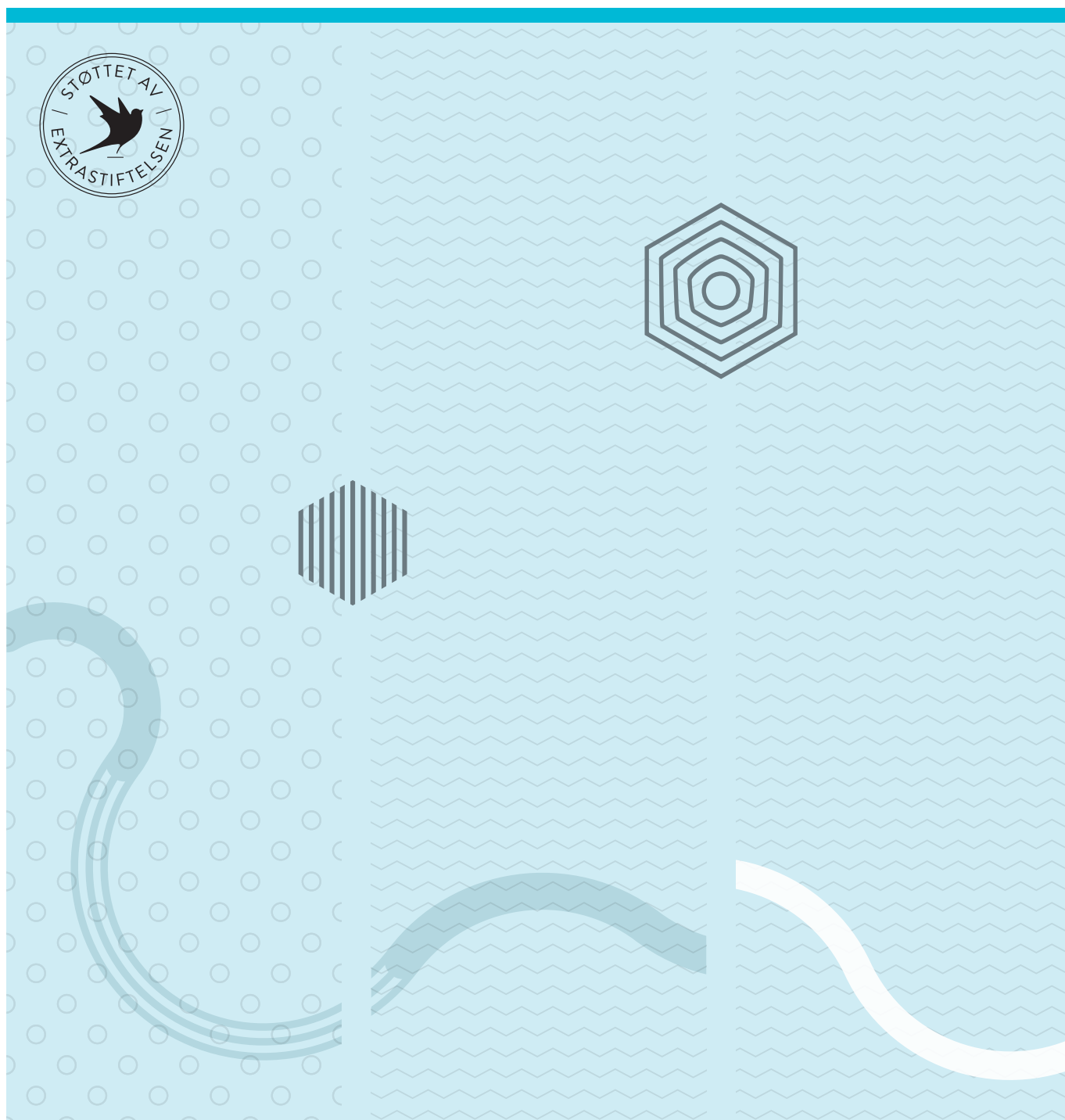


Reell brukervedvirkning eller bare ord?

– En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i brukervedvirkning ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus

Ottar Ness
Victoria Ibabao Edwards
Bengt Karlsson



Reell brukermedvirkning eller bare ord?

En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i
brukermedvirkning ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved
Oslo universitetssykehus

Forskningsrapport nr. 3, 2017

Ottar Ness, Victoria Ibabao Edwards og Bengt Karlsson

Drammen 2017

Senter for psykisk helse og rus

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Høgskolen i Sørøst-Norge

Reell brukermedvirkning eller bare ord?

En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i brukermedvirkning ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus

ISBN: 978-82-8290-022-5

Omslag: Høgskolen i Sørøst-Norge

© SFPR – Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge

Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Høgskolen i Sørøst-Norge
Postboks 7053
3007 Drammen
E-post: postmottak@hbv.no
Hjemmeside: <http://www.hbv.no/sfpr>

SFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde. Publikasjoner som omtaler, anmelder eller henviser til utgivelser fra SFPR, bes sendt til senteret.

Forord

Dette forskningsprosjektet har vært et samarbeid mellom Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Prosjektet er finansiert av OUS via midler fra Extrastiftelsen.

Vi vil gjerne rette en stor takk til deltakerne i dette forskningsprosjektet – spesielt de av deltakerne som har delt sine opplevelser, tanker og meninger på en generøs måte.

Vi vil takke spesielt Ann Færden, Kristin Lie Romm og Trude Røsæg for et godt og nyttig samarbeid om et viktig og spennende prosjekt!

Drammen, 17. januar 2017

Ottar Ness

Victoria Ibabao Edwards

Bengt Karlsson

**Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helse- og sosialvitenskap,
Høgskolen i Sørøst-Norge**

Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) arbeider for å utvikle et solid forskningsmiljø der forskere og beslutningstakere arbeider sammen med personer med brukererfaring, pårørendeerfaring og klinisk erfaring. Senteret ønsker å bidra til å styrke og utvikle den nasjonale og internasjonale kunnskapen innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder: 1) personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper, 2) person- og kontekstsentrerte tilnærminger, 3) familie- og nettverksperspektiver, 4) helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet, og 5) aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i kliniske praksiser.

I tillegg driver senteret en rådgivende og konsultativ funksjon overfor kommuner, brukerorganisasjoner, helseforetak og myndigheter. Senteret bidrar til utvikling og gjennomføring av utdanning og kompetanseutvikling, er en hospiteringsarena for gjesteforskere og samarbeidspartnere, og arbeider for å styrke forskerkompetansen ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved HSN. Forskningen ved senteret vektlegger kontekst i forståelsen av psykisk helse og psykiske helseproblemer, og for utøvelsen av psykisk helsearbeid. Lokalmiljøet er konteksten der arbeid med psykisk helse skal utvikles. Sentrale områder er arbeid, bolig, skole, fritid, lokalmiljø og de sosiale og materielle livsbetingelsene. Folkehelseperspektivet legger vekt på å fremme helse og sosialt liv på individ-, gruppe- og samfunnsnivå gjennom velvære og velferd, og det har også grunnleggende betydning for personers psykiske helse og i arbeid med psykisk helse. Forskningen ved Senter for psykisk helse og rus skal også synliggjøre at de sammenhengene og situasjonene folk lever og bor i, kan bidra til å lindre eller forsterke psykiske helseproblemer, så vel som at det sosiale og kulturelle mangfoldet kan støtte psykisk helse og bedring. Senteret legger stor vekt på tverrfaglighet og brukerinvolvering i prosjektutvikling og gjennomføring. Senteret har kompetanse innen kvalitative, kvantitative og triangulerende og blandede metodologier.

Prosjektnavn	Reell brukermedvirkning eller bare ord? En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i brukermedvirkning ved Klinikk psykisk helse og avhengighet Oslo universitetssykehus
Virksomhetsnavn	Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge, Postboks 7053, 3007 Drammen
Besøksadresse	Papirbredden – Drammen Kunnskapspark, Grønland 58, 3045 Drammen
Telefon	31 00 80 00
E-post og kontaktperson	Professor Bengt Karlsson, leder SFPR: bengt.karlsson@hbv.no – tlf.: 906 49 078
Hjemmeside	http://www.hbv.no/sfpr

Innholdsfortegnelse:

Forord

Sammendrag.....	s. 7
Kapittel 1: Innledning og bakgrunn.....	s. 8
Kapittel 2: Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen	s. 14
Kapittel 3: Presentasjon av funn.....	s. 19
Kapittel 4: Drøfting.....	s. 26
Referanseliste.....	s. 29
Vedlegg.....	s. 32

Sammendrag

Bakgrunn: Denne rapporten er en forskningsbasert evaluering av om metoden «tjenestedesign» gir reell brukermedvirkning i utviklingen av psykiske helsetjenester. Målgruppen for evalueringen er brukere og representanter for de lokale brukerrådene som har vært involvert i prosjektet «Endret skjerming. Økt verdighet og åpenhet» og «Hjelp meg, det haster» ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS). Extrastiftelsen har gitt midler for å kunne evaluere hvordan brukerne vurderer sin deltagelse i tjenstedesignprosessen, og spesielt om metoden tjenstedesign oppleves å gi reell brukermedvirkning. I tillegg er det evaluert om deres erfaringer er sentrale i de foreslåtte endringene.

