



# Nasjonalt temanettverk

Brukerkunnskap

Anbudsgrunnlag

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Trondheim – 8. april 2010

## **Innhold**

<b>1. Innledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Om NAPHA .....	3
1.2 Nasjonale temanettverk .....	3
1.3 Hvorfor opprette et nasjonalt temanettverk om brukerkunnskap .....	4
1.4 Ønsket bistand.....	5
<b>2. Om brukerkunnskap.....</b>	<b>5</b>
2.1 Hva er brukermedvirkning og brukerkunnskap?.....	5
2.2 Brukerkunnskapen i det psykiske helsearbeidet.....	6
2.3 Når brukerkunnskapen slipper til.....	7
<b>3. Aktuelle problemstillinger og tema .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Deltagere.....</b>	<b>9</b>
4.1 Forventninger til brukermiljøer .....	10
4.2 Forventninger til kommunene som skal delta i et nettverk.....	10
<b>5. Struktur og arbeidsform.....</b>	<b>10</b>
5.1 NAPHAs rolle.....	11
5.2 Krav til produksjon .....	11
<b>6. Økonomi.....</b>	<b>12</b>
<b>7. Tidsperspektiv .....</b>	<b>12</b>
<b>8. Evaluering.....</b>	<b>12</b>
<b>9. Konkurransen .....</b>	<b>13</b>
<b>10. Anbud og frister.....</b>	<b>13</b>
10.1 Tentativ fremdriftsplan .....	13
<b>11. Kvalifikasjonskrav .....</b>	<b>14</b>
11.1 Attest for restanser på skatt/avgift mv ("skatteattest") .....	14
11.2 HMS-erklæring.....	14
<b>12. Tildelingskriterier.....</b>	<b>14</b>
12.1 Beskrivelse av egne ressurser og kompetanse på temaområdet .....	14
12.2 Beskrivelse av formidlings- og publiseringserfaring.....	15
12.3 Inkludering av temanettverket i egen virksomhet .....	15
12.4 Prosjektgjennomføring og milepælsplan. ....	15
12.5 Beskrivelser av arbeidsprosessen og konkretisering av samarbeidsformene internt i nettverksgruppen. ....	16
12.6 Budsjett som skisserer bruk av pengene tildelt fra NAPHA .....	16
12.7 Vekting.....	16
12.8 Valg .....	16
<b>13. Referanseliste .....</b>	<b>17</b>

## 1. Innledning

### 1.1 Om NAPHA

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA) er etablert i Trondheim. Senteret er organisert som en avdeling ved NTNU Samfunnsforskning AS. Senteret vil være permanent og er finansiert av Helsedirektoratet. Etablering og oppstart har skjedd i nært samarbeid mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), SINTEF helse, NTNU og Regionalt kompetansesenter for brukerstyrking og tjenesteutvikling (KBT).

NAPHA ble etablert for å stimulere, understøtte og videreutvikle det psykiske helsearbeidet i kommunene. Dette arbeidet skal bidra til at fagfeltet fremstår som synlig og tydelig, og dermed får økt legitimitet.

Prioriterte mål vil være:

- å dokumentere de gode praksisene
- å styrke den tverrfaglige samarbeidskompetansen
- å videreutvikle arbeidsmåter som fremmer brukernes mestring av hverdagslivet

Visjonen er å inneha en oversetter- og formidlerrolle i forhold til erfarings- og forskningsbasert kunnskap, og derved bidra til å ivareta kommunenes praktiske behov. Kompetansesenteret skal være nyttig for tjenesteutøvere, ledere og brukere innenfor psykisk helsearbeid.

Kompetansesenterets viktigste målgrupper vil være personell som arbeider med tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser i kommunene, samt personell på tilgrensende områder som har behov for økt kunnskap om psykisk helsefeltet generelt og om psykisk helsearbeid i kommunene spesielt. Målgruppene omfatter også personell som arbeider med forebyggende tiltak, herunder rusforebyggende tiltak.

### 1.2 Nasjonale temanettverk

Nasjonale temanettverk er tiltenkt en sentral rolle i NAPHAs arbeid med å synliggjøre, systematisere, dokumentere og formidle praksisnær kunnskap innen definerte temaer. Nettverkene skal være kraftsenter når det gjelder å stimulere til fagutvikling på høyt nivå som i neste omgang blir omsatt til matnyttig kunnskap for fagfeltet.

Et sentralt mål for arbeidet er å bidra til god kvalitet på det lokalbaserte psykiske helsearbeidet. Gjennom å etablere nasjonale temanettverk ønsker vi å styrke kommunenes og brukermiljøenes kompetanse i forhold til fagutvikling og dokumentasjon. Et annet mål er å utvikle gode modeller for samarbeid om fagutvikling og forskning mellom brukermiljøer, FoU-miljøer og praksisfelt.

