

# Effekt av brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet – et forskningskart

---

Prosjektplan for et forskningskart

# Sammendrag

Brukermedvirkning kan være et virkemiddel for å oppnå kvalitet på tjenestene, og for å styrke brukerens innflytelse, medvirkning og mobilisering for aktiv deltakelse i eget liv. Formålet med dette forskningskartet er å kartlegge hva som finnes av forskning om effekten av brukermedvirkning på organiseringen (systemnivå) og behandlingstilbudet (tjeneste- og individnivå) i psykisk helse og rusfeltet innen primær- og spesialhelsetjenesten.

For å identifisere relevante studier vil vi gjennomføre et systematiske litteratursøk. Titler og sammendrag vurderes opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Referansene vurderes ved at to forskere parvis og uavhengig av hverandre vurderer titler og sammendrag og fulltekster for inklusjon og eksklusjon. Vi vil kode studiene vi inkluderer i EPPI reviewer software innenfor et forhåndsbestemt rammeverk. Forskingen vi identifiserer vil presenteres i en norskspråklig rapport og som et interaktivt nettbasert forskningskart.

**Tittel:**

Effekt av brukermedvirkning i psykisk helse og rusfeltet – et forskningskart

-----

**Prosjektplan for:**

Forskningskart

-----

**Oppdragsgiver:**

Helsedirektoratet

-----

**Startdato:**

18.12.2020

**Sluttdato:**

01.05.2021

-----

**Lag:**

Lars Jørund Langøien (lagleder)  
Christine Hillestad Hestevik  
Patricia Sofia Jacobsen Jardim  
Lien Hong Nguyen (bibliotekar)

-----

**Fagfeller:**

Tommy Sjøfjell, faglig rådgiver bruker- og pårørendeorganisasjonen A-larm, rådgiver Universitetet i Sørøst-Norge.

Ingrid Amalia Havnes, forsker, psykiater, Oslo Universitetssykehus.

**Godkjent av:**

Hege Kornør, avdelingsdirektør, FHI

Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI

---

# Summary

User involvement can be a strategy and a tool to achieve quality in services, and a goal in itself, to strengthen users and clients influence, participation and to mobilise to active participation in own live. The purpose of this evidence and gap map is to map existing research on the effect of user involvement on the organisation (systemic level) and treatment options (service and individual level) in mental health services and the field of substance use problems, both in primary and specialist care.

To identify relevant studies, we will conduct a systematic search for literature. Titles and abstracts will be considered according the inclusion and exclusion criteria. References will be screened by two researchers independently, first by title and abstract and subsequently in full-text, for inclusion and exclusion. Included studies will be coded in the EPPI reviewer software according to a predefined framework. Identified research will be presented in a report in Norwegian, and in a interactive web-based evidence and gap map.

**Title:**

Effect of user involvement in mental health and addiction services – an evidence and gap map  
-----

**Protocol for:**

Evidence and gap map  
-----

**Commissioner:**

Norwegian Directorate of Health  
-----

**Start date:**

18.12.2020

**End date:**

01.05.2021  
-----

**Team:**

Lars Jørun Langøien (team leader)  
Christine Hillestad Hestvik  
Patricia Sofia Jacobsen Jardim  
Lien Hong Nguyen (information specialist)  
-----

**Peer reviewers:**

Tommy Sjøfjell, advisor user and relatives' organisation A-larm, advisor University of South-Eastern Norway.  
Ingrid Amalia Havnes, Researcher, psychiatrist, Oslo University Hospital.

**Approved by:**

Hege Kornør, Department director  
NIPH  
Kåre Birger Hagen, Specialist Director,  
NIPH

---

# Oppdrag

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i oktober 2020 i oppdrag av Helsedirektoratet å lage et interaktivt nettbasert forskningskart som kartlegger og beskriver forskning på hvilke effekter brukermedvirkning har innen psykisk helse og rusfeltet, både innen primær- og spesialhelsetjenesten. Vi vil også presentere resultatene av kartleggingen i en norsk-språklig FHI-rapport. Forskningskartet vil kunne danne grunnlag for kunnskapsbaserte prioriteringer for videre forskning på feltet.