Metode: Denne forskningsbaserte evalueringen ble gjennomført med bruk av fokusgruppeintervjuer, individuelle dybdeintervjuer og telefonintervjuer. I tillegg fylte alle deltakerne ut et skjema for å hente inn bakgrunnsinformasjon, demografiske data og en kvantitativ vurdering av noen utvalgte påstander om hva deltakerne mener om brukermedvirkning.

Funn: Studiens funn er følgende tre hovedtemaer: (1) *Tjenstedesign oppleves som inspirerende og skaper samarbeid*, (2) *Tjenstedesignerne bidro til å skape reell brukermedvirkning*, og (3) *Barrierer for reell brukermedvirkning i tjenstedesign som metode slik det er gjennomført i dette prosjektet*. Funnene viser at deltakerne opplever at de blir tatt på alvor i tjenstedesignprosessen. Deltakerne beskrev at tjenstedesign er en prosess som legger til rette for aktiv deltakelse fra både brukere og tjenesteytere, der informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer. Funnene viser også at det er viktig at de er flere med bruker- og pårørendeerfaring med i prosjektene, slik at de ikke blir i mindretall. Dette er viktig for å skape reell brukermedvirkning.

Konklusjon: Studien viser at deltakerne var svært fornøyde med å delta i to prosjekter som har benyttet tjenstedesign som tilnærming. Funnene fremhever at tjenstedesign bidrar til aktiv deltakelse, motivasjon, inspirasjon og kreativitet i prosjektene og bidrar til reell brukermedvirkning. Brukerne har opplevd seg lyttet til og respektert, og deres innspill har hatt betydning for prosjektenes utvikling og sluttresultat. Funnene viser også at det er viktig at de er flere med bruker- og pårørendeerfaring med i prosjektene, slik at de ikke blir i mindretall. Dette er viktig for å skape reell brukermedvirkning.

Kapittel 1: Innledning og bakgrunn

1.1. Bakgrunn

Denne rapporten er en forskningsbasert evaluering av om metoden tjenstedesign gir reell brukermedvirkning i utviklingen av tjenester innen psykisk helse. Målgruppen for evalueringen er brukere og representanter for de lokale brukerrådene som har vært involvert i prosjektet «Endret skjerming. Økt verdighet og åpenhet» og «Hjelp meg, det haster» ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS).

1.2 Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene

Brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten er lovfestet i helseforetaksloven § 35. På det helsefaglige området fikk pasienten en lovfestet rett til å medvirke i egen behandling gjennom pasientrettighetsloven (2001) og psykisk helsevernloven (1999). Brukermedvirkning vil si at man setter brukerens behov i sentrum. Dette gjelder når brukeren benytter offentlige tjenester, spesielt helse-, sosial-, arbeids- og trygdetjenester. Personer som er brukere av offentlige tjenester, skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. På denne måten skjer brukermedvirkning når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som gjelder deres egen behandling. For at tjenestene skal kunne hjelpe folk til å mestre hverdagen, må brukerne i større grad medvirke i tjenesteytingen. St. meld. nr. 34 (1996–1997) peker på at det er viktig å legge til rette for reell brukermedvirkning for alle.

Brukermedvirkning er en betegnelse som bare gir mening når den er reell. Dette er også en klart uttrykt premiss i dokumentene som er utarbeidet av helsemyndighetene og i politiske dokumenter (Meld. St. 16 [2010–2011]; St.meld. nr. 47 [2008–2009]; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organiseringen av det psykiske helsevernet (Stoltenberg et al. 2009).

Brukermedvirkning er et uttalt mål, men mangler ofte en klar definisjon. Arnstein beskrev i 1969 brukermedvirkning som et begrep med et innhold delt inn i åtte trinn. Hennes modell er blitt kritisert for å fokusere for ensidig på selve resultatene av brukermedvirkning og i liten grad ta hensyn til prosessene for brukermedvirkning (Hansen & Ramsdal, 2015; Tritter & McCallum, 2005). På bakgrunn av dette utviklet Hansen (2007) en skala der han legger vekt

på hvordan brukerne deltar i beslutningsprosessene. Hans skala går fra liten grad av brukermedvirkning (brukerperspektiv) til stor grad av brukermedvirkning (brukerstyring) og beskrives kort slik:

- *Brukerperspektiv*: Brukernes interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet uten at de deltar aktivt i selve beslutningsprosessen.
- *Brukerdeltakelse*: Brukerne får delta i beslutningsprosessene, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- *Brukerinnflytelse*: Brukerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- *Brukerstyring*: Brukerne deltar i beslutningsprosessen og har avgjørende innflytelse over hva som vedtas.

Det som er felles for både Arnstein og Hansens skalaer, er at begge forfatterne legger til grunn at deler av det som kalles brukermedvirkning, ikke er reell brukermedvirkning (Hansen & Ramsdal, 2015). Coulter (1999) understreker at brukermedvirkning derfor handler om hvordan brukerne deltar i og får innflytelse på beslutningsprosesser. Dette kan for eksempel nås gjennom et partnerskap mellom tjenesteytere og brukere (Hansen & Ramsdal, 2015). Et begrep som illustrerer denne formen for partnerskap, er delt beslutningstaking (*Shared Decision-Making*) (Hansen & Ramsdal, 2015). En slik prosess krever blant annet aktiv deltakelse fra både bruker og tjenesteyter, og en prosess der informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer (Hansen & Ramsdal, 2015; Storm & Edwards, 2013). Reell brukermedvirkning er noe man oppnår først når det foreligger brukerinnflytelse (Hansen, 2007; Hansen & Ramsdal, 2015).

1.3 Tjenestededesign i helse- og omsorgstjenester

Tjenestededesign er et nytt felt som har vokst frem de siste ti årene, og som er utviklet fra det engelske begrepet «service design» (Stickdorn, 2011). Det finnes ingen felles definisjon på hva tjenestededesign er. Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo, som utdanner tjenestededesignere bruker denne definisjonen: «Tjenestededesign handler om å forme og organisere en opplevelse. Formålet er å overføre verdi fra leverandør til bruker – fra sykehus til pasient, fra hotell til gjest, fra transportleverandør til reisende – på en effektiv, helhetlig og attraktiv måte» (Arkitektur- og designhøgskolen, 2015a).

Tjenstedesignere tar utgangspunkt i brukeren eller pasienten som mottaker av tjenester, og fokuserer på deres behov, ønsker og forventninger i utvikling av tjenester (Brown, 2009; Edman, 2011). Målet med tjenstedesign er å skape et felles møtepunkt mellom den aktuelle virksomheten, menneskene som inngår i denne, og teknologien eller tilbudet som gis. Norsk Form (2016) fremholder at tjenstedesign er en metodisk og kreativ tilnærming for å levere helhetlige, forståelige og attraktive tjenester med hovedvekt på brukernes opplevelser. I tjenstedesign utvikles tjenester på samme måte som det utvikles konkrete produkter. Hovedvekten ligger på det menneskelige og det personlige. Form, funksjon, opplevelse og effektivitet utvikles med utgangspunkt i brukernes og tjenesteleverandørenes behov og ønsker. Stickdorm (2011) beskriver fem prinsipper for å designe gode tjenester:

- 1 *Brukersentrering*, som innebærer at tjenesten skal bli sett gjennom brukerens øyne. Sentralt er at tjenesten ikke har verdi før den blir tatt i bruk, og da slik at den på best mulig måte ivaretar brukerens behov og preferanser.
- 2 *Samskaping*, som skjer gjennom at flest mulig og ulike brukere av tjenesten deltar i tjenstedesignprosessen.
- 3 *Sekvensiell utvikling*, som innebærer at tjenesten blir visualisert som en serie med sammenhengende hendelser. Man identifiserer ulike kontaktpunkter som samskapes for å utvikle en helhetlig tjeneste.
- 4 *Fremskaffing av fysiske bevis*, som peker mot at tjenester ofte er immaterielle og u håndgripelige, og kan gjøres mer fattbare ved å utvikle fysiske gjenstander som bidrar til å konkretisere tjenesten og dens innhold.
- 5 *Prinsippet om helhet*, der man legger vekt på den konteksten tjenesten befinner seg innenfor. Slik ser man tjenesten som en helhet i stedet for å fordype seg i enkeltelementer.

