



Høgskolen  
i Innlandet



Handelshøgskolen Innlandet – Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

**Jim Broch Skarli**

**«Det hender det er noen konflikter»**

**Et offentlig tjenestelogikkperspektiv på sårbare brukere  
og deres pårørende som aktører i samskaping**

Ph.d. i Innovasjon i tjenesteyting i offentlig og privat sektor (INTOP)  
2022



Jim Broch Skarli

# «Det hender det er noen konflikter»

Et offentlig tjenestelogikkperspektiv på sårbare brukere og deres pårørende som aktører i samskaping

Ph.d.-avhandling

2022

Handelshøgskolen Innlandet – Fakultet for økonomi- og samfunnsvitenskap



Trykk: Flisa Trykkeri A/S

Utgivelsessted: Elverum

© Jim Broch Skarli (2022)

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Ph.d.-avhandlinger i Innovasjon i tjenesteyting i offentlig og privat sektor (INTOP) nr. 22

ISBN trykt utgave: 978-82-8380-348-8

ISBN digital utgave: 978-82-8380-349-5

ISSN trykt utgave: 2535-6151

ISSN digital utgave: 2535-6143

## **SAMMENDRAG**

Formålet med denne avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes, men også ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige helse- og omsorgstjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping. Med empirisk utgangspunkt i tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere, studerer avhandlingen samskappingsprosesser som involverer brukere, pårørende og tjenestetilbydere.

Avhandlingen er teoretisk forankret i offentlig tjenestelogikk (OTL) og tar utgangspunkt i perspektivets forståelse av brukeren som den grunnleggende analyseenheten, hvor brukerne oppfattes som aktive og likeverdige partnere i samskaping. Det argumenteres for at fremstillingen av brukeren som aktør i OTL, bygger på fire forutsetninger om brukernes ressurser og egenskaper. Gjennom de empiriske studiene problematiserer avhandlingen disse forutsetningene, og utforsker sammenhenger mellom brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Avhandlingen synliggjør at sårbare brukere ofte mangler ressurser og egenskaper som gjør de i stand til å delta som aktive og likeverdige partnere i samskaping og at pårørendes viktige rolle som aktør i denne konteksten, nettopp må forstås med bakgrunn i brukernes manglende ressurser og egenskaper. Samtidig underbygges det at pårørendes evne til å fylle denne rollen også må sees i sammenheng med deres egne ressurser og egenskaper, samt den konteksten de befinner seg i.

Avhandlingen knytter svak helsekompetanse hos brukerne og ansvarliggjøring av pårørende til samødeleggelse og konflikt, og etablerer slik en sammenheng mellom brukere og pårørende sine ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Videre tas implikasjoner for tjenestetilbydernes rolle i OTL opp. Det synliggjøres blant annet at det kan være nødvendig med en større grad av paternalisme knyttet til vurdering av verdi i konteksten av sårbare brukere. Avhandlingen bidrar til å utvikle forståelsen av brukere og pårørende som aktører, samt til å øke kunnskapen om verdiskaping, verdiødeleggelse og konflikt, i samskappingsprosesser og tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere. Arbeidet er artikkelbasert og består av tre artikler og denne kapp. Avhandlingen er kvalitativ og bygger på en dokumentstudie av kommunale rapporter (artikkel 1) og en intervjuundersøkelse av brukere, pårørende, kommunale ledere og ansatte (artikkel 2 og 3).

## **ABSTRACT**

The aim of this dissertation is to contribute knowledge about how value can be created and destroyed for vulnerable users and family carers in public services, through an increased understanding of their roles as actors in co-creation. With an empirical starting point in service innovations aimed at vulnerable users, the thesis analyses co-creation processes that involve users, family carers and service providers.

