer også stort ansvar – for Kreftforeningen, for pasientforeningene og for deg som representant for oss alle.

Denne folderen er første skritt på veien. Her finner du informasjon om rollen din og gode råd og tips.

På vegne av Kreftforeningen og pasient- og likepersonsorganisasjonene ønsker jeg deg lykke til!

Anne Lise Ryel  
Generalsekretær  
Kreftforeningen



Brukermedvirkning er et viktig demokratisk prinsipp som vi i Norge setter høyt. Deltakelse og medbestemmelse, muligheten til selv å bestemme over eget liv, er også et viktig etisk prinsipp. Ved brukermedvirkning sikrer vi at våre interesser som kreftrammede blir ivare tatt på en best mulig måte. Dette er en lovfestet rettighet som er umåtelig viktig både for oss som er pasienter og pårørende, og ikke minst for de som kommer etter oss. Gjennom vårt engasjement som brukerrepresentant i brukerutvalg og brukerråd gjør vi et viktig arbeid hvor vi bruker egne erfaringer til beste for andre.

De som er rammet av kreft, er en stor brukergruppe av helse- og omsorgstjenester. Vi er en gruppe som er økende både ved at flere blir rammet av kreft, og ved at flere blir friske eller kan leve lenger med sin sykdom fordi kreftbehandlingen blir stadig bedre. Men kreftoverleving kommer ikke helt uten konsekvenser, mange strever med helsen etter kreftsykdommen og behandlingen. Gjennom brukermedvirkning sikrer vi at denne gruppen er til stede der beslutninger tas, i planlegging og gjennomføring av tiltak som er viktige.

Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet, og som ellers i et demokrati, dersom vi ikke er villige til å stille er det andre som gjerne vil ha vår plass. Det er viktig at kreftrammede er til stede som brukerrepresentanter fordi vi som brukere er en ressurs for helsevesenet og NAV. Vi har en dyrekjøpt erfaring, og det er vi som kjenner best hvilke behov det er, og hva som oppleves som god kvalitet.

Tore Åsbu  
Styreleder i CarciNor  
Foreningen for de som er  
rammet av NET-kreft



# Hva er brukermedvirkning?

## Definisjoner og forklaringer

«Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud.»

*St.meld. nr. 34 (1996–97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsprogram for funksjonshemmede og veien videre, punkt 7.3.8 «Brukermedvirkning»*

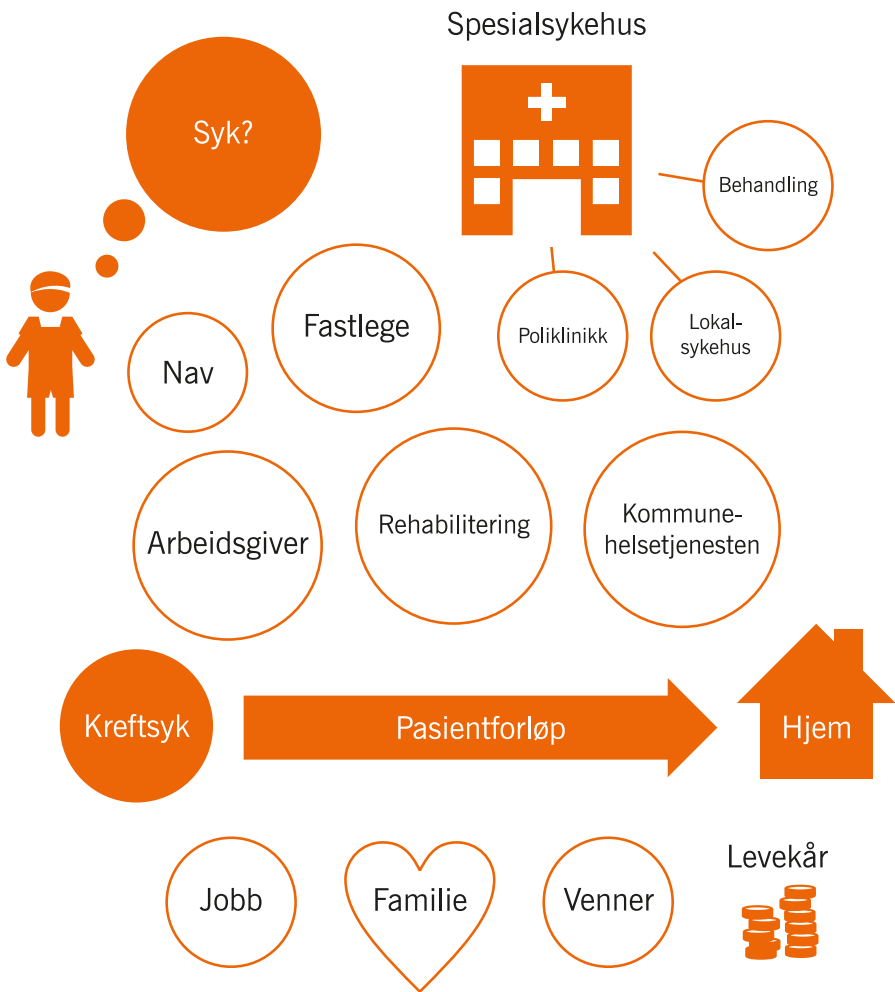
Målet med brukermedvirkning er å bidra til bedre service og økt kvalitet på helse- og velferdstjenestene gjennom planmessig involvering av brukerne av tjenestene.

Aktiv brukermedvirkning har lenge vært et mål i helse- og velferdspolitikken, men det er først i de siste årene det virkelig har blitt satt i system. Med helseforetaksreformen fra 2002 og Nav-reformen fra 2006 ble prinsippet endelig lovfestet, og mange med brukererfaring er nå involvert i ulike medvirkningsprosesser.

Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helse- og velferdstjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse. Medvirkningen foregår på mange nivåer, og meningen er at brukerne skal være med på å påvirke alt fra egen behandling, strategier og retningslinjer for tjenesteyterne til kvaliteten på tjenestene og språk og innhold i pasientinformasjonen.

I sum er målsettingen at brukermedvirkning skal bidra til best mulig diagnostisering, behandling, rehabilitering og oppfølging av pasienter og best mulig levekår og livskvalitet for pasienter og pårørende.

Dette målet skal brukerrepresentantene jobbe for gjennom å påvirke beslutningsprosesser og tjenestetilbud.



### Pasientens ståsted

Kreftpasienter og pårørende kommer i kontakt med store deler av helsevesenet og Nav-systemet. Derfor er det så viktig at personer med egenerfaring vil bruke sine erfaringer til å utvikle tilbud som er lagt godt til rette for pasienter og pårørende.

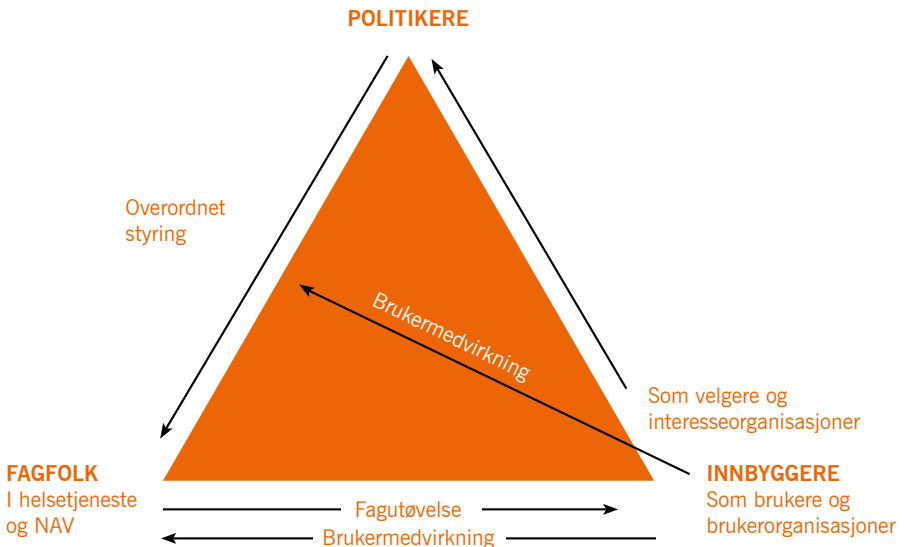
# Medbestemmelse – en demokratisk rettighet

Medbestemmelse i eget liv er en menneskerett. Som borgere har vi en demokratisk rett til å være med på å velge retning for samfunnsutviklingen. Det skjer i hovedsak gjennom deltakelse i valg til kommunestyre, til fylkesting og til Stortinget.