Stickdorm (2011) oppsummerer videre disse fem punktene i en sjekkliste for om man er i gang med å utvikle og designe en god tjeneste:

- 1 Har vi sett på tjenesten gjennom brukerens øyne?
- 2 Har vi involvert ulike brukere i designprosessen?
- 3 Har vi visualisert tjenesten som en serie av sammenhengende hendelser?
- 4 Har vi lagt vekt på tjenestens fysiske bevis?
- 5 Har vi tatt tjenestens kontekst i betraktning?

Tjenestedesignere har sin utdannelse fra Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO). AHO (2015b) beskriver fem steg i en tradisjonell designprosess: 1) kartlegging, 2) bearbeiding, 3) visualisering, 4) utvikling og 5) testing. Kartleggingen innebærer å gjøre seg kjent med tjenestens behov og om det trengs annen informasjon for å utvikle en god tjeneste. I bearbeidingsfasen analyseres funnene som er gjort i kartleggingsfasen, og man ser på hvilken kunnskap dette kan gi. Visualisering vil si at man vurderer hva som kan og skal bringes tilbake til andre deltakere i tjenestedesignprosjektet, og hvordan dette kan gjøres. I utviklingsfasen undersøker man hvilke nye løsninger som kan skapes for å gi svar på de behovene som er fremkommet under kartleggingen. Til sist gjenstår testingen av om utviklingen har bidratt til en god og forbedret tjeneste, og en vurdering av det nye designet kan testes videre i lys av behov og ønsker for tjenesten. Hele veien legger man vekt på hvordan resultatene kan tas i bruk i praksis. Kriterier for vellykket gjennomføring av prosjekter er forankring i ledelsen og at tjenestedesignprosessene har et langsiktig og helhetlig perspektiv.

Siden 2010 har det vært gjennomført ulike tjenestedesignprosjekter i helse- og omsorgssektoren i Norge. Et av de første var prosjektet «Trygg og informert fra A til Å». Målet var å forbedre brukeropplevelsen pasienter og pårørende hadde under ventetiden ved Legevakten i Oslo (Norsk Form, 2016). Prosjektet ble gjennomført av designbyrået Zoot i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Oslo Legevakt. Rapporten «Tiden inne for tjenestedesign?» (AHO, 2015) viser til 10 ulike kommunale tjenestedesignprosjekter. Noen eksempler på prosjekter er rekruttering av bussjåfører i et fylke, en mobilapplikasjon i et helseforetak, god skolestart for barn og unge, og rekruttering av trivselsvenner ved et sykehjem, så spennet er vidt. Man vet ikke mye om prosjekter som har benyttet tjenestedesignmetodologi innen utvikling av psykisk helsetjenester i Norge per nå, men en del er gjort internasjonalt gjennom Mayo-klinikken (<http://centerforinnovation.mayo.edu/>).

Det er slående at brukere (forstått som pasienter og pårørende) ikke er spurt om de opplever forbedringer, eller om de har vært involvert i selve prosessen med utvikling av tjenestedesign. En doktoravhandling (Engström, 2014) finner at det sjelden gjøres systematiske evalueringer av om pasienter og pårørende deltar i prosessen mot utvikling av nytt tjenestedesign, om de opplevde reell medvirkning i denne prosessen, og om de har muligheter for å evaluere om det nye tjenestedesignet svarer til deres behov og ønsker. En rapport av Crawford (2002)

gjennomgår litteratur på engelsk om brukerinvolvering i endringsarbeidet med helsetjenester. Rapporten finner at det er særlig innenfor helse-, sosial- og velferdstjenestene at brukere i form av pasienter og pårørende har vært involvert i forandringsarbeid på en systematisk måte gjennom forskning. Denne forskningen har i hovedsak benyttet seg av kvalitativ metodologi.

1.4 Prosjektet «Reell brukermedvirkning eller bare ord»

Ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS) har det i to prosjekter blitt brukt tjenestedesign som metode. Målet har vært at brukernes erfaringer skal være i sentrum, slik at de får reell innflytelse på forslag til endringer av tjenestene. De to tjenestedesignprosjektene har vært «Endret skjerming. Økt verdighet og åpenhet» og «Hjelp meg, det haster». Målet med begge prosjektene var å endre tjeneste- og behandlingstilbudet, og informasjon fra brukerne av tjenestene har vært sentralt i begge prosjektene. Ideen til prosjektet knyttet til skjerming kom fra de ansatte. I dette prosjektet var det sentralt å få informasjon fra brukere med egenerfaring fra opphold på skjermete enheter om hvilke endringer de ønsket og mente var viktigst. Det andre prosjektet har som mål å gjøre det enklere og raskere for pasienter å komme i kontakt med psykiatrisk spesialisttjeneste. Også dette prosjektet ble til på initiativ fra ansatte. Begge prosjektene har hatt representanter fra brukerrådet ved klinikken med i prosjektutforming, styringsgrupper og prosjektgrupper.

Prosjektene har engasjert hvert sitt tjenestedesignfirma til å gjennomføre informasjonsinnhenting og komme med forslag til endringer. De hadde et behov for å få hjelp til å se seg selv utenfra. Med denne bakgrunnen ønsket de å bruke utenforstående til å få frem behov og løsninger i prosjektene. Det andre var behovet var å få hjelp til å tenke kreativt, utenfor boksen for å få frem nye løsninger.

1.5. Evalueringsprosjektets målsetting

Extrastiftelsen har gitt midler for å kunne evaluere hvordan brukerne vurderer sin deltagelse i tjenestedesignprosessen, og spesielt om metoden tjenestedesign oppleves å gi reell brukermedvirkning, samt om deres erfaringer er sentrale i de foreslåtte endringene. Bakgrunnen er at tjenestedesignmetoden som benyttes i de to overnevnte prosjektene, skal brukes videre i andre prosjekter. Evaluering av begge prosjektene med vekt på reell brukermedvirkning vil kunne styrke resultatene og gi en mer allmennyttig verdi. Først og fremst vil det være med på å vise om man har lyktes med å involvere brukere på en måte som oppleves som meningsfull for brukeren selv, og som sikrer kvalitet og treffsikkerhet i

løsningen. Metoden tjenestedesign er ikke tidligere i stor grad brukt innen psykisk helsevern i Norge, og det er derfor viktig å evaluere brukernes erfaring med denne metoden. Erfaringene som kommer frem, er nyttige for brukerne og deres organisasjoner, for psykisk helsevern og AHO, samt de to engasjerte firmaene.

Målgruppen for evalueringen er brukere og representanter for de lokale brukerrådene som har vært involvert i prosjektene (1) «Endret skjerming. Økt verdighet og åpenhet» og (2) «Hjelp meg, det haster». Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus (OUS) har definert at målet med evalueringen er å evaluere hvordan brukere og representanter for lokale brukerråd vurderer sin deltakelse, spesielt om metoden med utvikling av tjenestedesign oppleves å gi reell brukermedvirkning, og om deres erfaringer er sentrale i utviklingsprosessen knyttet til de foreslåtte endringene. Dette målet er operasjonalisert i følgende tre forskningsspørsmål:

- 1 Hvilke erfaringer har brukere og brukerrådsrepresentanter som har deltatt i tjenestedesignutviklingen, med sin deltakelse i de to prosjektene?
- 2 Opplever det at metoden som ble benyttet til tjenestedesignutvikling, bidro til reell brukermedvirkning?
- 3 Opplever brukere og brukerrådsrepresentantene at deres forslag og bidrag er tatt med i de foreslåtte endringene til forbedringer?

1.6 Rapportens oppbygging

Etter dette innledende kapittelet vil det i kapittel 2 redegjøres for metodologien som er benyttet i denne forskningsbaserte evalueringen. Hovedvekten vil bli lagt på kapittel 3, hvor presentasjonen av studiens funn vil bli fremstilt. Kapittel 4 drøfter funnene i relasjon til studiens hensikt og forskningsspørsmål, og vil på denne bakgrunn gi en konklusjon.