---

# Bakgrunn

Helsedirektoratet ønsker å finne forskning på effekten av ulike verktøy eller modeller for brukervedvirkning som anvendes på individ-, tjeneste- eller systemnivå. I tillegg til å kartlegge forskning om hvilke effekter verktøyene har, så er det ønskelig å beskrive de modellene for brukervedvirkning som studeres og å få en oversikt over hvilke kontekster de brukes i. Forskningskartet kan ligge til grunn for videre undersøkelser av effekten av slike verktøy, og dermed for hvilke råd og anbefalinger Helsedirektoratet kommer med.

Helsenorge definerer begrepet brukervedvirkning på følgende måte:

*Brukermedvirkning betyr at tjenestetilbudet, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten eller brukeren.*

*Det skal legges stor vekt på pasientens eller brukerens synspunkter når helse- og omsorgstjenestens tilbud utformes. Målet er at pasienten eller brukeren skal få et godt tilbud, som er tilpasset deres behov (1).*

Brukermedvirkning kan være en strategi og et virkemiddel for å oppnå kvalitet på tjenestene. Brukermedvirkning kan også være et mål i seg selv, for å styrke brukerens innflytelse, medvirkning og mobilisering for aktiv deltakelse i eget liv, og innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (2). Brukermedvirkning skal skje på tre nivåer. På individnivå kan brukervedvirkning styrke den enkeltes mulighet til å styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp og behandling på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Brukermedvirkning kan også ha en terapeutisk effekt og bidra positivt til brukerens bedringsprosess. Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå, f.eks. i planarbeid, brukerutvalg, styrer og brukerorganisasjoner kan bidra til å bedre utformingen og gjennomføringen av tjenestene (2, 3).

På individnivå innebærer brukervedvirkning at den som benytter et tjenestetilbud skal medvirke i valg, utforming og bruk av tilbudene som måtte være tilgjengelige til enhver tid. Her skal fagkompetanse og brukerkompetanse utfylle hverandre (4). På tjenestenivå skal pasienter, brukere og de pårørendes erfaringer benyttes til forbedring av tjenestene. Reell brukervedvirkning på systemnivå tar sikte på å endre rammebetingelser på strukturnivå, og innebærer at brukere inngår et fullverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til slutt (5).

Brukermedvirkning er en grunnleggende og lovfestet rettighet i psykisk helsearbeid og rusbehandling, samt kommunale omsorgstjenester i Norge. I følge pasient- og brukerrettighetsloven har brukere rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Ifølge helseforetakslovens § 35 (6) skal representanter for pasienter og andre brukere også involveres i planlegging, utarbeidelse og evaluering av drift av virksomheten. I Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap 3 (7), og i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 9-3 (8) m.m. slås det også fast at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Denne retten omhandler blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, samt undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det fastslås også at tilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker (7). Også Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger kommunene brukermedvirkning, blant annet ved å vektlegge at pasienter, brukere og pårørendes erfaringer skal inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av drift (9).

I 2016 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjonene. Formålet er å styrke kvaliteten i tjenestene og legge til rette for trygge og forutsigbare forløp for pasientene. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er et sentralt mål også for pakkeforløpene (10).

Brukermedvirkning er nødvendig for å kunne kartlegge behov og utfordringer og for sikre gode tjenester til personer psykisk helse og rus utfordringer. Brukerne selv og bruker- og pårørendeorganisasjoner har mye kunnskap om psykisk helse, rusproblemer, tjenester og brukernes behandlings- og oppfølgingsbehov. De har derfor ofte forslag til utviklingen av tjenestene for at det skal kunne ytes beste mulig hjelp. Deres erfaringskunnskap tilfører nye perspektiver og ideer til kvalitetsforbedring. Brukermedvirkning bidrar til bedre og mer målrettede tjenester ved at erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng (11).

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og rusbehandling er i dag allikevel lite systematisert, og er ofte ikke en innarbeidet del av det psykiske helsearbeidet og rusbehandlingen i norske kommuner og spesialisthelsetjenesten, hverken på individuelt nivå eller tjeneste- og systemnivå, og pasienter og brukere gir tilbakemelding om mangelfull innflytelse i behandlingen. Kunnskap om brukermedvirkning på ulike nivåer er både nødvendig og nyttig, og bør inn som en mer sentral del av både opplæring, utøvelse, utdanning og forskning (12).

Det er tidligere publisert flere kunnskapsoversikter om brukermedvirkning på helsefeltet. En oversikt som inkluderte både kvalitative og kvantitative studier over samvalg i behandling av alvorlig mental sykdom (13), viste blant annet at samvalg har lovende innvirkning på helseutfall, men at samvalg ikke blir implementert rutinemessig i behandling av denne gruppen pasienter. Samtidig viste studien at det er stor variasjon i brukernes preferanser for grad av egen involvering i behandling. Samvalg er her forstått som en prosess der en sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best for seg selv.