Våre folkevalgte representanter på nasjonalt, fylkeskommunalt og kommunalt nivå vedtar de overordnede politiske rammene for utviklingen på et område. Statlig og kommunal forvaltning har som oppgave å sette politikken ut i livet.

Som brukerrepresentant får du anledning til å være med på å påvirke hvordan de politiske rammene omformes til praktiske tiltak. Som bruker av helse- og velferdstjenestene har du viktig kunnskap om hvordan tjenestene kan legges best mulig til rette for pasienter og pårørende.

Figuren under viser hvilke mulige påvirkningsveier som finnes.



Kilde: Tone Alm Andreassen: *Brukermedvirkning i helsetjenesten*, 2006, s. 231

## Hva består oppgaven som brukerrepresentant i?

### **I lov om helseforetak § 35 heter det bl.a.:**

«Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum. Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.»

### **I lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 6 heter det:**

«Arbeids- og velferdsetaten skal sørge for at brukerne får mulighet til å uttale seg i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av etatens tjenester.»

Som du ser av disse sitatene, er brukernes rett til medbestemmelse innenfor helse- og velferdssystemene lovfestet. Det betyr at alle de ulike virksomhetene som dekkes av disse bestemmelsene, må sørge for at det opprettes systemer som ivaretar brukernes interesser, og som gir brukerne en mulighet for reell påvirkning. Ett av de viktigste hjelpemidlene de har til dette, er å etablere brukerutvalg som får reell innflytelse.

# Ulike nivåer, ulik påvirkningsgrad

Det finnes ulike nivåer for brukermedvirkning: individnivå, tjenestenivå, systemnivå og politisk nivå.

## Brukermedvirkning på individnivå

Du skal kunne påvirke forhold som gjelder deg selv og dine egne behov i din egen sak / egen behandling. Den som benytter seg av et tjenestetilbud, skal ha innflytelse ved valg av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige. Brukermedvirkning i behandlingsvalg (samvalg / shared decision making) innebærer at det ikke alltid er ett behandlingsalternativ som er riktig for alle. Når brukeren deltar i beslutningene, tas det høyde for brukerens egne ønsker, verdivalg og ferdigheter. Dette gir brukere større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.

## Brukermedvirkning på tjenestenivå

Brukerne og/eller deres representanter inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og deltar aktivt ved utvikling og endring av behandlingstilbud og tjenester. Et typisk eksempel her vil være utvikling av behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten. På tjenestenivå etterspørres det ofte brukerrepresentanter med erfaring fra en spesifikk diagnose.

## Brukermedvirkning på systemnivå

Påvirkningen på systemnivå er en arbeidsform/metode rettet mot de som planlegger tiltak og tjenester som har allmenn betydning, og som har myndighet til å beslutte. Hensikten med brukermedvirkning på systemnivå er å tilføre forvaltningen kompetanse som brukerne har, og dermed å bedre tilbudet til andre brukere. Brukerrepresentantene skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser eller seg selv. Man skal være talsperson på vegne av hele brukergruppen, for eksempel som brukerrepresentanter i brukerråd, arbeidsgrupper og prosjekter i helseforetakene, NAV og andre offentlige etater.

## Brukermedvirkning på politisk nivå

Organisasjonene driver brukermedvirkning gjennom å delta i politiske prosesser, for eksempel gjennom høringer og dialogmøter. Organisasjonene kan også sette egne saker på agendaen gjennom lobbyvirksomhet og media. Dette beskrives også som interessepolitikk eller politisk påvirkningsarbeid.

I denne veilederen er det i hovedsak brukermedvirkning på systemnivå og tjenestenivå som omhandles.



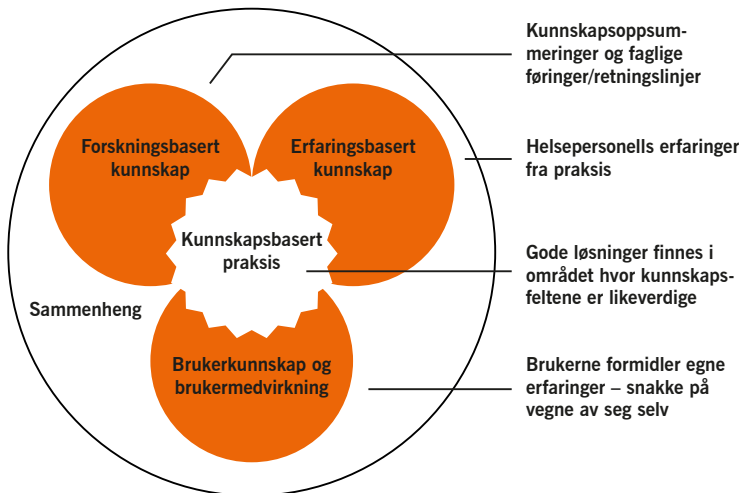
# Kunnskapsbasert praksis

Brukerkunnskap og brukermedvirkning utgjør et sentralt element i kunnskapsbasert praksis (evidence based medicine)<sup>1</sup>, en metode som i senere år har fått stadig sterkere anerkjennelse som grunnleggende for kvalitetsutviklingen i helsevesenet. I anvendelsen av modellen er det viktig å ta hensyn til den sammenhengen den skal brukes i. De ulike elementene har ulik betydning og anvendelse avhengig av sammenhengen. Modellen kan brukes innen alle nivåene for brukermedvirkning:

- individnivå (kunnskapsbasert praksis – individuelle behandlingsvalg)
- system- og tjenestenivå (kunnskapsbasert helsetjeneste)
- politisk nivå (kunnskapsbasert politikktutforming)

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen<sup>2</sup>

I kunnskapsbasert praksis viser man til sammenhengen mellom forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap:



Kunnskapsbasert praksis: Modellen illustrerer de tre kunnskapselementene i kunnskapsbasert praksis. Sammenhengen avgjør vektningen av de tre elementene.

<sup>1</sup> Sackett, David L., William M.C. Rosenberg, J.A. Muir Gray, R. Brian Haynes og W. Scott Richardson (1996) «Evidence based medicine: what it is and what it isn't», *BMJ*1996;312:71

<sup>2</sup> M. Norvedt, G. Jamtvedt, B. Graverholt, L.M. Reinart (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

## Del av en større helhet

Brukermedvirkning på system- og tjenestenivå er et samarbeid mellom brukernes organisasjoner, som representerer det sivile samfunnet, og ulike organer som er en del av sentrale og lokale myndigheter. Det er mange ulike arenaer for brukermedvirkning, fra de lokale Nav-kontorene og sykehusene og til de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Brukermedvirkning i kommunenes helse- og omsorgstjenester forventes å øke kraftig i omfang og betydning i tiden framover. Brukermedvirkning blir stadig også mer aktuelt i forskning.

Målet med alle disse «møtepunktene» er å bringe inn brukernes erfaringer både der politikken utformes og strategiene legges, og der tiltakene iverksettes i de ulike offentlige tjenestene.

Den overordnede helse- og velferdspolitikken bestemmes av Stortinget, og det gis politiske føringer for hvilke oppgaver og grupper som skal prioriteres.

Regionalt og lokalt må de ulike helseforetakene og Nav-kontorene oppfylle de oppgavene de er pålagt gjennom lover og forskrifter, og de må forholde seg til de føringene som kommer fra sentralt hold. Under der igjen kommer de ulike fagfolkene som skal utføre tjenestene. På alle nivåer er det viktig at brukernes stemme blir hørt: Det er brukerne som er de egentlige oppdragsgiverne.