The thesis is theoretically based on public service logic (PSL) and has its starting point in PSL's understanding of the service user as the basic unit of analysis, where users are understood as active and equal partners in co-creation. The thesis argues that the understanding of the user as an actor in PSL is based on four assumptions about the user's resources and attributes. Through empirical studies, the thesis problematizes these assumptions and explores connections between users' and family carers' resources and attributes, and the harmony perspective in co-creation. Findings illustrate that vulnerable users often lack resources and attributes that enable them to participate as active and equal partners in co-creation, and that family carers' role as actors in this context must be understood as a result of users' lack of resources and attributes. At the same time, it is substantiated that family carers' ability to fulfil this role must also be understood in the context of their own resources and attributes, as well as the broader context in which they find themselves.

The study links users' low health literacy and the responsabilization of family carers to value co-destruction and conflict, and thus establish a connection between users' and family carers' resources and the harmony perspective in co-creation. Furthermore, implications for the role of service providers in PSL are addressed. Among other things, it is substantiated that a greater degree of paternalism may be necessary regarding the assessment of value in the context of vulnerable users. The dissertation contributes by developing the understanding of users and family carers as actors, and by increasing knowledge about how value can be created or destroyed as well as conflicts, in cocreation processes and service innovations aimed at vulnerable users. The dissertation is article based and consists of three articles and this introductory chapter (kappe). The thesis is qualitative and based on a document study of municipal reports (Article 1) and an interview study of users, family carers, municipal managers, and staff (Articles 2 and 3).

## FORORD

«Jeg vanket ofte på villstrå i  
skoger bakenfor skogene.  
Undret hvem som hadde gått der  
hvergang jeg krysset mitt eget spor,  
visste hverken vei eller lei.»

Hans Børli

Hans Børli er en av mine favorittlyrikere. Kanskje er det fordi han beskriver livets store underfundigheter med hverdagslige uttrykk og med referanser til dagliglivet og naturen rundt oss. Et doktorgradsprosjekt oppleves på mange måter som det motsatte. Sant å si er det i grunnen en ganske komplisert affære, både faglig og personlig sett. Læringskurven er bratt og svingningene mellom de høye toppene og de dype dalene er raske og uforutsigbare. Arbeidsdager blir til netter, helger og ferier og det år etter år. Det krever en voldsom innsats og evnen til å stå på over tid. Men, det lar seg ikke gjøre alene. Et doktorgradsprosjekt som endelig kommer i havn, er ingen soloprestasjon.

Først og fremst tusen takk til min hovedveileder førsteamanuensis Jan Andersen og mine medveiledere professor Ole Petter Askheim og førsteamanuensis Marit Engen. Jan og Ole Petter, dere har vært med fra start til slutt i denne prosessen og lagt ned en betydelig innsats i dette arbeidet. Rundene har vært mange, grundige og konstruktive. Dere har et faglig presisjonsnivå som er et eksempel til etterfølgelse for alle og enhver. Jeg er privilegert som har fått nytte godt av deres kompetanse og jeg har lært utrolig mye av dere. Marit, du kom inn som medveileder i siste halvdel av prosjektet. Din faglige kompetanse kombinert med din urokkelige optimisme, har både vært veldig inspirerende og helt avgjørende når tvilen har kommet sigende hos meg underveis.

En stor takk også til alle informantene som har stilt opp i intervjuer og gjort denne avhandlingen mulig. I forskningsøyemed beskriver jeg dere med begreper som informanter, brukere, pårørende og ansatte. Like fullt synes jeg det er viktig å huske på at bak alle disse begrepene befinner det seg mennesker. Mennesker, slik jeg har møtt de, veldig ofte både har en

beundringsverdig evne til å se det gode i livet og ta de utfordringene livet møter de med. Jeg har lært så mye av dere.

Hele INTOP- miljøet har vært viktige for at dette prosjektet har kommet i havn. Samtidig har dere bidratt til å gjøre selve reisen mye finere. Tusen takk til stipendiatgjengen på Nyhove; Kjersti Isaksen, Gard Ringen Høibjerg, Eva Duedahl, Barbara Rebecca Mutonyi, Chukwuemeka Echebiri, Ole Andreas Haukåsen, Ane Bast, Marie Rønshaugen, Stefanie Gesierich, Victoria Helen Batt-Rawden, Kristine Blekastad Sagheim og Sebastian Kühn. En stor takk også til Randi Kvamme Bjørnstad og professor Martin Rønningen. Randi, fordi du alltid stiller opp og fikser alle praktiske ting. Martin, for at du som leder av doktorgradsprogrammet alltid har hatt en åpen dør, glimt i øyet og en god historie på lur. Spesielt når det har trengtes som mest.