Oppgavene i de nasjonale temanettverkene vil blant annet bestå av:

- Å samle inn, systematisere og dokumentere kunnskap
- Å formidle kompetanse til kommunene gjennom blant annet lokale kompetansenettverk og nettbasert kunnskapsbase
- Å kartlegge og eventuelt utvikle kompetansetilbud i psykisk helsearbeid

Nettverkene skal være forankret i et kompetanse- og/eller forskningsmiljø med spesiell kompetanse i det aktuelle temaet. De skal involvere utvalgte kommuner med særlig kompetanse og motivasjon på temaområdet, samt utvalgte brukerorganisasjoner, brukerstyrte sentre og/eller enkeltbrukere som er interessert i og har kunnskap om temaet. Der det er hensiktsmessig kan også andre miljøer, for eksempel DPS, NAV, Fylkesmannen el., involveres i nettverket.

Deltakelse i et nasjonalt temanettverk gir kompetanse- eller forskningsmiljøet mulighet til å påvirke utvikling av tjenestetilbudet til brukerne og å øke kompetansen til tjenesteapparatet. Gjennom et temanettverk gis kommunen mulighet til å utvikle tjenesten sin og lære å dokumentere egen praksis. Brukerne vil gjennom deltakelse få muligheten til å påvirke innholdet i kompetanseutviklingen i psykisk helsearbeid. For kompetanse- eller forskningsmiljøene vil deltakelse i et temanettverk gi ressurser til å gå dypere inn i et temaområde de har kompetanse på.

### **1.3 Hvorfor opprette et nasjonalt temanettverk om brukerkunnskap**

Brukermedvirkning har vært en viktig del av Opptappingsplanens fundament. For å forbedre kvaliteten på tjenestene i tråd med det brukeren opplever som god hjelp, er vi avhengige av å bygge på brukerens erfaringsbaserte kunnskap (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Brukeren opplever hele tjenesteforløpet og kan gi nyttig informasjon om hva som bør forbedres og på hvilke måter det kan eller bør gjøres. For å bidra til reell brukermedvirkning må brukerkunnskapen gis gyldighet (Helsedirektoratet 2009).

Forskningsrådets evalueringsrapporter viser at kommunene har et stykke igjen for å nå opptappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling (Forskningsrådet 2009). Det er fortsatt en utfordring at brukere og pårørende har for liten innflytelse på hjelpen (Sverdrup et al. 2007). Selv om større innflytelse for brukerne og anerkjennelse av deres kunnskap har gitt oss nye svar på hva som er hjelpsomt (Nyttingnes og Skjerve 2005; Johansson og Eklund 2003), trenger vi å vite mer om hva som er god praksis sett fra brukernes side og hva som kjennetegner den. Vi trenger også mer informasjon om hvordan samarbeidet mellom brukere og hjelpere i større grad kan bygge på brukernes kunnskap og bli en del av kulturen i tjenestene, jf. kap. 3 om aktuelle problemstillinger og tema.

NAPHA ønsker å sette fokus på hva som er god hjelp i et brukerperspektiv og hvordan brukerkunnskapen kan bidra til å bedre kvaliteten på hjelpen i det lokalbaserte psykiske helsearbeidet.

#### **1.4 Ønsket bistand**

For å etablere et nasjonalt temanettverk om brukerkunnskap søker NAPHA et kompetanse- og/eller forskningsmiljø som kan stå for koordinering og organisering av et nettverksarbeid og den faglige utviklingen. Ansvar for innebærer også å få til en god samhandling mellom forskning, praksis og brukere, samt å sørge for skriftliggjøring av arbeidet i nettverket.

Rekruttering av kommuner og brukere skal skje i et samarbeid mellom NAPHA og det kompetanse- og/eller forskningsmiljøet som får oppdraget. For å sikre kvaliteten og god måloppnåelse i temanettverket, vil NAPHA ha klare forventninger til de kommuner og brukere som rekrutteres.

For en nærmere spesifisering av krav til produksjon i nettverket, se punkt 5.2.

## **2. Om brukerkunnskap**

### **2.1 Hva er brukermedvirkning og brukerkunnskap?**

Brukermedvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (NOU, 2001:22). Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige. Dette er noe som igjen leder til større grad av autonomi, myndighet og kontroll over eget liv (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Medvirkning begrunnes ut fra at brukerne har rett til innflytelse på forhold som angår dem og at brukerne har en kunnskap som beslutningstakerne trenger (Alm Andreassen 2004). Lovforankringen finner vi blant annet i Pasientrettighetsloven (2001) og Psykisk helsevernloven (1999)<sup>1</sup>.

Brukermedvirkning bygger på teorien om empowerment, som kan beskrives som den prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Empowerment handler også om å flytte fokus fra diagnose til psykososial funksjonssvikt, brukerens ressurser og mestring. Målet er at aktiv og ansvarlig medvirkning skal stå sentralt fordi dette er forutsetninger for at den enkelte skal kunne mestre egen tilstand/situasjon (Sverdrup, Myrvold og Kristoffersen 2007:2).

Brukermedvirkning foregår på ulike nivåer. Volden (2004) angir tre nivåer; det individuelle nivå, tjenestenivå og systemnivå. De to første nivåene er relevante her.