Kapittel 2: Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen

2.1 Organisering av studien

Denne forskningsbaserte evalueringsstudien er utarbeidet av Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Prosjektansvarlige har vært dekan Heidi Kapstad og professor Bengt Karlsson. Professor Ottar Ness har vært prosjektleder, og Victoria Ibabao Edwards har vært medforsker.

2.2 Gjennomføring av evalueringsstudien

Arbeidet med studien har pågått siden juni 2016 og avsluttes med denne rapporten, som leveres til Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS) 17. januar 2017. Denne tidsperioden rommer alt fra utforming av metoder for datainnsamling til analyse og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Studien startet med et oppstartsmøte mellom ansatte i Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS), overlege og psykiater Ann Færden, ph.d., og prosjektansvarlig professor Bengt Karlsson. Her ble forventninger til evalueringen avstemt og den videre fremdriften for prosjektet fastsatt. Oppstartsmøtet var viktig for å avklare mandatet for evalueringen og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget innebar. På bakgrunn av dette møtet ble det utarbeidet semi-strukturerte intervjuguider til bruk i fokusgruppeintervjuene og de individuelle telefonintervjuene (vedlegg 3). Målet med samarbeidet var å sikre at forhold som Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS) ønsket å belyse, ble inkludert i intervjuene. Deretter ble det i fellesskap utviklet et informasjonsskriv om forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring for deltakerne i studien (vedlegg 2). Prosjektet er tilrådt fra personvernombudet for forskning ved Oslo universitetssykehus (vedlegg 1).

2.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen for studien er gjort gjennom fokusgruppeintervjuer, individuelle dybdeintervjuer og telefonintervjuer. I tillegg fylte alle deltakerne ut et skjema (vedlegg 4) for å hente inn bakgrunnsinformasjon, demografiske data og en kvantitativ vurdering av noen utvalgte påstander.

2.3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ datainnsamlingsmetode som har sin styrke ved åpen diskusjon og refleksjon over erfaringer deltakerne i fokusgruppene har til felles (Krueger & Casey, 2009; Malterud, 2012). Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju, og det var fire deltakere med i fokusgruppen. Gjennom gruppediskusjonen ble deltakerne gitt mulighet til å beskrive og reflektere over sine subjektive forventninger, opplevelser, erfaringer, synspunkter og holdninger (Lerdal & Karlsson, 2008; Svisdahl, Moltu og Sletvold, 2010) knyttet til det å delta i tjenstedesignprosjektene ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved OUS.

Samtalen ble tatt opp på bånd og transkribert for videre analyser. Oppsummert har evalueringsmetoden forsøkt å legge til rette for både strukturert og åpen datainnsamling, og for å hente så god kunnskap som mulig i lys av våre forskningsspørsmål.

Til fokusgruppeintervjuene ble det utviklet en intervjuguide (se vedlegg 3) som er basert på de tre nevnte forskningsspørsmålene. I arbeidet med å utforme intervjuguiden samarbeidet vi med ansatte ved SFPR som har dobbelkompetanse. Deres kompetanse innebærer at de både har erfaringer med psykisk-helse-utfordringer og bruk av tjenester innen psykisk helse. I tillegg har personene bachelor-, master eller doktorgrad innenfor de nevnte områdene.

Gjennomføring av intervjuene med de ansatte ble gjort av professor Ottar Ness og medforsker Victoria Ibabao Edwards. Basis for intervjuene har vært intervjuguiden som er fremstilt i vedlegg 3. Fokusgruppeintervjuet ble holdt i august 2016 og varte i to timer.

2.3.2 Kvalitative dybdeintervju

Ikke alle deltakerne kunne være med i et fokusgruppeintervju. Samtidig ønsket de å fortelle om sine erfaringer med å delta i tjenstedesignprosjektene. Følgelig ble én person intervjuet ansikt til ansikt gjennom et individuelt dybdeintervju, og to andre ble intervjuet over telefon.

Vi valgte å benytte et semi-strukturert intervju, som ofte også omtales som et dybdeintervju (Tjora, 2011) for å intervju de tre deltakerne. Semi-strukturert intervju som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv der forskeren søker å forstå informantenes opplevelser samt hvordan informantene reflekterer over dette (Kvale & Brinkmann, 2009; Tjora, 2011). Et semistrukturert intervju ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuformen er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men foretas i tråd med en intervjuguide (se vedlegg 4).

Målet med å bruke et semi-strukturert intervju var å skape en situasjon som ga rom for en relativt fri samtale som kretset rundt informantenes erfaringer og opplevelser ved å delta på tjenestedesignprosjektene (Tjora, 2011).

2.3.3 Kvantitativ datainnsamling

SPFR utviklet et kvantitativ spørreskjema (se vedlegg 4) med en del som tar for seg demografiske opplysninger som alder, kjønn, erfaring med psykisk helsetjenester m.m. og en annen del som tar utgangspunkt i arbeidet «Measuring the Magic?», som er utviklet ved Participation Works Partnerships (www.participationworks.org). Her er hensikten å kartlegge opplevde endringer i organisasjoner som har som mål å inkludere brukere i endringsprosesser. Ut fra dette ble det utviklet et kort spørreskjema tilpasset konteksten for denne evalueringen. Disse beskrivelsene blir beskrevet i funnkapittelet.

2.4 Rekruttering og utvalgsbeskrivelse

Informasjon om deltakelse i studien ble delt ut til samtlige deltakere ved de to tjenestedesignprosjektene. Det var 12 deltakere som sa de var interesserte i å delta i evalueringen. Alle ble invitert til fokusgruppeintervjuer. Det ble forsøkt med flere datoer for å kunne få flere til å stille til intervju. Fire personer kom til det første fokusgruppeintervjuet og én person kom til det andre fokusgruppeintervjuet, noen hadde meldt forfall i forkant av intervjuene, mens noen ikke kom av andre grunner. Vi valgte derfor å utvide datainnsamlingen med å tilby dybdeintervjuer med personer som ikke kunne delta på fokusgruppeintervjuene. To personer takket ja til å bli intervjuet på telefon. Til sammen sju deltagere ble intervjuet i denne studien. I fokusgruppeintervjuet var det tre menn og én kvinne. Det var to menn og én kvinne som ble intervjuet individuelt. Alderen på deltakerne varierte mellom 32 år og 57 år. En av deltakerne hadde pårørendeerfaring. For å ivareta anonymitet beskrives deltakerne generelt: Alle brukerne var norske statsborgere, de hadde enten utdanning fra videregående skole eller høgskole/universitet, de fleste hadde arbeid, én var under utdanning og én var på jakt etter arbeid. Alle bodde i egen bolig. Seks hadde erfaring med å ha vært innlagt som pasient ved en psykiatrisk avdeling, og tre hadde erfaring med å ha vært innlagt ved akutt-psykiatrisk avdeling ved OUS. Intervjuene ble gjennomført i perioden fra august til oktober 2016.

2.5 Dataanalyse

Analysen av data fra fokusgruppeintervjuet og de individuelle intervjuene ble gjennomført ved en hermeneutisk (tolkende) tilnærming med en innholdsanalyse i fire *trinn* (Kvale & Brinkmann 2009). De fire trinnene er følgende: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere og kondensere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og 4) sammenfatte betydningen av dette. Etter gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene ble de transkriberte tekstene først lest av forskerne. Dette ble gjort flere ganger for å få et helhetsinntrykk av samtalenes innhold. Alle tekstene ble lest enkeltvis. Det ble gjort fortløpende markeringer i margen med spørsmål til tekstens innhold og mulige mening, og hvilke temaer som preliminært kunne identifiseres og kondenseres. Deretter gjennomførte forskerne (de samme som leste transkripsjonene) en tentativ analyse av tekstene. På bakgrunn av denne analysen utspilte det seg en tematisering av de meningsdannende enhetene.

Denne analysemetoden ble fulgt også i fase 4, der det ble gjort en felles og samlet vurdering av de tre foreløpige analysene sett i relasjon til hverandre. Alle tekstene ble da lest på nytt for å kunne gi et helhetsinntrykk og deretter bli sammenlignet med hverandre i relasjon til fellestrekk, forskjeller, mønstre og variasjon. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst (Kvale & Brinkmann, 2009). De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble sett i relasjon til hverandre og deretter kodet. Kodene ble abstrahert til sentrale temaer som kom frem i materialet. Utgangspunktet var de identifiserte meningsenhetene som var forankret i sitater fra deltakernes utsagn. Funnene som kom frem i analysen, ble følgende tre hovedtemaer: (1) *Tjenstedesign oppleves som inspirerende og skaper samarbeid*, (2) *Tjenstedesignerne bidro til å skape reell brukermedvirkning*, og (3) *Barrierer for reell brukermedvirkning i tjenstedesign som metode slik det er gjennomført i dette prosjektet*.