Simpson og kollegaer viser, i sin oppsummering av studier på effekt av brukermedvirkning innen psykiske helsetjenester, at brukere kan involveres som ansatte, forskere, og delta i opplæring av andre ansatte uten at dette har noen negativ innvirkning på arbeidssted eller forskningen. «Ansatt» var det her snakk om personer som hadde vært

eller var brukere av tjenesten, men som hadde fått opplæring og brukte sin erfaringskompetanse som ansatte i tjenestene. Å involvere brukere som forskere innebar at de hadde aktive roller i å utforme prosjekter eller innhenting av data, som å utføre intervjuer med tjenestemottakere innen helsetjenester rettet mot mental helse. Dette gjaldt også brukere med alvorlige mentale lidelser (14).

En kunnskapsoppsummering om norske forhold (12) beskriver hvordan utviklingen mot mer kommunale tjenester også har medført en endring i synet på pasientrollen. Brukerne ble tidligere tilskrevet en passiv mottakerrolle, mens de nå er ansett som en aktiv deltager i behandlingen. Endringene medfører også at det er behov for mer kunnskap om brukermedvirkning og ulike tiltak som kan benyttes for å fremme brukermedvirkning.

---

## **Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen**

---

Brukermedvirkning er en grunnleggende og lovfestet rettighet i psykisk helsearbeid og rusbehandling i Norge, og Helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide nasjonale anbefalinger på området.

Arbeidet med å utarbeide nasjonale anbefalinger på området er etterlengtet og etterspurt, samt et prioritert satsingsområde i Helsedirektoratet. Det er avgjørende å få en oversikt over ulike verktøy for, utfall av og utbredelse av brukermedvirkning på ulike felter i helsetjenesten, for å komme videre i arbeidet med disse anbefalingene.

Det finnes allerede en del oversikter over verktøy, utfall og utbredelser av brukermedvirkning (for eksempel 12, 13, 14), men det er behov for å gjennomføre et forskningskart over hva som finnes av forskning om effekter av brukermedvirkning på ulike nivåer innen psykisk helse og på rusfeltet. Hensikten med denne kartleggingen, som skal presenteres i et forskningskart, er å få en oversikt over forskningen om effekten av brukermedvirkning i psykisk helse og rusfeltet. danne et bilde av risiko for skjevheter i forskningen, samt å avdekke på hvilke områder forskningen er mangelfull. Forskningskartet skal omfatte forskning om alle typer brukermedvirkning på systemnivå, tjeneste og individnivå. Informasjon om hva som er tilgjengelig forskning på feltet kan gi grunnlag for prioriteringer for videre forskning. Forskningen vil kunne være med på å danne et kunnskapsgrunnlag for helsedirektoratets nasjonale anbefalinger på området.

---

## **Mål/hensikt**

---

Formålet med dette forskningskart er å kartlegge eksisterende forskning om effekten av brukermedvirkning på organiseringen (systemnivå) og behandlingstilbudet (tjeneste- og individnivå) på psykisk helse- og rusfeltet. Hvis rammene for prosjektet tillater det, vil vi også beskrive modellene for brukermedvirkning studiene omhandler, og kontekstene disse ble benyttet.

---

# Metode

For å besvare oppdraget vil vi utarbeide et forskningskart (15). Denne typen forskningskartlegging egner seg særlig godt til å identifisere kunnskapshull, da den forutsetter et forhåndsbestemt konseptuelt rammeverk for hvilket forskningstema og hvilke typer forskningsdesign som skal kartlegges. Metoden innebærer systematiske litteratursøk, utvelgelse av studier basert på forhåndsbestemte inklusjonskriterier, kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene og koding av inkluderte studier innenfor et forhåndsbestemt rammeverk (16, 17).

---

## Problemstilling

---

Hva finnes av forskning om effekten av ulike verktøy og modeller for brukermedvirkning på organiseringen (systemnivå) og behandlingstilbudet (tjeneste- og individnivå) i psykisk helse og rusfeltet?

---

## Inklusjonskriterier

---

Avhengig av antall relevante referanser og tids- og ressursrammen til prosjektet vil vi vurdere å inkludere flere typer studiedesign i forskningskartet, se underkapittel om forbehold.