---

<sup>1</sup> også forankret i Lov om statlige helseforetak, spesialisthelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, lov om råd eller annen representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsatt funksjonsevne m.m. og Internkontrollforskriften

- 1. Individnivå.** Her har aktørene en rolle som pasient, bruker eller pårørende og medvirker i forhold til sitt eget behandlings- eller tjenestetilbud. På dette nivået vil *individuell plan* være et viktig verktøy for å sikre brukerens rett til innflytelse og påvirkning.
- 2. Tjenestenivå.** Her har de som deltar også en rolle som pasient eller bruker og samarbeider med det nivået som yter/utfører en tjeneste. På tjenestenivå representerer bruker som regel flere enn seg selv, som valgt representant for en brukergruppe eller som medlem av en brukerorganisasjon.

### 2.1.1. Bruerkunnskap

En forutsetning for at bruker kan medvirke er at den kunnskapen bruker sitter inne med blir innhentet, lyttet til og tatt hensyn til både på individ og tjenestenivå.

Med brukerkunnskap på individnivå mener vi det enkelte menneskets livserfaring, inkludert erfaring med å ha psykiske vansker eller å ha en pårørende som har psykiske vansker. Det omfatter også erfaring med konsekvenser av å ha psykiske vansker og eventuelt erfaringer fra møtet med hjelpeapparatet.

Bruerkunnskap på gruppenivå omfatter etter vår oppfatning akkumulert kunnskap om å være bruker eller pårørende. Det omfatter en rekke historier som samlet kan gi vesentlig kunnskap om hvordan det er å ha psykiske vansker, om hvordan det er å være pårørende til et menneske som har psykiske vansker og om konsekvenser av å ha psykiske vansker. Det er også fortellinger om hva som er god hjelp, hva som virker og har hjulpet og om vendepunkter. Dette er generell kunnskap som gjelder mange og som må utgjøre en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget når fagfeltet psykisk helsearbeid skal videreutvikles.

## 2.2 Bruerkunnskapen i det psykiske helsearbeidet

I Opptappingsplanen og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten blir det understreket at det er i møtet mellom brukere/pårørende og tjenesteutøvere at kvaliteten av tjenestene oppleves og prøves (Sosial- og helsedirektoratet 2005; Helse- og omsorgsdepartementet 1996-97). Evalueringen av opptappingsplanen viser at brukerne opplever at den kunnskapen de har om egen sykdom og behov for tjenester/behandling i liten grad blir tatt hensyn til. Egne erfaringer og opplevde behov i perioder hvor sykdommen forverrer seg, men også hva slags behandling de oppfatter er hjelpsom, er vanskelig å få gjennomslag for (Sverdrup, Myrvold og Kristoffersen 2007). I tillegg opplever mange at de ikke får tilstrekkelig med informasjon om egen sykdom og behandling (Sverdrup, et al. 2007). Informasjon vil også ha en innvirkning på i hvilken grad brukerne kan medvirke med sin kunnskap og kompetanse. Informasjon som gis må være tilpasset brukeres forutsetninger og være god nok til å gi brukeren tilstrekkelig

grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

En bedret samhandling mellom psykisk helsearbeidere og brukere forutsetter at *brukerkunnskapen* får gyldighet og plass i samhandlingen. Dette innebærer at forholdet mellom partene i hjelperelasjonen må endres. En anerkjennelse og en statusheving av brukerkunnskapen innebærer en maktforskyvning mellom brukere og fagfolk, der brukerne må tørre å ta større grad av makt og innflytelse og tjenesteutøverne må gi fra seg makt og innflytelse (Rustand 2007; Ørstadvik 2002).

Kommuner der brukermedvirkning og brukerdeltakelse ser ut til å lykkes med å slippe brukeren mer til, kjennetegnes ved at de ikke har domenekonflikter. Dette innebærer profesjonelle yrkesutøvere med et høgt bevissthetsnivå på hvordan brukere involveres i utmålingen av egne tiltak, og på hvordan andre enheter, både horisontalt og vertikalt, involveres i arbeidet med brukerne (Sverdrup, et al. 2007).

## **2.3 Når brukerkunnskapen slipper til**

### *2.3.1. Bedringsprosesser*

De siste årene har vi fått mer forskning som legger vekt på å slippe brukerkunnskapen til. Vi finner studier som er designet for å få fram brukernes erfaringer og den meningen de knytter til disse (se for eksempel Borg og Topor 2003; Topor 2004; Kogstad 2005). Større innflytelse for brukerne og anerkjennelse av deres kunnskap har gitt oss nye svar på hva som er hjelpsomt. Forskning om bedringsprosesser viser at vendepunktene ofte er knyttet til at hjelperne gjør noe ekstraordinært. Mange legger også stor vekt på å bli hørt. De som beskrives som ekstra gode hjelpere legger til rette for et samarbeidsklima preget av selvstendighet og selvbestemmelse, trygghet og åpenhet. De har blikk for rettigheter og materielle og sosiale betingelser (Topor 2004).

Forskningen på om og hvordan psykoterapi fungerer belyser også viktige deler av brukernes fortellinger om hva som virker. Det er generelle faktorer som relasjonen (Orlinsky et al.1994), å gi mening til opplevelser eller symptomer, den emosjonelle støtten og håpet om bedring som er de viktigste virksomme elementene i psykoterapi (Bergin og Garfield 1994).