Takk også til Siv Magnussen og Per Skålen som stilte opp som opponenter på mine seminarer underveis. Dere brakte inn verdifulle innspill og korreksjoner, som hjalp meg å komme i havn til slutt.

Takk til Helga Katharina Haug og Kristin Refsdal i Helsedirektoratet, som villig bisto meg med datamateriale til den første artikkelen og til Wendy Hardyman ved Y-lab i Wales, som både ga meg gode innspill og heiet på meg underveis. Takk også til leder ved Østlandsforskning, Tonje Lauritzen, som la praktisk til rette så jeg fikk på plass det siste av avhandlingsarbeidet.

Sist, men aller mest:

Kjære Silje- tusen takk for all tålmodighet når arbeidsdager har blitt kvelder, netter, helger og ferier. Ingen kan forvente en slik tålmodighet. Du er fantastisk!

Kjære Henrik: tusen takk for all tålmodighet du har vist. Det er langt mer enn noen kan forvente av en tenåring. Jeg er så utrolig stolt av deg!

Hamar, januar 2022

Jim Broch Skarli

## INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG .....	i
ABSTRACT .....	ii
FORORD .....	iii
1. INNLEDNING .....	1
1.1 Nye brukergrupper og nye løsninger .....	3
1.2 Nevroplan 2015: En tjenesteinnovasjon rettet mot sårbare brukere .....	3
1.3 Samskaping og offentlig tjenestelogikk .....	5
1.4 Brukerens rolle i samskaping .....	6
1.5 Pårørende som ressurs for sårbare brukere .....	7
1.6 Et harmonisk perspektiv på aktører og samskapingsprosesser .....	9
1.7 Avhandlingens forskningsspørsmål .....	11
1.8 Avhandlingens videre struktur .....	12
2. TEORETISKE PERSPEKTIVER .....	13
2.1 Samstyring som styringsregime og kontekst .....	13
2.2 Samskapingsbegrepet slik det forstås i denne avhandlingen .....	15
2.3 Avhandlingens forståelse av verdi .....	16
2.4 Brukeren som aktør i offentlig tjenestelogikk .....	19
2.4.1 Fra offentlig tjenstedominant logikk til offentlig tjenestelogikk .....	19
2.4.2 Brukeren som en aktiv, motivert og likeverdig ressursintegrator .....	22
2.4.3 Brukeren som en verdiopplevende og -definerende aktør .....	26
2.4.4 En oppsummering av forutsetninger om brukeren som aktør .....	27
2.5 Aktørenes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping .....	27
2.5.1 Samødeleggelse og konflikter .....	28
2.5.2 Helsekompetanse- et uttrykk for operante ressurser hos sårbare brukere .....	29
2.5.3 Ansvarliggjøring av pårørende .....	30
2.6 Oppsummering av det teoretiske rammeverket .....	33
3. VITENSKAPSTEORI, FORSKNINGSDESIGN OG METODE .....	35
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	36
3.2 Forskningsdesign .....	38
3.3 Metodisk tilnærming og datagrunnlag .....	40
3.3.1 Artikkel 1- en dokumentstudie .....	41