### Studiedesign i prioritert rekkefølge (med forbehold om tid og ressurser):

1. Systematiske oversikter som besvarer spørsmål om effekt
2. Randomiserte kontrollerte studier
3. Avbrutte tidserier med minst tre måletidspunkt før tiltaket, ikke-randomiserte kontrollerte studier, prospektive kohortstudier, retrospektive kohortstudier og før-og-etter-studier.

### Populasjon:

Pasienter, brukere, tjenestemottakere, pårørende, verger, brukerorganisasjoner, tjenester og institusjoner innen rus- og psykisk helsefeltet. Vi inkluderer dermed personer som allerede er brukere av tjenester innen både kommunale tjenester, primær- og spesialisthelsetjenesten (rus og psykisk helse) eller pårørende/verger av disse. Dette gjelder også brukere under tvungen behandling.



<b>Tiltak:</b>	Brukermedvirkning (som beskrevet i bakgrunnen) på: 1) individnivå (slik som samvalg, individuell plan, motiverende intervju, fritt behandlingsvalg) 2) tjeneste-/systemnivå (slik som brukerutvalg, erfaringskonsultener, brukerrepresentanter i tjenesteutvikling, pasient- og brukerundersøkelser)
<b>Sammenlikning:</b>	Ingen brukermedvirkning, eller andre former for brukermedvirkning.
<b>Utfall:</b>	Alle utfall. Det kan være relevant å presentere utfall knyttet til endring av tjenester, retningslinjer, rammebetingelser, tjenestetilbud og behandlingsforløp, samt utfall knyttet til individet, slik som livskvalitet, symptombilde, behandlingsetterlevelse, brukertilfredshet osv.
<b>Publikasjonsår:</b>	2000-2020
<b>Språk:</b>	Alle språk er inkludert så lenge det fins sammendrag på engelsk eller et annet språk som beherskes av prosjektgruppen eller deres kollegaer. Dette inkluderer: norsk, svensk, dansk, tysk, fransk, spansk, portugisisk, italiensk

### **Eksklusjonskriterier**

- Studier uten intervensjoner
- Ikke-empiriske studier

---

### **Forbehold**

---

Vi ønsker i hovedsak å inkludere systematiske oversikter som besvarer spørsmål om effekt. Hvis vi ser at tidsrammen for prosjektet tillater vil vi også inkludere randomiserte kontrollerte studier. Videre vil vi, hvis det er innenfor tids- og ressursrammen, inkludere avbrutte tidsserier, ikke- randomiserte kontrollerte studier, prospektive kohortstudier, retrospektive kohort studier og før-og-etter-studier. Avgjørelsen om vi skal inkludere primærstudier vil skje i dialog med oppdragsgiver.

---

### **Litteratursøk**

---

Forskningsbibliotekar Lien Nguyen vil utføre det systematiske litteratursøket etter publikasjoner i elektroniske databaser. Bibliotekaren vil utarbeide en søkestrategi basert på inklusjonskriteriene, og med en kombinasjon av emneord (for eksempel Mesh i MEDLINE) og tekstord. Endelig søkestrategi vil bli publisert som vedlegg i den ferdige rapporten. Litteratursøket vil avgrenses til publiseringsår 2000 og senere. Vi vil søke systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- MEDLINE (OVID)
- APA PsycINFO (OVID)
- EMBASE (OVID)
- Cochrane Library [CDSR, CENTRAL] (Wiley)
- CINAHL (EBSCO)
- Web of Science Core Collection [SCI-EXPANDED & SSCI] (Clarivate)
- Epistemonikos
- SveMed+

En annen bibliotekar vil fagfelleverdere dette arbeidet. Vi vil også søke etter grå litteratur i norske, svenske og danske bibliotekataloger og Google. Vi vil i tillegg gjøre håndforsk i referanselistene til inkluderte studier og relevante litteraturoversikter.

---

## Utvelging av studier

---

Referansene identifisert gjennom litteratursøket vil importeres til referansehåndteringsverktøyet EndNote (18) og eventuelle duplikater vil bli slettet. Vi vil importere alle referansene fra EndNote til det digitale verktøyet EPPI-Reviewer (19). I EPPI-Reviewer vil to forskere (trolig Hestevik, Langøien, Jardim) uavhengig av hverandre vurdere alle referanser - titler og sammendrag - i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi vil benytte funksjonen prioritert screening, som innebærer at EPPI-Reviewer – på bakgrunn av våre vurderinger – plasserer de antatt mest relevante studiene først i listen over referanser som skal leses. Etter at relevansplata er nådd vil lite relevante referanser vurderes av én forsker. Det finnes per dags dato ingen fasit på hvor relevansplataet er. Relevansplata defineres her som det punktet hvor vi basert på algoritmene i maskinlæringen er rimelig sikre på at ikke flere enn 1% av de neste 100 referansene vil kunne inkluderes.