### *2.3.2. Verktøy som gir tilgang på brukerkunnskapen*

Fagfolk får brukerkunnskap av brukere og pårørende i individuelle møter. Denne kunnskapen er nødvendig for arbeidet i den aktuelle situasjonen, og den bidrar til å bygge opp den ansattes kompetanse. Vi har lagt vekt på dialogen med bruker som viktigste virkemiddel for å få tak i den individuelle brukers kunnskap.

Brukerundersøkelser er en mye anvendt metode for å få tak i brukernes kunnskap, og for å vurdere tjenestenes kvalitet. Her finnes det forskjellige

fremgangsmåter. Det som er viktig er imidlertid at brukerundersøkelsene gjennomføres med tanke på å få fram brukernes erfaringer. "Bruker spør bruker" er et eksempel på hvordan brukernes erfaringer med tjenester kan dokumenteres. I "Bruker spør bruker" er det brukere som gjennomfører kvalitative intervjuer med brukere av tjenester. Tanken er at en kvalitativ tilnærming kan bidra til større dybdeforståelse av tjenestetilbudet og hvordan det fungerer på godt og ondt (Bjørger, Westerlund og Johansen 2009). Løken (2006) har vurdert metoden "Bruker spør bruker" opp mot spørreskjema. Undersøkelsen gir både indikasjoner på at metodene kan utfylle hverandre, og at bruker spør bruker gir mer dybde og kvalitet i den informasjonen en får.

Brukeransettelser er et annet grep som skal sikre at brukernes perspektiver, erfaringer og kunnskap blir tatt hensyn til i tjenesteutviklingen (Storm 2009). En evaluering av prosjektet "Medarbeider med brugererfaring" i Danmark viser at brukeransettelser bidrar til faglig bevissthet hos de ansatte, vilje til å gjøre ting på andre måter og hjelp til å forstå brukernes atferd og væremåte (Juliussen 2008). I Norge er det flere prosjekter på Medarbeider med brugererfaring. Flere av disse viser gode erfaringer, men det mangler en systematisert oversikt over betydning av brukeransettelser.

### *2.3.3. Bruerkunnskap og tjenesteutvikling*

For at brukerkunnskapen skal ha den ønskede effekt på utforming av tjeneste og beslutningsprosesser, stiller dette krav til både bruker og tjeneste. Opplæring og styrking av brukerne har vist seg å ha positiv effekt på brukernes helse og selvoppfatning, men også på tjenestens evne til å ta innover seg de innspill som kommer fra brukerhold (Løken 2008). Opplæring av ansatte i tjenestene er imidlertid like avgjørende. Det finnes flere metoder og opplegg for styrking av brukere og tjenesteutøvere. Prosjekter som "Verktøykassa for brukermedvirkning" (Løken 2008) og "Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid" (Storm 2009) presenterer verktøy for systematisk arbeid med brukermedvirkning i en tjeneste. I tillegg har vi liknende prosjekter på flere områder som er tilgrensende til psykisk helsearbeid (sosialtjeneste – HUSK-prosjekter, rusfeltet). Det er behov for en systematisk gjennomgang av disse og andre metoder og verktøy for å få bredere kunnskap om hva som styrker brukerkunnskapens plass i tjenestene.

I tillegg til kompetanseheving og opplæring både for tjenesteutøvere, ledere av tjeneste og brukere, er det også behov for å se nærmere på organisering av brukermedvirkningen på tjenestenivå. Det sentrale spørsmålet er hvordan brukermedvirkning på tjenestenivå skal organiseres og praktiseres slik at brukernes kunnskap fører til reell endring i tjenesten? Evaluering av metoden "Bruker spør bruker" viser at dette er et redskap til å vurdere tjenestekvalitet, men det er for tidlig å si om metoden også har en effekt i retning av endring av tjenestene (Hyrve & Johansen 2008). Storm (2009) gir en systematisk metode for tjenesteutvikling basert på brukerkunnskap. Hun understreker at arbeid med brukermedvirkning på tjenestenivå må legges opp slik at tjenesteyter får mulighet til å gå inn i en læringsprosess med utgangspunkt i sin daglige praksis og egne erfaringer med å gi plass for brukernes kunnskap og kompetanse.



### **3. Aktuelle problemstillinger og tema**

Ut fra punkt 2.3 vil vi trekke fram tre områder som på hver sin måte omhandler brukerkunnskapens plass i det psykiske helsearbeidet, og hvor vi ser at det er behov for en systematisk kunnskaps gjennomgang, og for utdypende kunnskap.

#### **1. Psykisk helsearbeid i et brukerperspektiv**

Nye retninger innen fagfeltet psykisk helsearbeid framhever mestring, ressurser, involvering av brukere og pårørende, og hverdagsliv. Med bakgrunn i dette – hva kjennetegner de praksisene som tar innover seg brukerkunnskapens plass i det psykiske helsearbeidet? Hva hemmer og fremmer godt psykisk helsearbeid på brukerens premisser?

#### **2. Verktøy og metoder for å hente fram brukerkunnskap**

Det er behov for å systematisere verktøy og metoder som gir tilgang på brukerkunnskapen. Hva er svakheter og styrker i de verktøy som finnes? Hvilke metoder bør ligge til grunn for å dokumentere brukerkunnskapen?