For å kunne være med og påvirke på ulike nivåer er det nødvendig å ha kunnskap om hvordan helse- og velferdssystemet er bygd opp. Selv om de overordnede beslutningene tas på de øverste nivåene, er likevel brukermedvirkning også lenger ned i systemet av stor betydning, for det er der brukere møter tjenesteutøvere. Gjennom brukermedvirkning legges det til rette for at dette oppleves best mulig for brukeren.

Sørg for å sette deg inn i det systemet du skal virke innenfor, slik at du får en bedre forståelse for hvilke rammebetingelser som ligger til grunn for ditt arbeid. Du får vanligvis en del informasjon via utvalget du blir oppnevnt til, men det er en fordel å ha et helhetsbilde av systemet. På side 30–33 presenteres en forenklet oversikt over oppbyggingen av henholdsvis helsevesenet og Nav.

*Se Tone Alm Andreassen: Brukermedvirkning i helsetjenesten, 2006, s. 27.*

Alle har en lovbestemt rett til medbestemmelse i det som påvirker egen situasjon.

## Ulike former for brukermedvirkning

Brukermedvirkning foregår i mange former på de ulike nivåene. Den kan organiseres som permanente brukerutvalg i et helseforetak eller som tidsavgrensede prosjekter. Den kan vare over tid eller være knyttet til avgrensede oppgaver, enten til den overordnede beslutningsmyndigheten i en etat eller til den utøvende virksomheten.

Her er noen eksempler:

- Høringsprosesser: åpne møter eller lukkede fora der konkrete saker eller tiltak tas opp. Innspill til høringer kan ofte gis skriftlig også.
- Brukerundersøkelser: lokale eller nasjonale spørreundersøkelser der brukerne deler sine personlige erfaringer fra møtet med de ulike tjenestene.
- Forum for medvirkning – brukerutvalg: rådgivende organ for ledelsen, bestående av én eller flere brukerrepresentanter oppnevnt av Nav/helseforetaket.
- Plan- og arbeidsgrupper: oppnevnes for å arbeide med en konkret sak i et avgrenset tidsrom. Brukerrepresentantene kan komme fra brukerutvalget eller bli oppnevnt direkte.
- Lærings- og mestringssentre ved helseforetakene: brukerrepresentanter er aktivt med i planlegging, forberedelse og gjennomføring av tilbudene på lik linje med fagpersonalet i helseforetaket. Brukerorganisasjonene har også vært en viktig ressurs under utviklingen av sentrene.
- Dialogmøter.
- Mulighet til å gi skriftlige tilbakemeldinger på brevmaler, planer og strategier.
- Brukertesting av f.eks. brev eller ikt-løsninger.

## Brukermedvirkning i forskning

Når brukere inkluderes i hele forskningsprosessen, vil forskningen i større grad reflektere brukerens behov og synspunkter, og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for å legge til rette for økt brukermedvirkning i alle ledd i forskningsprosessen.

*Meld.St. nr. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*

Det er et politisk krav at det skal være brukermedvirkning i forskning. Brukermedvirkning i forskning er framhevet i flere sammenhenger, blant annet i de to siste nasjonale helse- og omsorgsplanene:

Det er viktig at allmennheten oppfatter forskningen som nyttig. Pasientene, brukerorganisasjonene og helsepersonell (fagorganisasjonene) bør bidra med innspill for å sikre prioritering av relevante forskningstema og spille en viktig rolle i gjennomføringen av pasientnære studier.

*Nasjonal helse- og omsorgsplan (2007-2010), i St.prp.nr.1 – (2006-2007) kapittel 6*

Det må legges bedre til rette for økt brukermedvirkning i forskning og innovasjon. Brukermedvirkning sikrer at det forskes på relevante temaer for brukerne og at nye innovative løsninger er i tråd med brukernes behov. Med brukere menes både pasienter og personell.

*Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og i Forskningsmeldingen – Meld. St.18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter*

I strategien HelseOmsorg21 sies blant annet:

Resultater fra forskning og innovasjon får større betydning og tas i bruk når de oppleves som nyttige og relevante for brukerne, pasienter og pårørende. Brukermedvirkning er særlig viktig i tjenesteforskning og kliniske studier, det vil si i den pasient- og praksisnære forskningen, og i tjeneste- og produktinnovasjon. I samarbeid med forskerne kan brukerne bidra til at forskningen reflekterer brukerbehov og deres prioriteringer, til forbedret forskningsdesign og logistikk, økt rekruttering av pasienter til studiene og bedre deltakelse gjennom hele studieførlopet.

*HelseOmsorg21 Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014, s 15*

Økt brukermedvirkning er ett av HelseOmsorg21 sine satsingsområder.

Formålet med brukermedvirkning i forskning er å sikre forskningens kvalitet og relevans. Forskningens ulike faser omfatter prosesser knyttet til prioritering, planlegging og gjennomføring av forskning samt formidling og implementering av forskningsresultater. Hvilke av forskningens ulike faser hvor brukermedvirkning kan være relevant for den enkelte aktør, avhenger i stor grad av om aktøren har en forskningsfinansierende og/eller forskningsutførende rolle i forskningssystemet.

Eksempler på brukermedvirkning i forskning kan blant annet være deltakelse i styringsgrupper, vitenskapelige råd, komiteer for søknadsvurdering, strategiske utvalg, brukere som medforskere, brukere i testgrupper (eks av spørreskjema). Hvordan brukermedvirkning i forskning organiseres i praksis må tilpasses den enkelte aktørs roller og oppgaver.

## Hvem kan være brukerrepresentant?

- En brukerrepresentant som skal representere kreftperspektivet, må primært være tilknyttet pasient- og likepersonsorganisasjonene, men kan også komme fra Kreftforeningen.
- Brukerrepresentanten skal selv ha personlig krefterfaring som pasient eller pårørende/nærstående.
- Den som blir foreslått, må ha tillit i egen organisasjon og være foreslått av denne. Vedkommende trenger ikke nødvendigvis være tillitsvalgt i egen organisasjon.

# Slik oppnevnes brukerrepresentanter

Helseforetakene og Nav forvalter plassene i brukerutvalgene. Brukerorganisasjonene foreslår kandidater på forespørsel, og Nav og helseforetakene oppnevner brukerrepresentanter til sine brukerutvalg blant de foreslåtte kandidatene.

## **Proessen kan oppsummeres i følgende punkter:**

- Helseforetaket eller Nav henvender seg til Kreftforeningen eller en av pasient- og likepersonersorganisasjonene med invitasjon om å foreslå kandidater til brukerutvalget.
- Pasient- og likepersonersorganisasjonene og Kreftforeningen via oppnevnte representanter i sentralt og regionalt forum foreslår én eller flere kandidater.
- Helseforetaket eller Nav oppnevner brukerrepresentanten på bakgrunn av forslagene fra pasient- og likepersonersorganisasjonene og Kreftforeningen.

## Strukturen i samarbeidet om brukervedvirkning mellom Kreftforeningen og pasient- og likepersonersorganisasjonene

For å sikre demokrati og lokal forankring etableres følgende fora:

### **Sentralt forum for brukervedvirkning**

Hver pasient- og likepersonersorganisasjon inviteres til å oppnevne en representant til Sentralt forum for brukervedvirkning. Kreftforeningen skal ha inntil to representanter i forumet. Representantene oppnevnes for 2 år med mulighet for gjenoppnevning. Forumet velger sin egen leder. Kreftforeningen er sekretariat.

### **Regionale fora for brukervedvirkning**

Det etableres regionale fora, knyttet til hvert av distriktene i Kreftforeningen. Hver pasient- og likepersonersorganisasjon inviteres til å oppnevne en representant til hvert regionalt forum. Kreftforeningen har inntil to representanter. Forumet velger sin egen leder. Kreftforeningen er sekretariat.