Sammendrag som virker relevante vil bli innhentet i fulltekst. To forskere (trolig Hestevik, Langøien, Jardim) vil lese publikasjonene og uavhengig av hverandre vurdere hvorvidt de møter inklusjonskriteriene. Eventuelle uenigheter i vurdering av tittel/abstrakt og fulltekster vil først bli forsøkt løst ved diskusjon og deretter ved konsultasjon med et tredje lagmedlem.

Vi vil først gjennomføre en pilotundersøkelse der forskerteamet ved FHI screener de samme titlene og sammendragene, for så å drøfte oss fram til felles forståelse av hva som skal inkluderes og ekskluderes.

---

## Koding

---

Vi vil basere uttrekk av informasjon om studiene på fulltekster. For å gi hver enkelt studie faglige relevante merkelapper, vil vi med utgangspunkt i inklusjonskriteriene våre

og i samarbeid med oppdragsgiver utarbeide et rammeverk og en kodebok som en del av prosjektet. Denne kodeboken vil ferdigstilles i tråd med tilbakemeldingene fra fagfellene samt etter at prosjektgruppen har lest titler og abstrakter til de inkluderte studiene (dette for å få en bedre oversikt over relevante tiltak og utfall). Vi vil sette opp et kodeverktøy i programvaren EPPI-Reviewer. Ved hjelp av denne programvaren vil hver studie bli kodet av en forsker og en annen forsker vil sjekke at kodingen stemmer. Ved uenighet om kodingen vil vi inspisere fullteksten på nytt og drøfte oss fram til enighet om kodingen.

Vi vil pilotere kategoriene og rammeverket ved å velge ut 20 inkluderte studier og kode dem i EPPI-Reviewer. Ved behov vil vi justere kategoriene og rammeverket, og vi vil vurdere å utarbeide en kodebok som definerer hvordan de ulike kategoriene skal forstås og brukes.

---

## **Vurdering av risiko for systematiske skjevheter**

---

På grunn av tidsrammene for prosjektet kommer vi ikke til å vurdere risiko for systematiske skjevheter i studiene.

---

## **Sammenstilling**

---

Prosjektets hovedleveranse er et nettbasert forskningskart, og sammenstillingen som presenteres i rapporten vil være enkel. Vi vil sortere studiene i logiske kategorier, f.eks. etter mål/problemstilling, studiedesign, tiltak eller populasjon. I den grad det er mulig vil vi sortere og presentere studiene i henhold til overordnet nivå (system, tjeneste og organisatorisk). Om det er mulig kan det også bli aktuelt å gi en oversikt over modeller for tiltak innen brukermedvirkning på alle nivåer og hvilke modeller der man har studier som kan si noe om effekt. Informasjon som vi henter ut fra studiene vil vi analysere deskriptivt, med frekvenser og prosenter, og presentere slike resultater i tekst og tabeller. Grafer vil benyttes hvis det er hensiktsmessig. Vi vil utføre enkle narrative presentasjoner av resultater og konklusjoner. Hovedfremstillingen er i form av prosa.

---

## **Vurdering av tillit til resultatene**

---

Vi vil ikke vurdere tillit til resultatene.

---

## **Fagfellevurdering av prosjektplan og rapport**

---

Eksterne fagekspert vil gi innspill på prosjektplan, fagfellevurdere rapporten, og komme med innspill på hvilke kategorier vi skal velge for å beskrive de inkluderte studiene i forskningskartet. Prosjektplan og rapport vil også fagfellevurderes av en metodeekspert ved FHI.