Hvordan få kunnskap om hva som er det gode psykiske helsearbeidet sett fra brukernes synspunkt?

#### **3. Tjenesteutvikling med utgangspunkt i brukerkunnskap**

Hvordan bidra til at brukerkunnskap fører til læring og utvikling i tjeneste og hos utøver? Hvordan styrke brukerne slik at brukerkunnskapen får gjennomslagskraft og gyldighet? Hvordan kan tjenesten forbedres slik at det tas større hensyn til hva som er brukernes erfaringer med denne?

### **4. Deltagere**

Ansvar for driften av det enkelte nettverk legges til et kompetanse- og/eller forskningsmiljø som innfrir kravene i kravspesifikasjonen. Dette gjelder både koordinering og organisering av nettverksarbeidet og den faglige utviklingen. Ansvar innebærer også å få til en god samhandling mellom forskning, praksis og brukere, samt å sørge for skriftliggjøring av arbeidet i nettverket.

Rekruttering av kommuner og brukere skal skje i et samarbeid mellom NAPHA og det kompetanse- og/eller forskningsmiljøet som får oppdraget. For å sikre kvaliteten og god måloppnåelse i temanettverket, vil NAPHA ha klare forventninger til de kommuner og brukere som rekrutteres.

#### **4.1 Forventninger til brukermiljøer**

For å sikre kontinuitet skal brukere som hovedregel være tilknyttet en brukerorganisasjon/brukerstyrt senter. Utover dette forventes det at de har kompetanse og erfaring på temaområdet.

#### **4.2 Forventninger til kommunene som skal delta i et nettverk**

Kommunene som skal delta bør ha motivasjon og vilje til å sette av ressurser og investere tid. De skal ha kommet langt innenfor temaet og ha faglig kompetanse på området. Kommunene som velges ut bør representere et spekter av kommunetyper slik at utvalget av kommuner i et nettverk er gjenkjennbart for resten av kommune-Norge (by/bynær/bygd, stor/mellomstor/liten, type organisering).

### **5. Struktur og arbeidsform**

Oppgavene i de nasjonale temanettverkene vil blant annet handle om:

- å systematisere og dokumentere forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap samt brukerkunnskap
- å formidle kunnskap til kommunene gjennom blant annet lokale kompetansenettverk og nettbasert kunnskapsbase
- å kartlegge og eventuelt utvikle kompetansetilbud i psykisk helsearbeid

Det forutsettes at tilbudet så langt som mulig beskriver hvordan arbeidet i nettverket skal gjennomføres og hvilke arbeidsformer som er tenkt benyttet. Beskrivelser av arbeidsprosessen og konkretisering av samarbeidsformene internt i nettverksgruppen må inngå. NAPHA forventer at sentrale arbeidsformer er arbeidsmøter, idédugnader, nettverksseminarer og milepælsamlinger. Selve skrivingen vil kreve individuelle arbeidsprosesser. Utover dette må arbeidsformene være hensiktsmessige i forhold til forventede resultater.

Arbeidet i nettverket skal reguleres av en gjensidig forpliktende avtale mellom kompetanse-/forskningsmiljøer, kommuner og brukermiljøer der partene avklarer roller og ansvarsforhold seg imellom. Avtalen må også inneholde beskrivelser av de ressursene og den bistanden de ulike bidragsytere stiller til disposisjon.

Det er viktig å utvikle et nettverk for sammenhengende forsknings- og utviklingsarbeid der brukere, ansatte i kommunene og kompetanse-/forskningsmiljøet sammen jobber med både kunnskapsinnsamling, praksisforskning og utvikling av tjenester.

Det forventes at partene i nettverket jobber mot en form som gjør at nettverket kan bestå etter prosjektavslutning, for eksempel i form av forskningsprosjekter finansiert av eksterne instanser.

## 5.1 NAPHAs rolle

NAPHA er oppdragsgiver og styringsgruppe for prosjektet. Leverandør som får temanettverket er prosjektleder. En faglig rådgiver i NAPHA vil være aktiv deltakende i nettverksarbeidet og skal følge opp framdrift i arbeidet, rapportere til NAPHA og sørge for at kunnskap underveis bearbeides og formidles til kunnskapsbasen.

## 5.2 Krav til produksjon

Hovedmålet for det nasjonale temanettverket er å samle inn og løfte frem kunnskap innenfor et område, med den hensikt at kunnskapen skal bli tilgjengelig for praksisfeltet. NAPHA har på bakgrunn av dette følgende krav til produksjon i nettverket:

1. Utarbeide kunnskapssammenstillinger innenfor temaområdet brukerkunnskap (inkludert "hva er brukerkunnskap?"). Herunder en systematisk oversikt over og kunnskapsgjennomgang av de tre hovedtemaene under kapittel 3.
2. Gjøre resultatene av kunnskapssammenstillinger tilgjengelig og anvendelig for praksisfeltet gjennom publisering og formidling.
3. Dokumentere og formidle brukererfaringer med utgangspunkt i problemstillingene under kapittel 3.
4. Dokumentere og formidle erfaringsbasert kunnskap fra tjenesteutøvere i kommunene med utgangspunkt i problemstillingene under kapittel 3.
5. Utforme innhold til NAPHAs kunnskapsbase, herunder også dokumentasjon fra praksisfeltet/dokumentasjon av brukererfaringer.
6. Produsere to temahefter om brukerkunnskap. Temanettverket leverer oversikt over saker, artikler og alt tekstlig innhold. Temanettverket er gjesteredaktører, NAPHA har overordnet redaktørfunksjon. Arbeid med redigering, layout, design og trykking gjøres av byrå/trykkeri. NAPHA har lagt til grunn et budsjett på kroner 75 000 per temanummer for layout, redigering og trykking.
7. Utarbeide skriftlig materiale og pedagogiske opplegg for de lokale kompetansenettverkene.
8. Foreslå temaer for videre forskning som kan inngå i NAPHAs samlede forskningsstrategi.
9. Foreslå og utarbeide planer for kompetanseheving innenfor temaet brukerkunnskap.

Hyppighet og frister for produsert materiale blir diskutert i forbindelse med signering av kontrakt.

## 6. Økonomi

Leverandører som velges får en sum på NOK 500 000 per kalenderår, til sammen 1,5 MNOK i løpet av treårsperioden. Summen kan disponeres fritt, men leverandøren forplikter seg til å sette opp et budsjett for bruk av pengene, jf punkt 12.6, og rapportere hvordan pengene har blitt brukt hvert tertial.

## 7. Tidsperspektiv

Temanettverket lyses ut for en periode på tre år.

## 8. Evaluering

De nasjonale temanettverkene skal evalueres av NAPHA. Hensikten er å få erfaring med hvordan nettverkene fungerer i NAPHAs videre arbeid med denne type tiltak for utvikling av det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Evalueringen vil fokusere på utviklingen av de ulike temanettverkene, og vil ha et såkalt følgeforskningsperspektiv<sup>2</sup>. Konkret i evalueringsarbeidet innebærer dette at NAPHA vil delta i et gitt antall "milepælsamlinger" sammen med aktørene i nettverket gjennom prosjektperioden. Hensikten med samlingene er å avgjøre hvor langt nettverksaktørene har kommet i forhold til de konkrete målene for nasjonale temanettverk, identifisere faktorer som har betydning for (hemmer eller fremmer) prosessen, samt å gi råd når det gjelder det videre arbeid.

Når samtlige temanettverk er etablert og har fungert en tid, vil man vurdere behov for en evaluering av kommunenes bruk og nytte av nettverkene i sitt psykiske helsearbeid. Det kan være hensiktsmessig at en total evaluering av nettverkene gjøres av en ekstern evaluatør.

Evalueringen vil være knyttet til følgende kriterier:

- nettverkets samlede kunnskapsdokumentasjon, herunder også kunnskap fra praksisfeltet og fra brukere, jf. Punkt 1,3 og 4 under kapittel 5.2
- nettverkens metoder for involvering av kommuner og brukere i kunnskapsinnhenting

---

<sup>2</sup> Begrepet følgeforskning har bakgrunn i evalueringsforskning, med vekt på formative eller prosessuelle aspekter. Denne forskningsformen har et sterkt fokus på læring og endring (Busch og Schwabs, 2006) hvor evaluatør både er aktiv deltaker og genererer ny kunnskap. Ettersom NAPHA vil være en deltakende aktør og ha oversikt over det aktuelle kunnskapsfeltet, og dessuten en oversikt over de ulike nettverkens progresjon vis a vis kommunene, vil dette utgjøre en hensiktsmessig ramme i denne sammenheng.

- nettverkets formidling av kunnskap til kommunene

## 9. Konkurransen

Valg av kompetanse-/forskningstilbud gjøres etter en gjennomført konkurranse med kjøp etter forhandling. Konkurransen gjennomføres i tråd med Forskrift om offentlige anskaffelser, Del III som gjelder anskaffelser under terskelverdi. Konkurransen kunngjøres i DOFFIN i henhold til vanlig prosedyre.

## 10. Anbud og frister

Tilbudet skal være NAPHA i hende 24. mai kl. 14.00. Anbudet sendes både elektronisk og på papir.

Elektronisk versjon sendes til [arve.almvik@samfunn.ntnu.no](mailto:arve.almvik@samfunn.ntnu.no) og [lisbeth.christensen@samfunn.ntnu.no](mailto:lisbeth.christensen@samfunn.ntnu.no).