### **Database over brukerrepresentanter**

Kreftforeningen har en database over brukerrepresentanter som er tilgjengelig både for pasient- og likepersonersorganisasjonene og for Kreftforeningen. Kandidater/brukerrepresentanter som registreres i basen, vil få tilsendt et passord slik at de selv kan gå inn i basen og oppdatere egne persondata samt registrere opplysninger om eget engasjement eller ønsker om engasjement. Databasen er viktig for å sikre god kommunikasjon med brukerrepresentantene og ha god oversikt over hvor vi er representert.

# Eksempel på prinsipper for brukermedvirkning

I Helse Sør-Øst er det utviklet 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå:

## Brukermedvirkningens grunnlag

- Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse.
- Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
- Brukerrepresentantene skal bidra til at brukersynspunkt gis en sentral plass i utforming av pasienttilbudet ved helseforetakene og at brukersynspunkt fremgår i rapportering etter plan- og meldesystemet og i beslutningsgrunnlag som fremmes for administrasjon og styrer.
- Medvirkningen skal sikres gjennom faste organer og for øvrig gjennom systematisk samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene foreslås fra relevante pasient- og pårørendeorganisasjoner og eldres organisasjoner. Brukerrepresentantene som oppnevnes har selv erfaringer som pasienter eller pårørende og skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser.

## Brukermedvirkning i drift og omstilling

- Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse.
- Brukerrepresentanter skal delta i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker som angår universell tilgjengelighet og pasientrelatert informasjon.
- Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likepersonsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringsentra.
- Brukerne skal kompenseres for utgifter, tapte inntekter og medgått tid etter statens satser for reise- og møtegodtgjørelse.

## Kompetanse og metoder

- Helse Sør-Øst RHF skal gjennom tilskudd til brukernes organisasjoner bidra til å sikre kompetent og nødvendig brukerepresentasjon.
- Brukernes representanter skal ha et avklart forhold til egne brukererfaringer og kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer.
- Helsepersonell, ledere og administrasjon i helsetjenesten skal være forpliktet til å sette seg inn i brukermedvirkningens grunnlag, anerkjenne brukerperspektivets



viktighet og skal legge til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse.

- Det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer (brukerundersøkelser) og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres.
- Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at brukermedvirkning innarbeides i grunn- og videreutdanning innen medisin- og helsefagyrkene.

*Kilde: [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)*

# Råd og tips til deg som brukerrepresentant

## Opplæring av brukerrepresentanter

Kunnskap om forvaltningens organisasjon og styring er viktig for at du skal kunne ivareta ditt verv på rett måte. Siden brukerutvalg i helseforetak, NAV og kommunene er lovpålagt, må også disse ha hovedansvaret for opplæring av brukerrepresentanter, enten ved selv å stå for den eller ved å finansiere opplæring på andre måter. På «oppdrag» fra Helse Sør-Øst tilbyr Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) og Kreftforeningen modulbasert opplæring i brukermedvirkning generelt i Helse Sør-Øst.

Det er viktig at du deltar på det som er av informasjonsmøter og kurs. Opplever du at opplæringen ikke fungerer tilfredsstillende, er det viktig at du sier fra til de som tilbyr opplæringen.

Du kan også finne mye nyttig informasjon på nettsidene til Nav og helseforetakene. Flere av de regionale helseforetakene har møteplasser der lokale og regionale representanter kan komme sammen og utveksle erfaringer på tvers av organisasjoner og utvalg. Det kan skje i form av samlinger eller via nettet. Det avholdes dessuten årlige konferanser i regi av de regionale helseforetakene, og det er viktig at du deltar på disse.

### Opplæring i regi av Kreftforeningen

Kreftforeningen skal støtte og styrke brukerrepresentantene i vervet som brukermedvirkere. I tillegg til opplæringen som tilbys eller finansieres av det offentlige, tilbyr Kreftforeningen kreftrelevant opplæring (kurs, seminarer) som et supplement til det offentliges opplærings-tilbud.

Kreftforeningen arrangerer blant annet et årlig seminar for brukerrepresentanter på kreftområdet. Her legges det til rette for erfaringsutveksling mellom brukerrepresentanter. I tillegg inviteres brukerrepresentantene til regionale samlinger i regi av Kreftforeningens distriktskontorer. Her kan brukerrepresentantene også møte lokale tillitsvalgte i foreningene.

Hos Kreftforeningen kan du også få oppdatert faglig informasjon, slik at du er bedre rustet til å kunne representere hele kreftspekteret.



# Du skal være brukernes stemme og sørge for at deres behov ikke blir glemt

Utgangspunktet for alle som blir oppnevnt som brukerrepresentanter, er egne erfaringer, men samtidig er det viktig å huske på at man skal opptre på vegne av flere enn seg selv. Det som er helt avgjørende, er at representanten ikke har andre interesser som kan komme i konflikt med vervet som talerør for brukerne. Dersom for eksempel en sak vedrører samarbeid og oppgavefordeling mellom regionalt helseforetak og helseforetak (sykehus), kan det være et problem dersom brukerrepresentanten samtidig er ansatt i enten det regionale helseforetaket eller helseforetaket.

## **Du representerer alle brukere, ikke bare de som er kreftrammet**

En brukerrepresentant i et brukerutvalg skal være en god talsperson for alle brukergrupper og pårørende i helseforetak og Nav og ikke representere særinteresser. For å gjøre det best mulig må du ha evne til å sette deg inn i de ulike brukergruppens situasjon, behov og interesser, og det er ditt ansvar å innhente nødvendig informasjon. Som brukerrepresentant på kreftområdet, er det din oppgave å sørge for at kreftperspektivet blir ivare tatt der det er relevant. Du skal representere alle kreftrammede, ikke bare egen forening eller egen diagnosegruppe. Samtidig må du kunne nedtone egne erfaringer og være lyttende til andres kunnskaper og synspunkter.

## **Tenk helhetlig**

I tillegg til å ha nødvendige kunnskaper må du også kunne forvalte dem på rett måte. Det er viktig å huske på at du er del av et utvalg der ulike hensyn skal ivaretas. Du må kunne være aktiv og konstruktiv og klare å se helheten i stedet for bare å fokusere på særinteresser. Selv om du er med for å ivareta brukernes interesser, må du også kunne se saken fra oppdragsgiverens, det vil si forvaltningens, side. Det betyr at du må kunne se og avveie ulike behov, og du må være i stand til å se at ressursene er begrenset. Når én gruppe prioriteres, går det på bekostning av andre. En god brukerrepresentant forstår at de økonomiske rammene gjør dette uunngåelig, og bestreber seg derfor på å medvirke til en løsning som er akseptabel for alle parter. Det betyr ikke at du skal være ettergivende, det gjelder bare å finne en måte å være tydelig på uten å bli oppfattet som en konfliktskaper.

## Gode råd for brukerrepresentanter

En brukerrepresentant bør

- ha bearbeidet egne opplevelser med helsevesenet eller Nav
- være løsningsorientert framfor problemorientert
- se det positive framfor det negative
- ha evnen til å «nedtone» egne opplevelser
- kunne diskutere saker på et generelt nivå uten å fokusere på enkeltopplevelser

*Jeanette Breivik Skavland, leder av brukertvalget i Helse Stavanger i et foredrag 2004. Fra Tone Alm Andreassen, Brukermedvirkning i helsetjenesten, 2006, s. 133.*

## Hvordan kan du bli hørt?

En av utfordringene du møter som brukerrepresentant, er hvorvidt du får reell innflytelse eller ikke. Du kan oppleve at du blir tatt med på råd, men at rådene ikke blir lyttet til, eller at du kommer for sent inn i prosessene. Resultatet blir at du kan føle at du blir tatt til inntekt for beslutninger du er uenig i. Derfor er det viktig at du får med deg noen «verktøy» som kan gjøre deg bedre rustet til å utføre oppdraget ditt.

### **Sett deg inn i mandatet for utvalget du er med i**

De ulike utvalgene har forskjellige mandater som gir rammer for hva brukerne har innflytelse på. Mandatet definerer hva slags oppgaver utvalget skal ha, og hva det er ment å være. Det kan være et rådgivende organ knyttet til et bestemt tiltak, eller det kan fungere på et mer overordnet nivå som for eksempel strategi og satsingsområder. Det er viktig at det er en felles forståelse for hvilke forventninger og muligheter det er innenfor disse rammene, og derfor er det en forutsetning at du får informasjon om dette på forhånd. Først når du vet det, ser du hvilken påvirkningsmulighet du egentlig har.