3.3.2	Kvalitativ innholdsanalyse .....	42
3.3.3	Artikkel 2 og 3- en kvalitativ intervjustudie .....	43
3.3.4	Kvalitative intervjuer .....	45
3.3.5	Gruppeintervjuer .....	47
3.3.6	Analyse av intervjudata.....	47
3.3.7	Koronasituasjonen- følger for datainnsamling og kvalitet.....	49
3.4	Forskningens kvalitet, troverdighet og begrensninger .....	50
3.4.1	Kredibilitet og pålitelighet .....	50
3.4.2	Bekreftbarhet.....	53
3.4.3	Overførbarhet .....	55
3.5	Etiske betraktninger .....	56
4.	SAMMENDRAG AV AVHANDLINGENS ARTIKLER.....	59
4.1	Artikkel 1 .....	59
4.2	Artikkel 2 .....	60
4.3	Artikkel 3 .....	62
4.4	Artiklenes bidrag til forskningsspørsmålene .....	64
5.	DISKUSJON OG BIDRAG.....	67
5.1	Hvordan påvirker brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper deres rolle som aktører i samskaping? .....	67
5.1.1	Brukernes ressurser, egenskaper og deres rolle i samskaping .....	67
5.1.2	Pårørendes rolle og viktigheten av kontekstuelle faktorer.....	70
5.2	Hvilken betydning har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for harmoniperspektivet i samskaping?.....	72
5.2.1	Svekket helsekompetanse og negative verdiutfall .....	73
5.2.2	Ansvarliggjøring, samødeleggelse og konflikt .....	74
5.3	Hvilke implikasjoner har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for tjenestetilbydernes rolle i OTL? .....	77
5.4	Samlet bidrag og videre forskning.....	80
6.	REFERANSER .....	83
7.	VEDLEGG.....	103

## **TABELLER**

Tabell 1. Avhandlingens artikler .....	12
Tabell 2. Forutsetninger om brukeren som aktør i OTL. ....	27
Tabell 3. Oversikt over kommunale prosjekter etter prosjekttype, geografisk beliggenhet og kommunestørrelse .....	42
Tabell 4. Inkluderte informanter etter informanttype og kommune.....	44
Tabell 5. Gjennomførte intervjuer.....	47
Tabell 6. Eksempler på koder og kategorier .....	48
Tabell 7. Artiklens bidrag til forskningsspørsmålene.....	64
Tabell 8. En revidert forståelse av brukeren som aktør i OTL.....	70

## **FIGURER**

Figur 1 Involverte aktører i samskapingsprosessene.....	9
Figur 2 Sfærer i verdiskaping (forenklet og basert på Grönroos & Voima, 2013, s. 141).....	21

## AVHANDLINGENS ARTIKLER

Skarli, J. B. (2020). Sammensatte behov og store variasjoner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-08>

Skarli, J. B. (2021). Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users. *Administrative Sciences*, 11(1), 16. <https://doi.org/doi:10.3390/admsci11010016>

Skarli, J. B. (2021). Responsibilization and value conflicts in healthcare co-creation: a public service logic perspective. *Public Management Review*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.2013070>

## 1. INNLEDNING

Denne avhandlingen handler om hvordan sårbare brukere og deres pårørende kan forstås som aktører i samskapingsprosesser og hvordan verdi kan skapes og ødelegges for disse aktørene. Sårbare brukere benyttes her i betydningen kronisk og alvorlig syke brukere, hvor sårbarhet referer til en eller annen grad av maktesløshet i samhandling med det offentlige tjenestesystemet (Røhnebæk & Bjerck, 2021). Noe som i denne avhandlingen knyttes til manglende ressurser hos, eller egenskaper ved brukerne. Viktigheten og relevansen av å studere sårbare brukere kan forstås med bakgrunn i brukernes sentrale rolle i samskaping av offentlige tjenester, hvor de forstås som aktive og likeverdige deltagere (Osborne, 2021). Samtidig som sårbarhet i denne sammenhengen indikerer at brukere kan ha ulike forutsetninger og muligheter for å delta (Dietrich et al., 2017). Noe jeg kommer nærmere tilbake til utover i dette kapittelet.