Papirversjon (5 eksemplarer) sendes til

NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid  
Statens hus, 3. etg.  
Prinsens gate 1  
7468 Trondheim

Spørsmål til anbudsinnbydelsen og anbudet kan rettes til [arve.almvik@samfunn.ntnu.no](mailto:arve.almvik@samfunn.ntnu.no) eller [kjersti.wahre@samfunn.ntnu.no](mailto:kjersti.wahre@samfunn.ntnu.no)

### 10.1 Tentativ fremdriftsplan

Milepæl	Dato
Utsendelse av kravspesifikasjon	8. april
Frist for å stille spørsmål	18. mai
Innleveringsfrist for tilbud	24. mai
Evaluerings- og forhandlinger	Uke 21 og 22
Innstilling	7. juni
Klagefrist	17. juni
Kontraktsinngåelse	18. juni
Vedståelsesfrist	17. juli

## **11. Kvalifikasjonskrav**

Leverandører som ønsker å gi anbud, må legge frem følgende dokumentasjon:

### **11.1 Attest for restanser på skatt/avgift mv ("skatteattest")**

Leverandøren skal innen anbudsfristens utløp fremlegge skatteattester som dokumentasjon på at skatter og avgifter er betalt. (RF-1244 Fastsatt av skattedirektoratet).

Skatteattest (RF-1244 Fastsatt av skattedirektoratet) skal være utstedt av kemner/kommunekasserer der leverandøren har sitt hovedkontor og av skattefogden i vedkommende fylke.

Skatteattestene må ikke være eldre enn 6 måneder, regnet fra den dag attesten skal være NAPHA i hende.

### **11.2 HMS-erklæring**

Leverandøren skal innen anbudsfristens utløp fremlegge egenerklæring i samsvar med Forskrift om offentlig anskaffelse (kfr. bilag H) som dokumentasjon på at leverandøren oppfyller, eller ved eventuell tildeling av kontrakt vil oppfylle, lovbestemte krav i Norge innen helse, miljø og sikkerhet.

Erklæringen skal ikke være eldre enn 12 måneder, regnet fra den dag erklæringen skal være NAPHA i hende.

## **12. Tildelingskriterier**

Leverandører som tilfredsstillt kvalifikasjonskravene, vurderes videre ut fra nedenstående kriterier. Leverandøren skal derfor i sitt anbud besvare punktene i den rekkefølgen som er angitt nedenfor og beskrive det som tilbys.

### **12.1 Beskrivelse av egne ressurser og kompetanse på temaområdet**

NAPHA ønsker en beskrivelse av kompetansemiljøets kompetanse innen brukerkunnskap spesielt, og psykisk helsearbeid, generelt. Søknaden bør gi en beskrivelse av hvordan kompetansen er tenkt anvendt i temanettverket. Leverandør må gi en oversikt over personer fra eget kompetansemiljø som vil inngå i temanettverkets arbeid. I tillegg er det ønskelig med en oversikt over personer fra eventuelle samarbeidende miljøer som vil inngå i nettverket. Samarbeidende miljøer kan være andre kompetanse-/forskningmiljøer, brukermiljøer eller aktuelle fagnettverk. Søknaden må inneholde informasjon om hvilken rolle og funksjon de enkelte fagpersoner (og/eller miljøer) er tiltenkt i temanettverket. Det vil være en fordel at koordinator for temanettverket er navngitt.

I anbudsdocumentet ønskes vedlagt CV for personer som er tenkt å ha en sentral rolle i nettverket. I tillegg ønskes oversikt over relevante fagutviklingsprosjekter og publikasjoner.

Ved utvelgelse vektlegges høy kompetanse på brukerkunnskap (både i kompetansemiljø og hos sentrale fagpersoner) og på de aktuelle problemstillingene som er skissert i anbudsgrunnlaget, jf. punkt 2 og 3.

Videre legges det vekt på søkermiljøets erfaringer når det gjelder samarbeid med kommuner og brukermiljøer om forskning og fagutvikling. Erfaring fra deltakelse i faglige nettverk vil være en fordel.

NAPHA vektlegger at arbeidet i temanettverket "brukerkunnskap" skjer i samarbeid mellom FoU-miljø og brukermiljø/brukerkompetansemiljø og at søknaden utarbeides i et samarbeid mellom et FoU-miljø og brukerkompetanse.

### **12.2 Beskrivelse av formidlings- og publiseringserfaring**

NAPHA ønsker en beskrivelse av kompetansemiljøets formidlings- og publiseringserfaring. NAPHA vektlegger her både formidlings- og publiseringserfaring i forhold til tema brukerkunnskap, og i hvilken grad miljøet har erfaring med praksisnær formidling av kunnskap. Med praksisnær formidling og publisering mener vi formidling som er utformet på en slik måte at det oppfattes som anvendbar og relevant for praksisfeltet.

Når det gjelder publisering og formidling vil bredde i uttrykksformer vektlegges. For eksempel er essays, kronikker, muntlig formidling på fagkonferanser og lignende, sidestilt med tradisjonell akademisk publisering.

### **12.3 Inkludering av temanettverket i egen virksomhet**

NAPHA vektlegger i hvilken grad kompetansemiljøet vil inkludere temanettverket i sin øvrige virksomhet. Eksempler på dette kan være inkludering av forskningsressurser, mastergradsprosjekter og fagutviklingsprosjekter. Dette vil representere miljøets egeninnsats i temanettverket.

### **12.4 Prosjektgjennomføring og milepælsplan.**

NAPHA ønsker en kort beskrivelse av hvilke arbeidsformer som er hensiktsmessige for å nå målene med temanettverket, jf. punkt 1.2, og produksjonskrav jf. punkt 5.2. I tillegg ønsker vi en milepælsplan som skisserer framdriften i arbeidet. Milepælsplanen skal gi en skjematisk framstilling av arbeidsoppgaver, delmål og tentative tidsfrister.