2.6 Forskningsetiske refleksjoner

Prosjektet er tilrådt fra personvernombudet for forskning ved Oslo universitetssykehus (vedlegg 1). Alle deltakerne ble informert om studiens bakgrunn og hensikt gjennom skriftlig informasjonsmateriell og ved muntlig informasjon fra kontaktpersonen som rekrutterte dem til å delta i studien. Det ble redegjort for hva det innebar å delta, at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien og be om at deres opplysninger i så fall ble slettet (vedlegg 2). Rapporten skal formidles på en måte som ivaretar deltakernes anonymitet.

Det ble informert om at data fra studien ville bli slettet ved prosjektslutt, og at studien var finansiert av Extrastiftelsen.

Gitt den valgte rekrutteringsprosedyren ble det sterkt vektlagt at deltagelse var frivillig, og at å avstå fra å delta ikke ville ha noen konsekvenser for deltagelsen ved likepersongruppene. Til tross for dette kan en ikke utelukke at noen kan ha følt seg forpliktet til å delta, men det kom ikke frem ytringer eller andre signaler som kunne tyde på dette.

2.7 Metodiske utfordringer

Alle deltakerne fikk lest funnkapittelet for å gi kommentarer og innspill. Det kom ingen kommentarer tilbake.

Det kunne vært interessant å gjennomføre en mer omfattende spørreundersøkelse om deltakernes meninger om brukermedvirkning og tjenestedesign, da spørreskjemaet som ble brukt i denne evalueringen, bare gir en deskriptiv oversikt over meningene til deltakerne.

I prosjektet «Endret skjerming. Økt verdighet og åpenhet» var både brukere, pårørende og ansatte med. I evalueringen er det kun pasienter og pårørende som ble intervjuet. Det er en svakhet ved studien at det kun var én pårørende som ble intervjuet. Ved å intervju flere pårørende og brukere ville vi kanskje ha fått frem mer variasjon og bredde i funnene.

Kapittel 3: Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil vi presentere funnene som kom frem i analysen basert på ett fokusgruppeintervju og tre individuelle intervjuer med deltakere i de to tjenstedesignprosjektene 1) «Endret skjerming. Økt verdighet og åpenhet» og 2) «Hjelp meg, det haster». Forskningsspørsmålene har handlet om å få frem erfaringer om deltakelsen og hvilken betydning tjenstedesign har hatt for brukermedvirkning i prosjektene. Funnene er: (1) *Tjenstedesign oppleves som inspirerende og skaper samarbeid*, (2) *Tjenstedesignerne bidro til å skape reell brukermedvirkning*, og (3) *Barrierer for reell brukermedvirkning i tjenstedesignprosesser*. Først vil vi beskrive de kvantitative funnene fra spørreskjemaet.

3.1. Deskriptive funn fra kvantitativt spørreskjema

3.1.1. Erfaringer med brukerinvolvering/brukermedvirkning

Spørsmål 1: Har du erfaring med å medvirke i kraft av dine erfaringer som bruker av tjenester? (N = 7)

Ja	Nei
7	0

Alle deltakerne i evalueringen hadde erfaring med å medvirke i kraft av å ha vært bruker av tjenester. Svaret sier ingenting om innholdet eller om deltakerne var fornøyde med medvirkningen; dette kommer frem i intervjuene.

3.1.2. Hva deltakerne mener om brukermedvirkning

Spørsmål 2: Har du erfaring med brukermedvirkning? (Du kan sette flere kryss)

	Ja	Nei
I møte med behandler	6	1
Sammen med andre brukere	5	2
Ved en psykiatrisk avdeling	5	2
Som medlem av en brukerorganisasjon	4	3
Som medlem av råd eller utvalg ved et tjenestested	5	2

De fleste av deltakerne har erfaring med brukerinvolvering/brukermedvirkning. De fleste som deltok hadde erfaring fra deltakelse i brukerråd.

3.1.3. Hvordan vurderer deltakerne brukermedvirkning

Spørsmål 2: Hvordan vil du vurdere følgende utsagn? (For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er veldig enig i utsagnet, mens ring rundt 1 er veldig uenig). (N = 7)

1	Brukerne påvirker beslutningene om hvordan tjenestene skal se ut.	2,7
2	Beslutningene blir bedre ved å involvere brukerne i tjenesteutviklingen.	5,1
3	Tjenestene blir bedre ved å involvere brukerne i beslutningsprosessene.	5,0
4	Lokalsamfunnet blir bedre ved å involvere brukerne i tjenesteutviklingen.	5,0
5	Brukere som har reell medvirkning drar nytte av å delta i tjenesteutviklingen og i beslutningsprosessene.	5,2
6	Andre personer drar nytte av at brukere deltar i tjenesteutvikling og beslutningsprosessene.	5,2

Deltakerne har skåret høyt på om betydningen av at brukermedvirkning er viktig i tjenesteutvikling og i beslutningsprosesser. De skårer lavt der de vurderte om denne brukermedvirkningen er reell.

3.2 Kvalitative funn

3.2.1 Tjenestedesign oppleves som inspirerende og skaper samarbeid

Et sentralt tema som ble identifisert gjennom analysen, var at deltakerne opplevde at å arbeide med tjenestedesignbyråene var inspirerende. Dette handlet om at de opplevde at de ansatte i tjenestedesignbyråene hadde andre og mer nyttige og kreative arbeidsmetoder enn de tidligere hadde erfart med ulike konsulentfirmaer eller interne prosjekter ved sykehuset. Deltakerne fremhevet spesielt bruken av visualisering og videointervjuer som tilnærming. Dette gjorde at de kunne se helheten i prosjektet bedre. De opplevde at de som ledet prosessene, var gode til å se sammenhengen mellom det som ble diskutert, og prosjektene.

«Jeg opplever at de er flinke til å se sammenhengen. De fokuserte på at hvis vi skal gjøre det, hva må da til for å komme til neste ledd?»

De reflekterte over hvor godt det var å kunne få visualisert arbeidet, fremfor å få skrevet lange skriftlige rapporter, basert på intervjuer og spørreskjemaer.

«Jeg liker veldig godt måten tjenstedesignerne arbeidet på. Det var veldig kreativt. På den måten var det enklere for meg å forstå og bidra med noe når jeg kan se bilder, enn hvis jeg må lese en rapport på 100 sider først.»

Dette var alle deltakerne enige i. De syntes det var spesielt nyttig med visualiseringene som ble laget av det som ble sagt, både i møtene der de diskuterte prosjektet, og der tjenstedesignerne la frem oppsummeringene fra møtene.

«Jeg syns det var nyttig at de laget en plansje med figurer som de hengte opp på veggen. Det gjorde det vi snakket om mer konkret og det ble enklere å se hvordan prosjektet faktisk kan gjennomføres.»

Deltakerne diskuterte også at de satte pris på at det var en annen yrkesgruppe, med en annen yrkeserfaring enn psykisk helse som ledet prosessene. De opplevde at tjenstedesignerne kunne lede prosesser på en mer «fri» måte enn interne og andre personer med erfaringer fra psykisk helsevern. Dette opplevde deltakerne som befriende. Dette bidro til at de opplevde at de ble mer kreative enn i tidligere prosesser de hadde vært med i.

«Tjenstedesignerne som kom inn her var frie fra å vite hvordan det egentlig skulle være. Dette gjorde at jeg ble mer kreativ enn før.»

De fortalte videre at måten tjenstedesignerne arbeidet på, bidro til å øke samarbeidet mellom de som hadde ulike erfaringer i gruppen, alt fra fagpersoner til brukere og pårørende. Dette betydde at i stedet for at det ble en debatt om hvilke løsninger som ble best, så samarbeidet de mer om å finne nye løsninger. Dette innebar at de fikk lov til å være uenige, og at denne uenigheten var et startpunkt for å undersøke ulike løsninger.

«Vi fikk tid og anledning til også å være uenige og komme frem til nye løsninger som vi ikke hadde tenkt på før, og det skapte bedre løsninger enn jeg hadde trodd på forhånd.»