Interessen for tematikken i denne avhandlingen har bakgrunn i at jeg i nesten ni år jobbet med tjenester rettet mot sårbare brukergrupper i spesialisthelsetjenesten, blant annet knyttet til brukermedvirkning. Senere, som forsker ved Senter for Omsorgsforskning ved NTNU i perioden 2015- 2017, arbeidet jeg med flere prosjekter som omhandlet kommunale tjenester til personer med nevrologiske tilstander. Dette er en brukergruppe og et tjenesteområde hvor det er behov for økt forståelse om hva som kan bedre tjenestetilbudet til brukerne og deres pårørende, og hvor det for lite kunnskap om behovsutvikling, organisering og tilrettelegging av tjenestene til brukerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Utgangspunktet for denne avhandlingen er derfor også knyttet opp mot denne målgruppen, ved at studien har sitt empiriske utgangspunkt i tjenesteinnovasjoner rettet mot kronisk og alvorlig syke brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Samtidig har prosjektet utviklet seg betydelig underveis i arbeidsprosessen. Etter hvert som både det empiriske og ikke minst det teoretiske kunnskapsgrunnlaget økte, ble det tydeligere hvordan de empiriske undersøkelsene kunne bidra med viktig kunnskap inn i tjenestelitteraturen. Dette er spesielt knyttet til hvordan vi kan forstå sårbare brukere og deres pårørende som aktører i samskapingsprosesser.

Avhandlingen har sin overordnede teoretiske forankring i offentlig tjenestelogikk<sup>1</sup> (OTL) og studerer samskapingsprosesser i leveransen av tjenesteinnovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester. Gjennom studier av samskaping med alvorlig og kronisk syke brukere og deres pårørende på mikronivå, svarer avhandlingen på forespørsler i litteraturen knyttet til empiriske studier av samskaping i brukermøter på mikronivå (Hardyman et al., 2015; Joiner & Lusch, 2016; Osei-Frimpong et al., 2015; Sweeney et al., 2015). Formålet med avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes og ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige tjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping. Slik bidrar avhandlingen til å utvikle forståelsen av brukere og pårørende som aktører i tjenestelitteraturen generelt og i offentlig tjenestelogikk spesielt, samt til å øke kunnskapen om verdiskaping, verdiødeleggelse og konflikt, i samskapingsprosesser og tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere.

I fortsettelsen av dette innledende kapittelet vil jeg først kort presentere den empiriske konteksten for helse- og omsorgstjenestene, knyttet til kommunenes økte ansvar for nye brukergrupper og behovet for nye løsninger i tjenestene. Deretter redegjøres det for avhandlingens empiriske utgangspunkt i tjenesteinnovasjoner. Her argumenterer jeg også for viktigheten av å studere samskapingsprosesser knyttet til tjenesteleveranse, for å forstå verdiskaping i tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere. Videre presenterer jeg samskapingsbegrepet og knytter dette opp mot OTL-perspektivet. I forlengelsen av dette redegjøres det for brukerens rolle i samskaping. Herunder hvordan den økende bruken av samskapingsbegrepet i offentlig tjenesteyting, illustrerer et skifte i oppmerksomhet fra hva tjenestetilbyderne leverer av tjenester, til brukeren som en aktiv, motivert og likeverdig partner. Samtidig er det kunnskapshull knyttet til samskaping med sårbare brukere. Så beskrives viktigheten av pårørendes rolle i konteksten av sårbare brukere og knyttet til forståelsen av tjenesteøkosystemer. Deretter belyser jeg hvordan en problematisering av både brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper kan utfordre harmoniperspektivet i samskaping. Avslutningsvis presenteres avhandlingens forskningsspørsmål og videre struktur.

---

<sup>1</sup> Public Service Logic.

## **1.1 Nye brukergrupper og nye løsninger**

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært gjenstand for økt kompleksitet, mangfoldighet og fragmentering, knyttet til at de har fått ansvar for tjenestetilbudet til mange nye brukergrupper siden midten av 1990- tallet. Dette er brukere som tidligere enten fikk tilbud i spesialisthelsetjenesten, eller var helt avhengig av hjelp fra familien. Derfor har tallet på tjenestemottakere under 67 år blitt nesten tredoblet i de kommunale tjenestene i denne perioden, og svært mange av disse har sykdommer og skader som krever omfattende tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Samtidig står samfunnet også overfor krevende fremtidige omsorgsutfordringer, knyttet til et økende antall eldre og knapphet på helse- og sosialpersonell (St. Meld. nr. 25 (2005- 2006), 2006). Kompleksiteten og bredden i oppgavene som kommunene skal ivareta har økt gradvis (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009), og endringene peker tydelig i retning av at vi må tenke annerledes om omsorgstjenestene i fremtiden (Disch & Johnsen, 2015).