Det legges vekt på at milepælsplanen er realistisk å gjennomføre, er i samsvar med innholdet i oppdraget, og at den gjenspeiler en evne til å komme raskt i gang med arbeidet.

### **12.5 Beskrivelser av arbeidsprosessen og konkretisering av samarbeidsformene internt i nettverksgruppen.**

En forutsetning for å lykkes med arbeidet i nettverket er godt samarbeid mellom aktørene. Det ønskes derfor en kort beskrivelse av hvordan samarbeid med kommuner og brukere er tenkt organisert og hvilke roller de ulike personer og miljøer er tiltenkt. Rekruttering av samarbeidende aktører i temanettverket skal skje i samarbeid mellom NAPHA og leverandør. Det er imidlertid en fordel om kompetansemiljøet allerede i tilbudet kan vise til aktuelle deltakere i nettverket.

Det legges vekt på beskrivelser av modeller for hvordan brukermiljø, kompetanse-/forskningsmiljø og praksisfelt kan samarbeide om fagutvikling og forskning.

### **12.6 Budsjett som skisserer bruk av pengene tildelt fra NAPHA**

Leverandøren skal sette opp et budsjett som må inneholde utgifter per kalenderår fordelt mellom lønn, honorar, reiser, drift og overhead, og vise en total sum på inntil 1,5 MNOK totalt over tre år, kfr pkt 6. Det forutsettes at en del av summen går til avlønning av en koordinator som har ansvaret for fremdrift og er kontaktperson for NAPHA. Det legges vekt på at budsjettet gjenspeiler ambisjonene i milepælsplanen. Hvis kompetanse-/forskningsmiljøet har lagt til grunn en egeninnsats skal denne synliggjøres i budsjettet (jf. punkt 12.3).

### **12.7 Vekting**

NAPHA vil gjennomføre en totalvurdering av tilbudene hvor tildelingskriteriene vektes likt.

### **12.8 Valg**

NAPHA vil kalle inn inntil tre av anbydere til nærmere forhandlinger før endelig valg treffes.

***Tilbudet skal være avgrenset til sju sider, eksklusive vedlegg.***



### 13. Referanseliste

- Alm Andreassen, T. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Dr.polit.-avhandling avgitt ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Almvik, A. & Borge, L. (Red.) (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). Overview, Trends and Future Issues. . I A.E. Bergin og S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed., s. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Bjørgen, D., Westerlund, H. & Johansen, K.J. (2008). *Psykisk helsearbeid i Oslo kommune. Bruker-Spør-Bruker B-S-B. Evaluering 2006-2008*. Oslo: Oslo kommune.
- Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Busch, T. & Schwebs, R. (2006). Forskeren som endringsagent: Roller, læring og bruk av metaforer i følgeforskning. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 8 (4), 41-62.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996-97). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. (St.prp. nr 63).
- Helsedirektoratet (2009). Rundskriv IS-1/2009 – Nasjonale mål og hovedprioriteringer.
- Hyrve, G. & Johansen, K.J. (2008). *Evaluering av Bruker Spør Bruker i Oslo*. Oslo: Stiftelsen TISIP.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (4), 339–346.
- Juliussen, F.B. (2008). *En annerledes brik? Medarbeidere med brugererfaring – an aktiv brik i rehabiliteringsarbeidet*. København: Videncenter for socialpsykiatri.
- Kogstad, K.H. (2005). Vendepunkter: Byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (4), 41-49.
- Lov om pasientrettigheter (2001)
- Løken, K.H., Bjørgen, D., Kaspersen, B. & Westerlund, H. (2006). *Undring og dialog: Hvordan kan brukundersøkelser være et verktøy for å involvere brukerne og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i en kommune?* Oslo: Rådet for psykisk helse.

Løken, K.H. (2008). *Fellesskap, styrke og stolthet, om empowermentprosesser i praksis: rapport fra brukerforum i Stange og Hamar 2007-2008*. Stange og Hamar Kommune.

Norges forskningsråd (2009). *Evalueringsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd.

NOU 2001:22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer. Statens forvaltningstjeneste – Informasjonsforvaltning.

Nyttingnes, O. & Skjerve, A. (2005). Hvis brukerne fikk bestemme. I A. Almvik & L. Borge (Red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. og Parks, B.K. (1994). Process and outcome in Psychotherapy – Noch einmal. I A.E. Bergin og S.L. Garfield (Red.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed., s. 270-376). New York: John Wiley & Sons.

Psykisk helsevernloven (1999)

Rustand, B. (2007). *Psykiatriens samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet (2001): *Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen 2001, 06.08 nr 0676*, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsesektoren (IS-1162)*.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen (IS-1315).

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sverdrup, S, Kristoffersen, L.B. & Myrvold, T. M (2007). *Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2.

Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar til återhemtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur og Kultur.

Volden, O. (2004). Vi sier farvel til "den psykiatriske pasienten". Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (1), 43-54.

Ørstadvik, S. (2002). *Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.