---

## Tidsplan

---

**Startdato:** 18.12.2020

**Sluttdato:** 01.05.2021

<i>Trinn/delleveranse</i>	<b>Startdato</b>	<b>Sluttdato</b>
<i>Utvikling av prosjektplan</i>	oktober	februar
<i>Litteratursøk</i>	januar	januar
<i>Utvelging av studier</i>	februar	februar
<i>Dataauthenting</i>	februar	mars
<i>Vurdering av risiko for skjevheter</i>	ikke aktuelt	
<i>Sammenstilling</i>	mars	mars
<i>Vurdering av tillit til resultatene</i>	ikke aktuelt	
<i>Andre analyser</i>	mars	april
<i>Rapportutkast</i>	mars/april	
<i>Fagfellevurdering</i>	april	
<i>Godkjenning</i>	april	
<i>Oversendelse oppdragsgiver og publisering</i>	mai	mai

### Tiltak ved ev. forsinkelse

Prosjektansvarlig finner erstatteere eller rekrutterer flere medarbeidere, samt informerer oppdragsgiver.

---

## Leveranser og publisering

---

Hovedleveransen er et interaktivt nettbasert forskningskart. Vi planlegger å presentere målgrupper – psykisk helse, rus, og rus og psykisk helse – typer tiltak fordelt på individ-, tjeneste- og systemnivå i hver sin akse og det vil være mulig å filtrere på kategorier som publiseringsår, hovedmålgruppe og tiltak. Kategoriseringen vil kunne endres på bakgrunn av de funn vi gjør i forskningsgjennomgangen. Vi vil også presentere resultatene av kartleggingen i en norskspråklig FHI-rapport som framstiller kartleggingen i tabeller (matriser) samt forklarende tekst om forekomsten av forskningsbasert dokumentasjon og kunnskapshull innen prosjektets problemstillinger.

Vi vil oversende lenke til det interaktive forskningskartet, samt utkast til endelig rapport, til oppdragsgiver til gjennomlesning senest to uker før publisering på fhi.no. Den skriftlige rapporten utgis i FHIs rapportserie og publiseres på FHIs nettsider med lenke til det interaktive forskningskartet som publiseres på NORNESK sine hjemmesider. Eventuell annen formidling vil vurderes og diskuteres med oppdragsgiver.

**Nøkkelord:** psykisk helse, rus, brukermedvirker, brukerrepresentant, brukerrepresentasjon, brukermedvirkning, tjeneste-, system- og individnivå.

---

## **Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI**

---

Ormstad SS, Hestevik CH, Munthe-Kaas HM, Blaasvær N, Muller AE, Berg RC. Barn og unges medvirkning i barnevernet: en systematisk kartleggingsoversikt. [Children and youths' involvement in child welfare services: a systematic mapping review] Rapport -2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020

---

# Referanser

1. Helsenorge.no [lest 21. jan. 2021]  
<https://www.helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning/>
2. Helsedirektoratet [lest 21. jan. 2021]  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
3. Helsebiblioteket.no [lest 21. jan. 2021]:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>
4. Ådnes, Marian, et al. "Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året." SINTEF-rapport 64 (2020).
5. Kurtze N, Meneses JF, Nguyen, L. Effekt av brukermedvirkning i institusjoner for barn og unge Systematisk litteratursøk med sortering. Folkehelseinstituttet, Avdeling for kunnskapsoppsummering i Kunnskapscenteret 2016.
6. Lov om helseforetak. [lest 21. jan. 2021] Tilgjengelig fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
7. Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap 3. [lest 21. jan. 2021] Tilgjengelig fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
8. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. [lest 21. jan. 2021]  
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
9. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. [lest 21. jan. 2021] Tilgjengelig fra:  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
10. Helsedirektoratet, Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020. Rapport IS-2734
11. Sammen om mestring Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-2076
12. Klausen RK. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning, nord. Oppsummering nr 4 Mars 2016.
13. Huang C, Plummer V, Lam L, Cross W. Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Volume 27, Issue 2. First published: 24 August 2019. [lest 21. jan. 2021] Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>
14. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002;325:1265. [lest 21. jan. 2021]  
Tilgjengelig fra: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1265> (Published 30 November 2002)

15. Campbell Collaboration. Evidence and gap maps. [lest 21. jan. 2021] Tilgjengelig fra: <https://campbellcollaboration.org/evidence-gap-maps.html>
16. White W, Albers B, Gaarder M, Kornør H, Littell J, Marshall Z, Matthew C, Pigott T, Snilstveit B, Waddington H, Welch V. Guidance for producing a Campbell evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews*. [lest 21. jan. 2021] Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cl2.1125>. 19 November 2020
17. Saran A, White H. 2018. Evidence and gap maps: a comparison of different approaches. *Campbell Systematic Reviews*, 14(1): 1-38.
18. <https://endnote.com/> [lest 21. jan. 2021]
19. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education. 2010. 2018.