Tradisjonelt har kommunene hovedsakelig dekket brukernes behov ved å utnytte ressurser innenfor egen organisasjon. De nye utfordringene skaper derimot et behov for å bringe sammen helt nye grupper på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tvers av skillet mellom offentlig sektor og sivilsamfunn, blant annet gjennom å legge til rette for økt innovasjon, brukerinvolvering og samskaping av tjenester, sammen med innbyggerne (Meld. St. 30 (2019 – 2020), 2020; NOU 2011:11, 2011).

## **1.2 Nevroplan 2015: En tjenesteinnovasjon rettet mot sårbare brukere**

Denne avhandlingen har sitt empiriske utgangspunkt i tjenesteinnovasjoner rettet mot en av disse nye brukergruppene som kommunene har fått ansvar for. Nærmere bestemt to 3-årige utviklingsprogram under Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Nevroplan 2015 var en delplan under Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), rettet mot brukere med nevrologiske tilstander. Nevrologiske tilstander refererer til skader og sykdommer i sentralnervesystemet (hjerne og ryggmarg) og i det perifere nervesystemet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), samt enkelte muskelsykdommer (Den norske legeförening, 2007). De vanligst forekommende tilstandene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er multippel sklerose, Parkinsons sykdom, hjerneslag, epilepsi og hjerne- eller ryggmargsskader.

Litteraturen påpeker at innovasjoner må inneholde to sammenknyttede aktiviteter, nemlig det å gjøre noe nytt, samt at dette nye må implementeres slik at det fungerer i en gitt kontekst (Fuglsang, 2010; Rønning, 2021). Innovasjon kan derfor forstås som «kreativitet i form av nye ideer, produkter, tjenester, policies og institusjoner, samt at denne kunnskapen blir akseptert, spredt og iverksatt» (Olsen, 2004, s. 16). I tjenesteinnovasjon er gjerne målsetningen knyttet til organiseringen og innholdet i tjenestetilbudet (Magnussen, 2016). Dette gjenspeiles i Nevroplan 2015, hvor formålet var å endre tjenestenes kompetanse, arbeidsformer, tjenesteinnhold og faglige fokus, slik at de la bedre til rette for å dekke brukergruppens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Til grunn for Nevroplan 2015 lå det en erkjennelse av at helse- og omsorgstjenestene ikke i tilstrekkelig grad var utformet og tilrettelagt for personer med nevrologiske tilstander. Målet var å styrke den faglige bredden i det kommunale tjenestetilbudet på en slik måte at brukere selv opplevde at tiltaket samsvarte med egne behov og gav et mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

De to utviklingsprogrammene som ligger til grunn for denne studien, besto av ett program for dag- og aktivitetstilbud og ett for tilpassede treningstilbud. Målgruppen i det første programmet var brukere og pårørende, mens kun brukere ble oppgitt som målgruppe for det andre. Under de to programmene, som ble administrert av Helsedirektoratet, ble det gitt tilskudd til nitten prosjekter, fordelt på tretten kommuner. Ti av prosjektene fikk tilskudd til utvikling av dag- og aktivitetstilbud og ni prosjekter fikk tilskudd til tilpassede treningstilbud. De kommunale tilbudene skulle inneholde oppdatert kunnskap og informasjonstiltak og kunne innpasses i et helhetlig kommunalt tilbud til personer i målgruppen. Videre skulle det i søknadene beskrives hvordan brukervedvirkning ble ivaretatt (Helsedirektoratet, 2012a, 2012b).