### **Si ifra hvis oppdragsgiver overser innspill eller gir uklare framstillinger av saker som er til behandling**

Du kan oppleve at dine innspill ikke blir tatt på alvor, og at det ikke er vilje til å lytte til de bidragene du kommer med. Da er det viktig at du gir klar tilbakemelding om dette. Skal din medvirkning være reell, må du oppleve at dine bidrag brukes til noe mer enn bare å sikre oppslutning om ledelsens synspunkter.

Ikke alle er like flinke til å framlegge saker på en forståelig måte. Mange organisasjoner utvikler et internt «språk» med egne referanser som kan være vanskelig å forstå for en utenforstående. Spesielt innenfor helsevesenet er det mange begreper som kan virke forvirrende. Noen ganger kan det også være vanskelig å se hva som kan være konsekven-

sene av et forslag. Da er det viktig at du sier ifra om det og ber om at sakspapirene utformes slik at de er forståelige for alle.

### **Slik legger du fram en sak**

Skal du få gjennomslag for dine synspunkter, finnes det måter å gå fram på som kan være til hjelp. Her er noen forslag:

- Spill inn saker til dagsordenen.
- Sørg for å dokumentere innspillene dine. Det kan du gjøre ved å samle inn brukererfaring fra andre, enten direkte eller via Kreftforeningen, pasient- og likepersonsorganisasjoner eller andre organisasjoner.
- Skaff deg allierte innenfor utvalget som du kan spille på lag med.
- Drøft saken med andre på forhånd så du kan få testet ut dine egne innspill.
- Forbered deg. Tenk ut hva du vil ha fram, og fokuser på ett eller to hovedpoeng.
- Øv deg på hva du skal si. Skriv det ned, og framfør det gjerne høyt for deg selv for å prøve ut formuleringene før møtet.
- Vær saklig og konkret.
- Begrunn innspillene dine.
- Vær konstruktiv, kom med konkrete forslag til løsning.
- Les referatet fra møtet og sjekk om innspillene er tatt inn, og hvordan de skal tas videre.
- Sørg for at forslag brukerutvalget har kommet med, også blir fulgt opp ved å ta saken opp igjen i nytt møte.



Øv deg på forhånd på hva du skal si. Da blir det lettere å formidle dine synspunkter i plenum.

## Søk råd fra organisasjonen din eller Kreftforeningen hvis du er usikker i en sak

Husk å bruke de ressursene du har tilgjengelig i egen organisasjon, enten det er Kreftforeningen eller en av pasient- og likepersonsorganisasjonene. Hvis du er i tvil om hva som er det riktige synspunktet å fremme, hjelper det å rådføre seg med noen andre som kjenner til problemstillingene du skal mene noe om.

## Lojalitetskonflikter

Selv om du som brukerrepresentant er utpekt av en organisasjon, sitter du ikke i et utvalg utelukkende som representant for denne organisasjonen. Samtidig må du forholde deg til de rammene som utvalget er pålagt å holde seg innenfor. Det betyr at du til tider må stille deg bak synspunkter som kan fravike fra dem din egen organisasjon står for. Du må være forberedt på at du kan oppleve å få kritikk fra «egne rekker» siden det ikke er så lett for utenforstående å se hvilke forutsetninger som lå bak en avgjørelse. Ser du at beslutninger kan falle uheldig ut for egen pasientgruppe, er det viktig å bringe saken tilbake til egen organisasjon, slik at denne – gjerne i samarbeid med Kreftforeningen – kan forsøke å påvirke gjennom andre kanaler.

## Vær forberedt

Du må gjøre en innsats for å kunne ivareta vervet ditt på best mulig måte, både i forkant av møter og underveis i prosessene. Du må være aktiv og strukturert, og det er viktig at du har satt deg inn i de sakene som skal tas opp. Tenk gjennom hvilke saker det er viktig at du engasjerer deg i, hvilke konsekvenser de kan få og for hvem, og pass på at du har nok informasjon til å kunne underbygge dine innspill.

### Husk

- møt på alle møter, og møt presis
- meld forfall hvis du ikke kan komme
- les gjennom sakspapirer og agenda på forhånd, og sett deg inn i problemstillingene
- drøft gjerne sakene med andre tillitsvalgte eller brukerrepresentanter på forhånd
- be om forklaring hvis det er noe du ikke forstår

## Hold deg orientert

Sørg for å få tilstrekkelig bakgrunnskunnskap, du har selv ansvar for å skaffe deg den nødvendige kunnskapen. Du må vite noe om systemet du skal virke innenfor, enten det er i helsevesenet eller i Nav, både hvordan det styres, og hva som ellers er med på å forme det. Du må ha en klar forståelse for hva din oppgave er, og sist, men ikke minst må du sørge for å vite mest mulig om dem du skal representere. I tillegg til egne erfaringer er det viktig at du innhenter informasjon og synspunkter fra andre brukere, enten direkte, via pasient- og likepersonsorganisasjonene eller Kreftforeningen.

### **Bruk de kanalene du har:**

- følg med på nyhetene
- oppdater deg på hva som skjer i Kreftforeningen og i egen organisasjon
- innhent informasjon fra likepersonsapparatet
- snakk med andre brukere
- ta en telefon til en kreftkoordinator eller en kreftsykepleier og spør andre fagfolk om hvor de mener at pasienter møter utfordringer
- sørg for at andre pasienter kjenner til at du er brukerrepresentant – inviter deg inn i lokallag, be helseforetaket eller Nav-kontoret om å sette opp oppslag på nettsider / i kontorer
- delta på seminar for brukerrepresentanter og regionale samlinger / møter i regi av Kreftforeningen

## Påse at innspillene kommer med i møteprotokollen

Dersom du er uenig i en sak, er det viktig at dine innsigelser tas med i referatene fra møtet. Da blir dine innspill synliggjort, og det bidrar til å vise at også andre synspunkter enn det som ble den endelige konklusjonen, var fremme i diskusjonen.



Sørg for å oppdatere deg på hvilke utfordringer kreftpasienter møter i sin hverdag. Da får du større muligheter til å kunne gjøre noe med dem.

# Benytt nettverket ditt

Selv om det av og til kan føles som om du står alene som brukerrepresentant, er det langt fra tilfellet. Du har et stort støtteapparat rundt deg som du kan dra nytte av, og det vil gi deg mye igjen dersom du er flink til å utnytte det.

## Egen kontaktperson i Kreftforeningen

Kreftforeningen har distriktskontorer som dekker alle landets fylker. Ved hvert kontor er det en ansatt som har ansvaret for å koordinere samarbeidet mellom Kreftforeningen og pasient- og likepersonsorganisasjonene lokalt. Distriktskontorene skal også følge opp og støtte brukerrepresentantene i deres arbeid i saker som har relevans for kreftrammede.

Kreftforeningens distriktskontorer har felles telefonnummer og postadresse: Postboks 4 Sentrum, 0101 Oslo. Telefon 07877. For oversikt over distriktskontorene, se [www.kreftforeningen.no](http://www.kreftforeningen.no).

Det er viktig at brukerrepresentantene representerer sine erfaringer også når det gjelder språk og kultur i helsevesenet.

## Søk støtte hos de øvrige pasient- og likepersonsorganisasjonene

Husk at du også kan få innspill fra de andre pasient- og likepersonsorganisasjonene. Det er også viktig å ta opp aktuelle saker med dem på forhånd slik at dine innspill avspeiler det rådende synet internt i organisasjonene. Undersøk også via likepersonsapparatet om du kan få et bedre innsyn i hvordan kreftpasienter flest opplever sin hverdag som bruker.

Oversikt over alle pasient- og likepersonsorganisasjonene.