Noe som var sentralt for å få til dette samarbeidet, og som deltakerne opplevde som inspirerende, var at tjenstedesignerne klarte å etablere en kultur på møtene der det var mulig å tenke nytt. De fortalte at alle fikk en penn hver og de satt rundt bord og kunne gå rundt å skrive på plansjene som var hengt opp. Dette opplevde de la til rette for at alle kunne bidra.

«Jeg syns det var veldig nyttig at vi hadde en penn hver. Dette gjorde det enklere å delta. Tjenestedesignerne skapte en kultur der det ikke var farlig å kaste seg på og skrive en tanke på plansjene.»

En annen sa at:

«Tjenestedesignerne fikk frem det beste i oss. Jeg opplevde også at det virket inn på de fagpersonene som satt der.»

Oppsummert opplevde deltakerne på begge prosjektene at tjenestedesignerne hadde nye måter å arbeide på. Disse arbeidsmåtene bidro både til inspirasjon og samarbeid. Dette opplevde de bidro til nye og bedre løsninger i prosjektet.

3.2.2 Tjenestedesignerne bidro til å skape reell brukermedvirkning

Deltakerne fortalte om mange opplevelser av at de erfarte reell brukermedvirkning med å delta i tjenestedesignprosessen. De fortalte at tjenestedesignerne virkelig var opptatt av å få høre hva deltakerne hadde av forslag og tanker for å få til bedre løsninger på prosjektene. De fortalte at de opplevde at tjenestedesignerne ikke bare var opptatt av å høre om alt som var riktig og galt, men også å høre om deres ideer om forbedringspotensialer i prosjektene.

«Noe av det mest interessante var tjenestedesignerne. De var interessert i å vite hva pasientene mente. Vi var med på en del tankeutvekslingsmøter hvor vi satte lapper på veggen om hva som var viktig, og hva som ikke var viktig, og diskuterte. Vi diskuterte det virkelig på alvor. Det ble tatt på alvor fra tjenestedesignernes side.»

I tillegg opplevde de at det var viktig at tjenestedesignerne ikke vurderte forslagene som kom, men skrev ned alt.

«Det virket som at tjenestedesignerne var genuint interessert i å høre hvilke erfaringer vi har, og hvilke tanker vi har rundt eventuelle forbedringspotensialer. Jeg synes de tok imot meg på en god måte og lytta til det jeg hadde å si. De skrev ned alt på post-it-lapper, så alt ble med i arbeidet videre.»

På denne måten opplevde deltakerne seg respektert i tjenestedesignprosessen.

«Mine spørsmål ble respektert. Jeg vil si kanskje på en annen måte enn hva jeg ellers hadde opplevd og forventet.»

Etter at tjenstedesignerne hadde hatt sine prosesser og møter med deltakerne, gjennom videointervjuer, visualiseringer og diskusjoner, fortalte deltakerne at tjenstedesignerne ga dem en presentasjon basert på det de hadde samarbeidet om. Dette ledet an til en workshop der de skulle samarbeide om hvordan prosjektet skulle løses. Dette opplevde de som en positiv erfaring:

«Det var tjenstedesignerne som ga den presentasjonen. Vi var ganske mange som var her. Vi som representerte brukere eller pårørendesiden på systemnivå var ganske enige, og kjente oss godt igjen i både de pasient-utsagnene og de pårørendes utsagnene som ble presentert. Så hadde vi en workshop på hvordan løsningene på prosjektet kunne bli. Der hadde vi en brainstorming hvor vi flytta fra bord til bord med litt ulike tema. Jeg opplevde at tjenstedesignerne jubla hver gang det kom forslag og initiativ fra bruker/pårørende/pasient-perspektivet.»

En gjennomgangstone var at deltakerne opplevde at forslag og ideer de hadde, ble tatt med videre inn i presentasjonen av sluttproduktet som ble fremstilt av tjenstedesignerne til OUS. Dette handlet om at de hadde påvirkning og ikke bare ga tilbakemelding, som bidro til at de opplevde at de hadde brukervedvirkning:

«Jeg tenker at det vi har sagt i møtene, har blitt tatt med i prosessen. Alt har ikke kanskje kommet med. Jeg føler at de har inkludert tilbakemeldingene fra brukerne. Men jeg mener at når det skal settes i gang bør de ha med en bruker eller to i prosjektet da òg, for at det skal bli reell brukervedvirkning.»

En annen av deltakerne sa:

«Da mener jeg at mine ord og uttalelser får en konsekvens. Det er når det blir endring i praksis, da har det vært reell brukervedvirkning. Men du kan si at jeg ble tatt på alvor i prosjektet både av tjenstedesignerne og fagpersonene. Det er også en type reell brukervedvirkning. Jeg opplevde at tjenstedesignerne møtte meg med et åpent sinn, uten fordommer. Mine meninger ble vurdert og diskutert ordentlig. Jeg ble tatt på alvor.»

Oppsummert fortalte deltakerne om at de hadde opplevd reell brukervedvirkning gjennom at de ble tatt på alvor av tjenstedesignerne, og at det ble arbeidet på måter som frembrakte samarbeid mellom fagpersonene, brukerne og de pårørende. Det de kom med, hadde betydning for sluttrapporten.

3.2.3 Barrierer for reell brukermedvirkning i tjenstedesign som metode slik det er gjennomført i dette prosjektet.

Deltakerne hadde også opplevelser at det var en del barrierer i prosessen med reell brukermedvirkning i prosjektene. En av barrierene var at de opplevde at det hadde tatt lang tid fra sluttrapporten til å høre om det skulle skje noe mer med prosjektene:

«Jeg har kun fått sluttrapporten, jeg. Etter det har jeg ikke hørt noen ting.»

Dette fortalte at selv om at de hadde hatt reell brukermedvirkning på selve innholdet i sluttrapporten, skulle det jo drøftes og besluttes i systemet der man må ta hensyn til økonomi og ressurser.

En annen barriere deltakerne snakket om, var at de hadde noen erfaringer med at fagfolkene ikke alltid ønsket å diskutere nye ideer med utgangspunkt i brukernes tanker.

«Noen ganger opplevde jeg at fagfolkene responderte på våre forslag med at de hadde prøvd dette før og da fungerte det ikke, og da opplevde jeg ikke at de var interessert i å snakke videre om ideene.»

Deltakerne fortalte også at de hadde så mange erfaringer fra tidligere prosjekter der de hadde vært invitert med på brukermedvirkning uten at det ikke hadde blitt noe av det, så de fortalte også om at de underveis var litt i tvil om det kom til å bli noe av prosjektene.

«Når jeg gikk ut av den første workshopen tenkte jeg at de gode ideene henger jo på veggen, men jeg er redd det ikke blir noe av dem.»

En annen barriere for å få til reell brukermedvirkning var at ikke alle hadde vært med fra starten av prosjektet. Når man kom inn i senere faser av prosjektet, hadde noen opplevd at sentrale temaer var ferdigdiskutert.

«Jeg kom inn i analysebiten av prosjektet. Jeg mener at skal det være reell brukermedvirkning så må man være med fra starten av.»

Deltakerne snakket også om viktigheten av å ha med mange brukere og pårørende for å få reell brukermedvirkning. Det holder ikke å være bare noen få – det blir veldig sårbart, og man opplever seg i mindretall.

«Ta med brukere fra første start. Fra første øyeblikk. Og flere brukermedvirkere. Fordi at jeg opplevde veldig det at jeg var i mindretall. Derfor måtte jeg snakke høyt og tydelig, og mye.»

Oppsummert opplevde deltakerne positive erfaringer, men også noen barrierer for reell brukermedvirkning. Det ene er å ha påvirkning på selve sluttrapporten, men noe annet gjelder beslutninger om hva som skal skje med implementeringen av prosjektet. I tillegg er det viktig at brukere og pårørende er med fra starten av og ikke er i mindretall.

Kapittel 4: Drøfting

Denne evalueringen har handlet om å få kunnskap om hvordan brukerne vurderer sin deltagelse i tjenstedesignprosessen, og spesielt om metoden tjenstedesign oppleves å gi reell brukermedvirkning.

Tjenstedesigntilnærmingens vekt på brukersentrering og visuelle og kreative arbeidsmetoder er en god tilnærming til å utvikle prosesser for brukermedvirkning. Følger vi Hansens (2007) beskrivelse av brukermedvirkningsprosesser, kan vi se basert på denne studien at tjenstedesign kan plasseres innenfor de mest involverende stadiene av brukermedvirkning. Disse stadiene av brukermedvirkningsprosesser er brukerinnflytelse og brukerstyring, og vi ser at dette er ivarettatt fordi OUS-prosjektene var initiert av brukere i samarbeid med ansatte.