Tjenester er immaterielle og bygger på relasjoner mellom den som leverer og den som tar imot tjenesten (Rubalcaba, 2007). Tjenesteinnovasjon kan derfor forstås som en endringsprosess mellom tilbyder og mottaker av tjenesten (Hartley, 2005). Samtidig har tjenesteinnovasjon ofte utgangspunkt i brukernes problemer og behov. Brukernes rolle anerkjennes derfor i økende grad i tilknytning til tjenesteinnovasjon (Fuglsang & Sundbo, 2016). Brukergruppen som studeres i denne avhandlingen har svært ulike hjelpebehov og trenger derfor ofte betydelige individuelle tilpasninger for at tjenestene skal kunne tilrettelegge godt for brukernes verdiskaping (Skarli, 2018). Noe som synliggjør viktigheten av den enkelte brukerens stemme knyttet til egne tjenester. I en tjenesteinnovasjon oppstår verdien når den anvendes av brukeren eller andre aktører (Rønning et al., 2013). En implikasjon av dette er at den enkelte brukerens

deltagelse i tjenesteleveransen er av sentral betydning for hvorvidt og hvordan verdi skapes for brukerne og dermed også for hvordan en innovasjon fungerer i konteksten av sårbare brukere (jfr. (Fuglsang, 2010; Rønning, 2021)). Dette tydeliggjør relevansen og viktigheten av å studere samskapingsprosesser knyttet til tjenesteleveranse, for å forstå verdiskaping i tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere. Derfor er også slike samskapingsprosesser det sentrale i denne avhandlingen.

### **1.3 Samskaping og offentlig tjenestelogikk**

Samskapingsbegrepet ble opprinnelig utviklet i privat sektor (Lusch & Vargo, 2006; Torfing et al., 2019). Teoretisk knyttes begrepet til tjenestelogikk<sup>2</sup> (SL) (Grönroos, 2008, 2011; Grönroos & Voima, 2013) og tjenstedominant logikk<sup>3</sup> (SDL) (Vargo & Lusch, 2004, 2008, 2016). Selv om samskapingsbegrepet oppsto i privat sektor hvor markedsandeler og fortjeneste er viktige hensyn, er konseptet også relevant for offentlig sektor (Torfing et al., 2016). Her knyttes samskapingsbegrepet gjerne til hvordan tjenestene bidrar til å møte brukerens behov, gjennom å skape verdi for brukeren (Rønning, 2021). Dette reflekteres blant annet i utviklingen av en offentlig tjenestelogikk (Osborne, 2021), som denne avhandlingen teoretisk både bygger på og problematiserer. Som i tjenesteinnovasjon, anerkjennes viktigheten av brukerens rolle i OTL. Dette synliggjøres blant annet gjennom OTL sitt fokus på at endring av tjenester bør reflekteres i økt verdi for tjenestebrukerne. Noe som dermed understreker at perspektivet også har relevans for studiet av innovasjon i offentlig sektor (Osborne et al., 2013; Skålén et al., 2018).

OTL ble utviklet med utgangspunkt i, men også som en reaksjon på at tjenesteforskningen har «persisted in considering public services as simply a sub-set of services in general» (Osborne, 2021, s. 42) og argumenterer for at det er ulikheter i forholdet mellom tjenestetilbydere og mottakere i offentlige og private tjenester, som påvirker samskapingsdynamikken mellom aktørene (Osborne, 2021). Samtidig har tjenestelitteratur påpekt at det er et grunnleggende anliggende å forstå relasjonene mellom aktører i verdiskapingsprosesser (Echeverri & Skålén, 2011; Fyrberg Yngfalk, 2013; Jaakkola et al., 2015), spesielt knyttet til aktørenes involvering i samskaping (Bharti et al., 2015; Mustak et al., 2013; Payne et al., 2008). Like fullt er OTL-

---

<sup>2</sup> Service Logic.

<sup>3</sup> Service Dominant Logic.



perspektivet i stor grad utviklet gjennom konseptuell forskning (Jenhaug, 2021). Grunnleggende antagelser om involverte aktører i samskapingsprosesser i offentlige tjenester og forholdet mellom tjenestetilbydere og brukere, er derfor i begrenset grad studert empirisk innenfor OTL-perspektivet. Noe denne avhandlingen bidrar med.