## Søk støtte hos andre brukerrepresentanter

Nettverket av andre brukerrepresentanter er en viktig støtte. Der kan du lære mye om hvordan du kan fylle vervet på best mulig måte og dermed bli tryggere i rollen som brukerrepresentant. Det kan være til hjelp å diskutere hvordan synspunkter kan fremmes, når kompromisser skal aksepteres, og når man skal markere uenighet helt fram. Der kan du også få og gi innspill til hvordan representantrollen bør utformes i de ulike utvalgene.

## Rapportering og dialog

Husk å gi tilbakemelding til egen organisasjon og Kreftforeningen. Det er viktig at du formidler erfaringer og resultater underveis. Du skal rapportere til hovedstyret/sentralstyret i egen organisasjon én gang i året. Du bør også gi jevnlig oppdateringer til de regionale/sentrale forumene for brukermedvirkning som er etablert i samarbeid mellom Kreftforeningen og pasient- og likepersonsorganisasjonene. I tillegg til å melde fra om hvilke aktuelle saker som tas opp i utvalget du sitter i, må du også gi tilbakemelding om trivsel og utfordringer samt behov for bistand og opplæring.

### «Hvis pasienten fikk bestemme» – diagnostikk og behandling av brystkreft

Oslo universitetssykehus ønsket å gjøre noe med praksis rundt diagnostisering og behandling av brystkreftammede i sitt inntaksområde. Utfordringene var mange: blant annet var det ikke noe standardisert system for henvisninger fra allmennlegene, ventetidene for utredning var lange – opptil 12 uker – og behandlingen foregikk på flere steder.

For å bedre situasjonen ble det etablert et prosjekt: «Hvis pasienten fikk bestemme». Målet var å redusere ventetiden og usikkerheten for pasientene og skape en felles forståelse av hva det betyr å sette pasienten i sentrum. Det ble etablert en prosjektgruppe der pasient- og likepersonsorganisasjonene var representert (Brystkreftforeningen og Lymfekreftforeningen), og et designbyrå ble engasjert for å utarbeide forslag til nye rutiner og ny organisering.

Det nyskapende ved dette prosjektet var at man satte pasientenes opplevelser i sentrum gjennom dybdeintervjuer og observasjoner. Slik har prosjektet vært en øvelse i å trekke inn kunnskapen til det som omtales som «helsevesenets minst brukte ekspertgruppe». I tillegg gjennomgikk man rutiner, ansvarsfordeling og kommunikasjon.

Resultatene av prosjektet har vært at ventetiden er redusert med opp mot 90 prosent, dvs. ned mot én uke. Gjennom å tenke designmetodikk og brukermedvirkning har man klart å formidle en samlet forståelse av hva som er utfordringene til fagmiljøene og fått dem til trekke i samme retning.

Antakelig er det mange av de samme problemene som fører til flaskehalser og dårlig flyt i behandlingsforløpet ved andre behandlingssteder. Brukerne av tjenestene er de viktigste endringsagentene i helsevesenet. Ved å la dem komme til orde og legge premisser for tilrettelegging av tjenester er grunnen lagt for viktige endringsprosesser i norsk helsevesen.





Vårt håp er at tidligere kreftpasienter og pårørende engasjerer seg som brukerrepresentanter slik at alle pasienter får det så bra som mulig.

## Praktisk informasjon

### Database over brukerrepresentanter

Når du er godkjent av egen organisasjon, får du tilsendt et passord slik at du kan registrere deg i databasen (se side 13). Du har selv ansvaret for å holde profilen din oppdatert.

### Honorar/dekking av utgifter

Det er ulik praksis for hvordan du kompenseres for medvirkningen din. I utgangspunktet har du krav på godtgjørelse, men det er stor variasjon i hvordan det praktiseres. Det kan være timebetaling, møtehonorar eller et årlig beløp for å dekke forberedelser og andre kostnader. Noe arbeid må regnes som frivillig, ulønnet innsats. Sett deg inn i de reglene som gjelder for oppdraget, og spør hvis det er noe som er uklart. Du skal ikke ha personlige utgifter for å delta i et brukertvalg eller være brukerrepresentant.

### Hva gjør du hvis du må fratre i løpet av perioden?

Du må melde fra både til utvalget du sitter i, og til Kreftforeningen og sekretariatet i den organisasjonen som du representerer. Det må utnevnes en ny representant som kan ta din plass, så du bør ha tungtveiende grunner for å trekke deg.

## Huskeliste for brukerrepresentanter

- Sett deg inn i mandatet for utvalget du sitter i.
- Sørg for at du har kunnskap om hvordan systemet du er valgt inn i, er bygget opp, og hvilke føringer som gjelder for det nivået der du skal medvirke.
- Sett deg inn i problemstillingene på forhånd, og sørg for å ha de nødvendige saksopplysningene.
- Vær aktiv og konstruktiv, se helheten og ikke bare tenk på å ivareta egne interesser.
- Vær tydelig, men ikke konfliktskapende.
- Se etter løsningene, ikke bare problemene.
- Husk at du skal være talsmann for alle brukere, ikke bare formidle egne opplevelser eller din egen organisasjons synspunkter.
- Husk at du også må kunne se en sak fra forvaltningens side og ha forståelse for at det finnes rammer som begrenser handlingsmulighetene.
- Bygg opp et nettverk og bruk det aktivt.
- Sørg for å oppdatere deg jevnlig med informasjon om kreftpasienters kår så du har tilstrekkelig informasjon om dem du skal representere.
- Hold kontakt med egen organisasjon gjennom å avlegge rapporter, men også for å få hjelp i form av informasjon og opplæring.

Min egen huskeliste:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## De viktigste lovene

Det er et omfattende lovverk som skal sørge for faglig forsvarlighet innenfor helsevesenet og Nav-systemet. Lovverket definerer krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. En viktig del av dette arbeidet er å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende (brukere). Det betyr at virksomhetene må lage systemer for å innhente disse erfaringene, for eksempel via brukermedvirkning som en del av den kunnskapsbaserte praksisen (se figur under).

Her er en oversikt over noen av de viktigste lovene:

### Helsevesenet

- spesialisthelsetjenesteloven
- helse- og omsorgstjenesteloven
- helsepersonelloven
- pasient- og brukerrettighetsloven

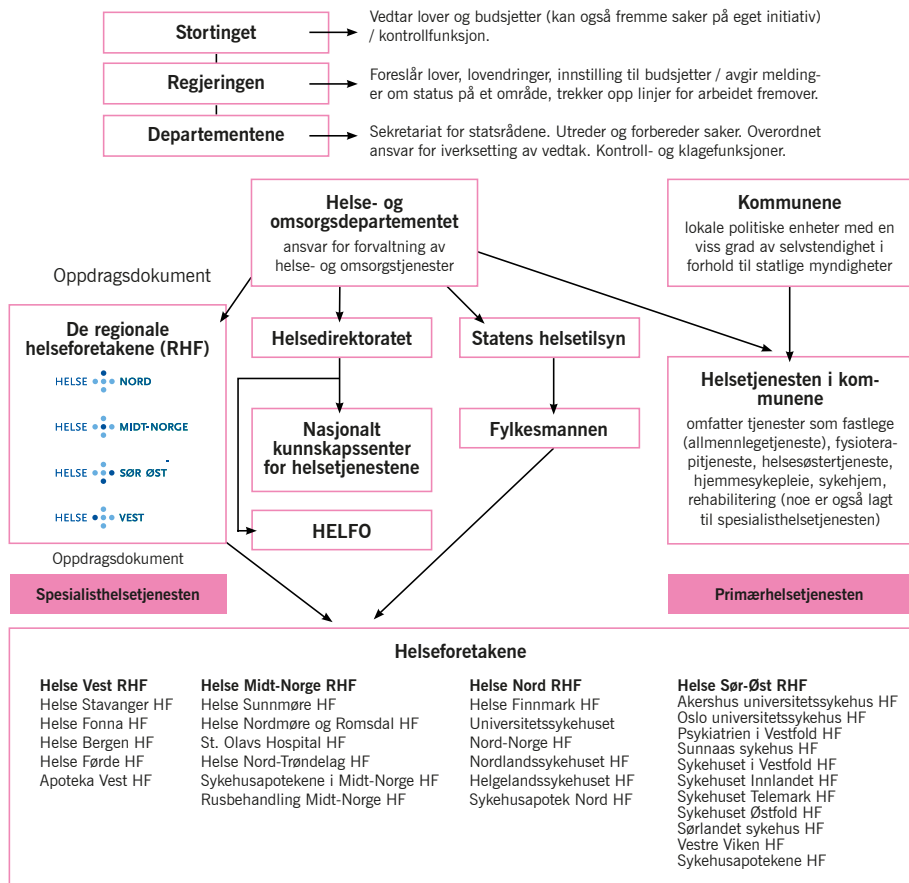
### Nav/sosialtjenester

- folketrygdloven
- helse- og omsorgstjenesteloven
- lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, også omtalt som NAV-loven
- gjeldsordningsloven