I tillegg til at funnene viser at deltakerne opplever at de ble tatt på alvor. Det er viktig å fremheve at tjenstedesignerne bidro til å skape et godt samarbeid mellom brukerne, pårørende og fagpersoner. Dette samarbeidet var med på å skape bedre løsninger enn de hadde forventet. Dette støttes av en studie av bruk av tjenstedesign i utvikling av morgendagens sykehjem (Eines, Måløy & Helland, 2015), der de også fant at ansatte, brukere og pårørende samarbeidet godt om å skape nye og helhetlige løsninger. Stickdorn og Schneider (2011) påpeker at dette er en viktig måte å arbeide på gjennom tjenstedesign. De sier at tjenstedesignere som fagdisiplin etterstreber å se helheten i tjenestene som tilbys fremfor å kun se på deler av tjenesten, og at dette vil skape nye og bedre løsninger. Denne studiens funn viser at tjenstedesignerne klarte å skape en arena der deltakere med ulike erfaringer, som bruker, pårørende og fagpersoner samarbeidet om å få til nye løsninger, fremfor å debattere hva som var best.

Funnene i denne studien viser at tjenstedesign kan legge til rette for brukermedvirkning på en måte som skaper felles beslutningstaking. Deltakerne beskrev at tjenstedesign er en prosess som legger til rette for aktiv deltagelse fra både brukere og tjenesteyter, og at en prosess for informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer. På denne måten blir reell brukermedvirkning noe som oppnås når det foreligger brukerinnflytelse på sluttresultatet. Dette støttes av forskning som fremhever at tjenstedesign som ”ny” profesjon innen utvikling av tjenester i helsesektoren setter stort fokus på alle deltakernes perspektiver og forslag når tjenestene skal utvikles og forbedres (Arkitektur- og designhøgskolen, 2015b; Eines et al., 2015; Stickdorn & Schneider, 2011).

Tjenstedesignere utvikler prosesser og systemer der målet er å skape gode brukeropplevelser (Arkitektur- og designhøgskolen, 2015b). Stickdorn og Schneider (2011) og Gloppen (2012) hevder at for å utvikle gode tjenester er det viktig å få innsikt i både brukeres pårørendes og fagpersoners reelle behov og ønsker. Funnene i studien viser at det har vært viktig for tjenstedesignerne å få innsikt i deltakernes behov og erfaringer. Dette mente brukerne skapte deltakelse, motivasjon, inspirasjon og kreativitet i arbeidet, som bidro til at brukerne opplevde reell brukermedvirkning i prosjektene.

Tjenstedesign har i denne sammenhengen blitt brukt for involvering av brukere, pårørende og ansatte. Tjenstedesign kan også være en god metode innenfor tjenesten med tanke på å involvere ansatte i beslutningsprosesser. Brukermedvirkning er mer enn bare å involvere brukere og pårørende; det handler også om hvordan ledere kan involvere ansatte, som også kan oppleve liten innflytelse på beslutninger som tas i sine organisasjoner. Det kunne derfor vært interessant også å ha intervjuet de ansatte om deres erfaringer med å delta i prosjektene. Funn fra forskning der ansatte er intervjuet har vist at tjenstedesign har bidratt til anerkjennende prosesser som har vært positivt for å skape positivitet og mer energi i arbeidssituasjonen sin – og at dette bidrar til bedre arbeidsmiljø og skaper bedre tjenester (Eines et al., 2015; Stickdorn & Schneider, 2011).

Samtidig som funnene viser at deltakerne var fornøyde, beskriver de også noen utfordringer og barrierer for reell brukermedvirkning. Disse barrierene handler om hva som skjer når tiltakene som er beskrevet i sluttrapporten, skal besluttes og gjennomføres. I tillegg kan brukerne oppleve seg i mindretall i forhold til fagpersonene i prosessene. Dette er viktige barrierer å belyse. Er det slik at ideer og tiltak som brukere og pårørende samarbeider om, og som blir inkludert i sluttrapporter, har innflytelse på selve sluttproduktet? Hvordan skal brukermedvirkningen være med helt inn i beslutningsrommene der det drøftes økonomi og ressurser? Det er også viktig å påpeke at det er maktforskjeller når fagpersoner, ledere og brukere og pårørende møtes (Karlsson og Borg, 2013). Som funnene i denne studien viser, var brukerne i mindretall i disse prosjektene, og de måtte være modige og svært kunnskapsrike for å formidle sine meninger. Samtidig viser studien at tjenstedesign som tilnærming kan være med på å skape mer likeverdige dialoger når man skal drøfte ulike løsninger på problemer som skal løses for å bedre tjenestene innen psykisk helsefeltet.

Et annet tema er at det ikke alltid man har økonomi til å leie inn profesjonelle designere. Det kunne vært interessant å undersøke hvordan man kan gjennomføre tjenstedesignprosesser

uten profesjonelle designere i fremtiden. Det er gjort lite forskning på effektene og erfaringene med bruk av tjenstedesign i psykisk helsetjenestene. Det ser ut som, både gjennom denne og andre studier (Eines et al., 2015; Stickdorn & Schneider, 2011) at dette har gode effekter på alle som deltar, samt at det skaper bedre tjenester med økt brukermedvirkning. Vi vil anbefale at dette prøves ut i flere tjenester med følgeforskning for å dokumentere effektene av tjenstedesign i utvikling psykisk helsetjenestene. Med dette utgangspunktet er prosjektene som er iverksatt ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus to foregangsprosjekter.

Til slutt vil vi påpeke at det vil være viktig å se på nye og alternative måter å involvere brukere i forskningsevalueringer og tjensteutvikling på. Studiens funn fremhever viktigheten med å ha med flere brukere så de ikke blir i mindretall. Det samme gjelder denne evalueringsstudien. De fleste som deltar er kanskje de som allerede er engasjerte og motiverte til det. Det blir viktig både for forskningsmiljøene og for tjenestene å utvikle rammer og metoder for å kunne involvere et bredt spekter av brukere og pårørende, med et mangfold av erfaringer.

Avslutning

Studien viser at deltakerne var svært fornøyde med å delta i to prosjekter som har benyttet tjenstedesign som tilnærming. Funnene fremhever at tjenstedesign bidrar til aktiv deltakelse, motivasjon, inspirasjon og kreativitet i prosjektene og bidrar til reell brukermedvirkning. Brukerne har opplevd seg lyttet til og respektert, og deres innspill har hatt betydning for prosjektenes utvikling og sluttresultat. Funnene viser også at det er viktig at de er flere med bruker- og pårøndererfaring med i prosjektene, slik at de ikke blir i mindretall. Dette er viktig for å skape reell brukermedvirkning.

Referanser

Arkitektur- og designhøgskolen (2015a). Tjenestedesign. Hentet fra <http://www.ahodesign.no/tjenestedesign>. Nedlastet 25.oktober. 2016.

Arkitektur- og designhøgskolen (2015b). *Tiden inne for tjenestedesign? Innføring for kommunale innovasjonsprosesser*. Oslo.

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216–224.

Austvoll-Dahlgren, A., & Johansen, M. (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 225–230.

Brown, T. (2009). *Change by Design*. New York, USA: Harper Collins Publishers

Coulter A. (1999). Paternalism or partnership? *BMJ*, 319(7212), 719–720.

Crawford, M. J. (2002). Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care. *BMJ*, 325(7375), 1263.

Edman, K. W. 2011. *Service design – a conceptualization of an emerging practice*. University of Gothenburg.

Eines, T. F., Måløy, E., & Helland, S. (2015). *Morgendagens sykehjem: fra pilot til implementering?* Rapport nr. 10/2015. Senter for omsorgsforskning, Nord Universitet.

Engström, J. (2014). Patient involvement and service innovation in health care. Doktoravhandling. Department of Management and Engineering. Linköpings universitet.

Gloppen, J. (2011). The strategic use of service design for leaders in service organizations. *FORMakademisk*, 4(2), 3-25.

Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Karlstad: Karlstad University Studies.

Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelige mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3), 196–205.

Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3, 172–175.

Karlsson, B., & Lerdal, A. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172–175.

Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research* (4th ed.). London: Sage.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Norsk Form (2016). Design skaper bedre helsetjenester. Hentet fra <http://www.norskform.no/Gamle-nettsider/Design-og-samfunn/design-skaper-bedre-helsetjenester/>. Lastet ned 25.10.2016.

Stickdorn, M., & Schneider, J. (2011): *This is Service Design Thinking, Basics-Tools-Cases*. Amsterdam: BIS Publishers.

- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stickdorn, M. S. (2011). *This is Service Design Thinking*. Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Stoltenberg, Jens et al. (2009) *Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2009–2013*. Rapport, Statsministerens kontor.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in Mental Health. I M. Keating, A. McDermott, & K. Montgomery (Red.). *Patient-Centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation* (s. 214). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svisdahl, M., Moltu, C., & Sletvold, E. (2010).
- Tjora, A. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). *The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein*. *Health Policy*, 76(2), 156–168.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – Om fokuserande gruppeintervjuer som undersökningsmetode*. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1: Personvernombudets tilråding



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Ann Færden
Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo
universitetssykehus

Saksbehandler:

Dato: 29.04.16

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til
innsamling og databehandling av
personopplysninger

Saksnummer/
ePhortennummer: 2016/1448

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet:

”Reell brukermedvirkning eller bare ord?”

Formål:

Evaluerer av brukermedvirkning når metoden tjenestedygn er brukt

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-12, jf. helseregisterloven § 5, har Datatilsynet ved oppnevning av personvernombud ved Oslo Universitetssykehus (OUS), fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Oslo universitetssykehus HF ved adm. dir.
2. Avdelingsleder eller klinikkleder ved OUS har godkjent studien.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
8. Det må etableres en databehandleravtale med Høgskolen i Sørøst-Norge.
9. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2017 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen

Tor Åsmund Martinsen
Personvernrådgiver

Oslo universitetssykehus HF
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse og samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Reell brukermedvirkning eller bare ord?»

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder din deltagelse i et fokusgruppeintervju eller et individuelt intervju samt besvare et anonymt spørreskjema der hensikten er å utforske og beskrive brukeres opplevelser av reell medvirkning gjennom deltakelse i to tjenstedesignprosjekter ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS). Både intervjuene og spørreskjemaet vil rette seg mot hvordan, om, brukere har erfart og opplevd reell medvirkning i de to nevnte prosjektene. Vi vil også be deltakerne om å fylle ut et anonymt skjema om kjønn, alder, utdanning og hvilke tjenester innen psykisk helse som deltakerne har benyttet seg av. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge, Senter for forskning innen psykisk helse og rus (SFPR) i samarbeid med Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved OUS. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer samt annen form for skriftlig dokumentasjon relatert til forskningsprosjektets tematikk. Områdene som blir utforsket i fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer vil være hvordan, om, deltakerne har opplevd sin medvirkning og i hvilken grad den er erfart som reell.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og/eller individuelle intervjuer samt utfylling av et anonymt spørreskjema i tidsrommet 01.04.2016 til og med 01.11.2016 med brukere som ønsker å delta. De som deltar kan selv velge mellom å la seg intervju i fokusgrupper eller i individuelle intervjuer, samt å fylle ut to standardiserte spørreskjemaer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Spørreskjemaene er anonymisert og kan ikke ledes tilbake til deg som har fylt dem ut. Prosjektansvarlig for studien er professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus. De som vil gjennomføre studien og intervjuene er professor Ottar Ness og prosjektmedarbeider Victoria Ibabao Edwards, begge ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 15.08.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte

professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 906 49 078 eller e-post:
bengt.karlsson@hbv.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, er databehandlingsansvarlig.

Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved OUS.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektlederne.

Drammen, 01.04.2016

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Professor og prosjektansvarlig
Høgskolen i Sørøst-Norge

Ottar Ness
Professor og prosjektleder
Høgskolen i Sørøst-Norge

Victoria I. Edwards
Prosjektmedarbeider
Høgskolen i Sørøst-Norge.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Reell brukermedvirkning eller bare ord?».
Brukeres opplevelser av reell medvirkning knyttet til utvikling av to prosjekter innenfor
tjenestedesign ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide til fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer – forskningsprosjektet «Reell brukermedvirkning eller bare ord?».

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert, samt rettighetene i informert samtykke.

Hvilke erfaringer har du/dere gjort deg/dere knyttet til ...?

Hva er/viser seg som **reell** brukermedvirkning – hvordan har du/dere merket det – i dette konkrete prosjektet? Hvordan er uenigheter blitt taklet? Hvordan har informasjonsstrømmen vært? Hvordan har dere innvirket på det endelige forslaget til design? I hele prosessen? Har det vært forskjell ved at dette har vært en ekstern instans – på oppdrag? I hvilken grad har disse forholdene vært? Hvordan er dere blitt lyttet til? Hvordan har samarbeidet med ekstern part vært? Hvordan har kommunikasjonsflyten/informasjonen vært? Hvordan har dere hatt konkret innflytelse og medvirkning – eksempler og konkrete angivelser, takk! Er det forskjeller mellom deltakelse i de to ulike prosjektene? Hvilke tanker har dere om tjenstedesignfirmaet? Tillit? En forskjell som gjør en forskjell? Hvor kommer det fra? Tanker om firmaet ytterligere – se forskningsspørsmål nr. 2? Hvordan ser, er var deres forforståelse? Kunnskaper om feltet?

På hvilke måter og områder har, og har ikke, samarbeidet bidratt til å støtte og å utvikle din/deres ...?

Er det opplevelser og erfaringer med ...?

Hvilke opplevelser har du/dere med ...?

Refleksjoner knyttet til samtalen – innhold og deltakelse

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette intervjuet? Hvordan har du opplevd din egen deltakelse? Er du noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Vedlegg 4: Demografisk og kvantitativt spørreskjema

Forskningsprosjektet «Reell brukermedvirkning eller bare ord?».

Kjønn og alder

Kvinne..... Mann..... Fødselsår.....

Samlivsstatus

Singel..... Kjæreste..... Gift..... Samboer.....

Etnisitet

Norsk..... Skandinavisk..... Europeisk..... Amerikansk.....

Asiatisk..... Afrikansk.....Annet.....

Utdanning

Ungdomsskole..... Videregående skole..... Høgskole/universitetsutdanning.....

Bosituasjon

Bor sammen med foreldre..... Leier bolig..... Eier egen bolig.....

Bor hos familie/venner..... Boligsøkende..... Annet.....

Arbeidssituasjon

Vanlig arbeid.... Frivillig arbeid.... Ikke noe fast.... Skole.... Annet.....

Erfaringer med å være innlagt som pasient

Har du vært innlagt ved en psykiatrisk avdeling..... Ja..... Nei.....

Har du vært innlagt ved akutt-psykiatrisk avdeling ved OUS..... Ja..... Nei.....

Hvor mange ganger har du vært innlagt ved en akutt-psykiatrisk avdeling? Antall.....

Erfaring med brukerinvolvering/brukermedvirkning

Har du erfaringer med å medvirke i kraft av dine erfaringer som bruker av tjenester?

Ja..... Nei.....

Har du erfaringer med brukermedvirkning? (Du kan sette flere kryss):

I møte med behandler..... Ja..... Nei.....

Sammen med andre brukere..... Ja..... Nei.....

Ved en psykiatrisk avdeling..... Ja..... Nei.....

Som medlem av en brukerorganisasjon..... Ja..... Nei.....

Som medlem av råd eller utvalg ved et tjenestested..... Ja..... Nei.....

Hvordan vil du vurdere følgende utsagn?

For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er veldig enig i utsagnet – ring rundt 1 er veldig uenig.

1.	Brukerne påvirker beslutningene om hvordan tjenestene skal se ut.	6—5—4—3—2—1
2.	Beslutningene blir bedre ved å involvere brukerne i tjenesteutviklingen.	6—5—4—3—2—1
3.	Tjenestene blir bedre ved å involvere brukere i beslutningsprosessene.	6—5—4—3—2—1
4.	Lokalsamfunnet blir bedre ved å involvere brukere i tjenesteutviklingen?	6—5—4—3—2—1
5.	Brukere som har reell medvirkning drar nytte av å delta i tjenesteutviklingen og i beslutningsprosessene?	6—5—4—3—2—1
6.	Andre personer drar nytte av at brukere deltar i tjenesteutvikling og beslutningsprosesser.	6—5—4—3—2—1

Reell brukermedvirkning eller bare ord?

-En forskningsbasert evaluering av bruk av
tjenestedesign i brukermedvirkning ved
Klinikk psykisk helse og avhengighet ved
Oslo universitetssykehus

Ottar Ness

Victoria Ibabao Edwards

Bengt Karlsson

usn.no/sfpr

© SFPR – Senter psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Høgskolen i Sørøst-Norge