Du finner lovene på [lovdata.no](http://lovdata.no)



# Oppbyggingen av helsevesenet



**Oppdragsdokumenter.** Fra Helse- og omsorgsdepartementet går det årlig ut oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Oppdragsdokumentene er utformet på grunnlag av statsbudsjettet. Dokumentene har to formål:

- å stille styringskrav til de regionale helseforetakene
- formelt å stille midlene i Stortingets budsjettvedtak til disposisjon for helseforetakene

De regionale helseforetakene utformer igjen oppdragsdokumenter til sine underliggende helseforetak – en bestilling over tjenester som skal utføres i det kommende året. Oppdragsdokumentene er tilgjengelige bl.a. på Internett. Hvordan tiltakene i oppdragsdokumentet skal iverksettes, er en sak som bør behandles av brukerutvalget.

**Regionale helseforetak (RHF).** Ansvar for tilbudet av spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt geografiske område. Eier de offentlige sykehusene i regionen. Gir årlig et oppdragsdokument til det enkelte helseforetak – en bestilling over tjenester som skal utføres i kommende år. Foretakene avgir en årsmelding tilbake til sin helseregion.

**Helseforetak.** De offentlige sykehusene er organisert i helseforetak, som er styrt fra de regionale helseforetakene. Sykehusene har etter spesialisthelsetjenesteloven fire hovedoppgaver: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

**Hesledirektoratet.** Skal styrke den sosiale tryggheten og helsen til befolkningen gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helse- og omsorgspolitiske områder.

**Statens helsetilsyn.** Har overordnet faglig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene i Norge. Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over sosiale forhold, befolkningens helsetilstand og behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomhet i strid med lovgivningen.

**Fylkesmannen.** Fylkesmannen er statens representant i fylket. Overtok som regional tilsynsinstans i forbindelse med samhandlingsreformen i 2012, men er underlagt faglig instruksjonsmyndighet fra Statens helsetilsyn. Fylkesmannen er også klageinstans for saker innen sosialtjenesten og helse- og sosialtjenesten.

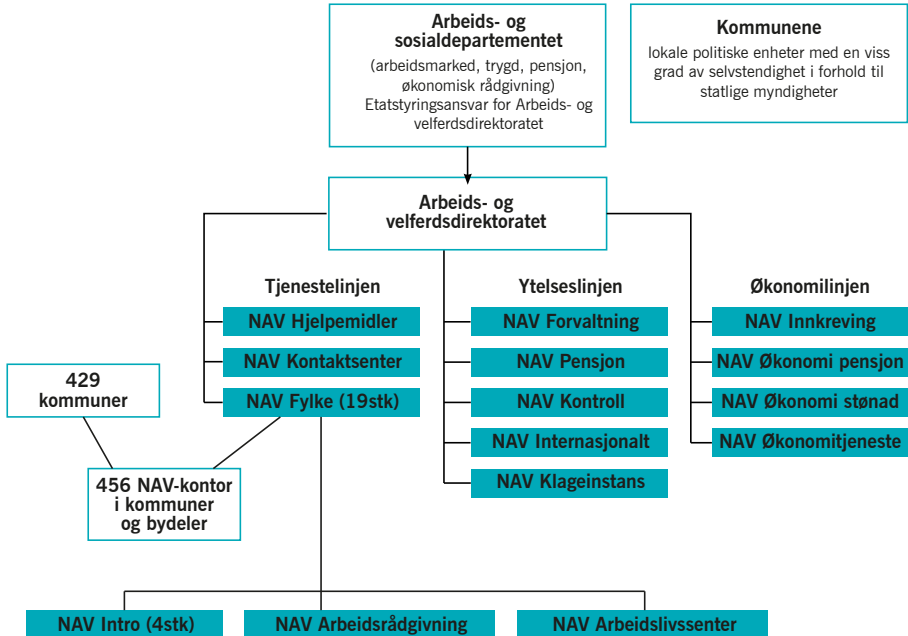
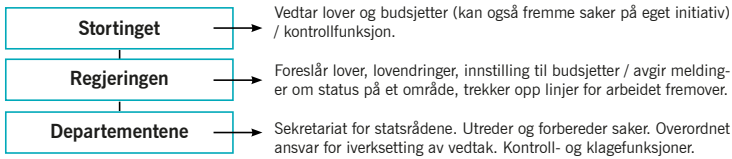
**Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).** Administrerer inn- og utmelding av fastlegeordningen samt bytte av fastlege på vegne av kommunene. HELFO håndterer også refusjon av utgifter til enkeltpersoner (bl.a. til behandling, legemidler o.a.) samt oppgjør til behandlere og leverandører utenfor sykehus (dvs. fastleger, legespesialister, psykologer og fysioterapeuter, kiropraktorer, logopeder, jordmødre, apotek, bandasjister, tannleger mfl.).

**Primærhelsetjenesten.** «Førstelinjen» i helsetjenesten, organiseres og finansieres av kommunen.

**Spesialisthelsetjenesten.** Ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten.

For mer informasjon om brukermedvirkning i RHF og helseforetakene, se Helsebiblioteket – velg Kvalitetsforbedring og derunder Brukermedvirkning.

# Oppbyggingen av Nav



Kilde: NAV.no (5.5.2014)

**Nav, Arbeids- og velferdsetaten (Nav)** har tre organisatoriske hovedlinjer; tjenestelinjen, ytelseslinjen og økonomilinjaen. Øverste ledelse er Arbeids- og sosialdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Fra Arbeids- og sosialdepartementet går det hvert år ut et tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet. Tildelingsbrevet inneholder blant annet mål, oppdrag, budsjettildeling og resultatkrav. Direktoratet utformer deretter mål- og disponeringsbrev til sine underliggende enheter. Dette er en bestilling av hva som skal utføres i løpet av året.



**Nav Klageinstans.** Ansvar for behandling av klager på vedtak innen Navs statlige ytelsesområder. Ansvar for faglig veiledning innad i etaten.

**Nav Kontaktsenter.** Telefonitjeneste og felles inngangsport til Nav.

**Nav Internasjonalt.** Ansvar for saker der norske statsborgere bosatt i utlandet har rettigheter etter norsk trygde- eller bidragslovgivning. Ansvar for utenlandske arbeidstakere i Norge som omfattes av norske regler. Behandler bidrags saker der en av partene er bosatt i utlandet.

**Nav Kontroll.** Skal forebygge, avdekke og anmelde misbruk av ytelser fra Nav. Nasjonalt ansvar for saker som angår yrkessykdom, lønnsgaranti ved konkurs, ventelønn og helseoppgjør.

**Nav Hjelpemidler og tilrettelegging.** Legge til rette for aktivitet, deltakelse, mestring og selvstendighet for personer i alle aldre med ulike former for funksjonsnedsettelse.

**Nav Pensjon.** Ansvar for saksbehandling, beregning og utbetaling av uførepensjon (ny uføretrygd fra 1.1.2015), AFP, alders-, gjenlevende-, krigs- og utenlandspensjon.

**Nav Fylke.** 19 fylkeskontorer som i partnerskap med kommunene har ansvar for driften av Nav-kontorene.

**Nav Kontor.** Brukerens møtepunkt med Nav. Kontoret veileder brukere på arbeids-, familie- og pensjonsområdet og følger opp brukere som trenger ekstra bistand for å komme i arbeid/aktivitet. Nav-kontorene er tuftet på et likeverdig partnerskap mellom stat og kommune. Partene har et selvstendig ansvar for sine tjenester. Den lokale samarbeidsavtalen mellom partene beskriver hvilke tjenester den enkelte kommune har valgt å legge til Nav-kontoret. Minimumskravet er økonomisk sosialhjelp, men de fleste kommuner har tillagt kontorene flere tjenester, for eksempel gjeldsrådgivning.

**Nav Forvaltning.** Sluttbehandler krav og foretar utbetaling av ytelser på arbeids- og familieområdet og under sykdom.

**Nav Arbeidsrådgivning.** Enheten skal bidra til å lette tilpasningen til arbeidslivet for brukere med helsemessige, psykiske eller sosiale utfordringer. Supplerer Nav-kontorene og gir tilbud til brukere som har behov for tjenester utover det Nav-kontorene kan tilby.

**Nav Arbeidslivssenter.** Bistår bedrifter, virksomheter og ansatte med å oppnå målene i avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

**Statens helsetilsyn** har det overordnede faglige tilsynet med kommunens virksomhet i arbeids- og velferdsforvaltningen. Fylkesmannen fører tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter lov om sosiale tjenester.

## Brukermedvirkning i kommunene

I samarbeidet mellom Kreftforeningen og pasient- og likepersonsorganisasjonene har vi foreløpig prioritert å organisere og rekruttere brukerrepresentanter til regionale helseforetak, helseforetak og NAV på fylkesnivå. Det er allikevel viktig å kjenne til rammene for brukermedvirkning i kommunene.

Per 2014 er Norge delt inn i 428 kommuner og 19 fylkeskommuner inkludert Oslo.

Kommunene er lokale politiske enheter med en viss grad av selvstendighet. Fra Stortinget har kommunene fått ansvaret for grunnleggende nasjonale velferdsordninger, som skole, barnevern og helse- og omsorgstjenesten. Kommunenes oppgaver framgår dels av kommuneloven, dels av særlovgivningen som for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven. Innenfor de rammene loven setter, har kommunene spillerom til å løse oppgavene slik de ser det som mest formålstjenlig. Lovene angir som regel det som omtales som minstekrav, men mange kommuner velger å tilby tjenester som er mer omfattende enn dette. Finansiering av kommunene gjennom skatt og rammetilskudd (frie inntekter) gir også den enkelte kommune frihet til å prioritere mellom ulike oppgaver.

Kommunene kan også påta seg de oppgavene de ønsker, så lenge de ikke er eksplisitt lagt til en annen forvaltningsenhet.

### **Kommunal organisering**

Reglene for hvordan kommunene skal organiseres og drives, er gitt i kommuneloven av 25. september 1992. Kommunene kan organiseres enten etter formannskapsmodellen eller etter den parlamentariske modellen.

Formannskapsmodellen: Dette er den vanligste organisasjonsmodellen i kommunene, og her utøves det kommunale styret med utgangspunkt i kommunestyret. Formannskapet velges av kommunestyrets medlemmer. De to organene ledes av kommunens ordfører. Ordføreren er også valgt av kommunestyret. Kommuneforvaltningen eller administrasjonen ledes av rådmannen/administrasjonssjefen. Kommunene har også faste politiske utvalg/komiteer for ulike saksområder, herunder helse og omsorg.

Den parlamentariske modellen: Denne organisasjonsformen brukes i dag i Oslo, Bergen og Tromsø. Bystyret/kommunestyret er høyeste styreorgan, og byrådet/kommunerådet utgår fra bystyrets flertall. Byrådet er den lokale «regjeringen» og leder kommunalforvaltningen slik regjeringen leder statsforvaltningen. Med denne modellen får ordføreren en rolle som på mange måter kan sammenliknes med den rollen stortingspresidenten har.

### **Helsetjenestene i kommunene**

Innenfor rammen av loven og de de oppgavene kommunene er pålagt å utføre, har kommunene stor frihet til å organisere helsetjenestene slik de selv finner mest hensiktsmessig.

I kommuner som følger den parlamentariske modellen, vil det gjerne være en politisk oppnevnt byråd med et spesielt ansvar for helse og omsorg. I kommuner som følger formannskapsmodellen vil være en kommunalsjef eller tilsvarende med ansvar for helse og omsorg. Dette er en administrativ stilling underlagt administrasjonssjefen/rådmannen. Kommunene er ikke pålagt å ha et eget politisk utvalg for helse- og omsorgssaker.

Kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) omfatter tjenester som fastlege (allmennlegetjenesten), hjemmesykepleie, sykehjem/pleie i institusjon, rehabilitering, legevakt, fysioterapitjeneste og helsestasjonstjeneste.

Staten ved Fylkesmannen har ansvar for å føre tilsyn og kontroll med helsetjenestene i kommunen.

## **Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen trådte offisielt i kraft 1. januar 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. I samhandlingsreformen ønsker man mer forebygging og tidlig innsats. Kommunene og de andre tjenestenivåene skal også samhandle bedre.

Videre skal blant annet helsetjenester flyttes nærmere der folk bor, og dermed får kommunene flere oppgaver. Samhandlingsreformen skal også sørge for sterkere brukermedvirkning. Blant annet skal brukere medvirke i arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Kommunenes ansvar har blitt større etter samhandlingsreformen. De har fått ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehusene fra første dag. Kommunene har fått plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp, som er døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon. Plikten skal fases inn i perioden 2012 til 2015. Tilbudet i kommunene vil bli både bredere og bedre etter hvert som samhandlingsreformen gjennomføres.

Fylkesmannen har i oppgave å følge opp samhandlingsreformen og bidra til at pasientsikkerhet, pasientrettigheter, forvarlighet i tjenestene og trygge pasientforløp blir ivaretatt. Fylkesmannen skal dessuten bidra til å samordne og støtte nasjonale, regionale og lokale aktørers arbeid med å innføre reformen gjennom nettverksbygging og erfaringsutveksling, og skal i tillegg gi råd og veiledning til regionale og kommunale aktører.

## **Brukerutvalg/råd**

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommuner sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Videre skal den kommunale helse- og omsorgstjenesten legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. I hvilken utstrekning dette gjennomføres i kommunene i dag, har vi ikke nok kunnskap om.

## Nyttige lenker / litteratur

Retningslinjer for samarbeid om brukermedvirkning i helseforetak og Nav. Kreftforeningen og pasient- og likepersonsorganisasjonene

Brukermedvirkning i Nav – når velferdsforvaltningen og brukerorganisasjonene skal jobbe sammen.

*Tone Alm Andreassen, Gyldendal Norsk Forlag, 2009*

Brukermedvirkning i helsetjenesten – arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser.

*Tone Alm Andreassen, Gyldendal Norsk Forlag, 2005*

Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. TF-rapport 284.

*Heidi Haukelien, Geir Møller og Halvard Vike, Telemarksforskning, 2011*

Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse.

*Anne Grete Jensen og Inger Marii Tronvoll (red.), Universitetsforlaget, 2012*

Mål og middel. Brukermedvirkning for full deltaking og likestilling. Håndbok for brukerrepresentanter fra funksjonshemmedes organisasjoner.

*Tove Eikrem Mork, FFO, 2006*

Fra bruker til samarbeidspartner – realisering av brukermedvirkning.

*Ann-Beate Myhra, Fagbokforlaget, 2012*

Retningslinjer. Representerende brukermedvirkning i LHL.

*LHL opplæring, 2008*

Veiviser i brukermedvirkning

*LHL opplæring, 2005*

Modulbasert brukeropplæring. Bruker Med Virkning.

*SAFO, FFO*

Brukermedvirkning i Helse Sør-Øst.

*2009*

Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse.

*April 2006*

www.helsebiblioteket.no inneholder dessuten en rekke artikler om brukermedvirkning.



«Et gram erfaring er verdt et tonn teori.» – Robert Cecil







**KREFTFORENINGEN**