#### **1.4 Brukerens rolle i samskaping**

OTL ble opprinnelig introdusert som et paradigmeskifte i offentlig administrasjon, ved å plassere tjenestemottakeren eller brukeren i sentrum av oppmerksomheten (Osborne et al., 2013). I OTL forstås derfor tjenestebrukeren som den grunnleggende analyseenheten (Osborne, 2018), hvor samskaping antar et interaktivt og dynamisk forhold og forutsetter en allianse mellom tjenestetilbyderne og brukerne av tjenester (Osborne, 2018; Osborne et al., 2013). Brukerne forstås dermed som aktive deltakere som samhandler med de offentlige tjenestetilbyderne for å skape verdi. Verdi skapes når brukerne nyttiggjør seg ressursene som tjenestetilbyderne tilbyr, gjennom bruk av en offentlig tjeneste (Osborne, 2021). I dette perspektivet kan tjenester forstås som en betegnelse for en direkte eller indirekte interaktiv prosess mellom mottakere av tjenester og de ansatte (Grönroos & Voima, 2013; Vargo & Lusch, 2004), hvor formålet er «to help someone's relevant processes, such that his or her goal achievement is enabled in a way that is valuable to him or her» (Grönroos, 2019, s. 777–778).

Den økende bruken av samskapingsbegrepet i tilknytning til offentlig tjenesteyting illustrerer et skifte i oppmerksomhet fra tjenestetilbydernes levering av tjenester over til brukeren som en aktiv, motivert, villig og likeverdig partner, med en mer eller mindre klar oppfatning av sine egne mål. Forståelsen av tjenestebrukeren som den grunnleggende analyseenheten i OTL (Osborne, 2018) utfordrer derfor også mer paternalistiske og asymmetriske tilnærminger til medvirkning, som i større grad er leverandørbestemt, snarere enn bruker- eller medbestemt (jfr. (Thompson, 2007)). Men, til tross for brukerens sentrale rolle i OTL, problematiseres likevel de underliggende teoretiske forutsetningene som gjøres om brukeren som aktør, i liten grad. Det er også få begreper som er like gjennomgripende, men likevel så underteoretiserte i tjenestelitteraturen, som aktørbegrepet (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020).

Litteraturen anerkjenner riktignok nødvendigheten av å forstå hvordan brukere har forskjellige behov og hvordan de kan ha varierende tilgang til ressurser i ulike kontekster (Vargo & Lusch,

2008). Samtidig påpekes det at det er kunnskapshull knyttet til samskaping med sårbare og uvillige tjenestebrukere (Dietrich et al., 2017; Osborne, 2018), samt en uklar forståelse av hvordan kognitiv avstand mellom tjenestetilbydere og brukere kan hemme verdiskaping (Kaartemo & Känsäkoski, 2018; Palumbo, 2016). Brukerne som studeres i denne avhandlingen kjennetegnes av stor variasjon i fysisk og kognitivt funksjonsnivå (Romøren, 2006). De har ofte sammensatte og komplekse behov, som kan omfatte kognitive og emosjonelle manifestasjoner (Fure, 2008; Hämäläinen & Rosti-Otajärvi, 2016; Iaffaldano et al., 2014; Sharbafshaaer, 2018; Yang et al., 2016), og i noen tilfeller psykiatriske symptomer som angst og depresjon (Figved, 2007; Han et al., 2018; Stålnacke et al., 2019). Brukernes ressurser og egenskaper er derfor sentrale momenter knyttet til forståelsen av sårbare brukere som aktører i samskapingsprosesser.

Videre, er det ifølge OTL tjenestetilbyderens oppgave å etablere og tilby tjenestetilbud eller verdiforslag, samt å tilrettelegge for verdiskapingsprosessen (Grönroos, 2019; Osborne, 2018; Skålén, Gummerus, et al., 2015). Kompleksiteten i brukernes hjelpebehov og variasjoner knyttet til ressurser og egenskaper hos brukerne som studeres i denne avhandlingen, er forhold som synliggjør behovet for tverrfaglig tilnærming og individuelle tilpasninger i tjenestene (Skarli, 2018). Følgelig vil brukernes egenskaper og ressurser også kunne ha viktige implikasjoner for tjenestetilbydernes rolle i samskapingsprosessene. Disse implikasjonene blir derfor også belyst i denne avhandlingen.

### **1.5 Pårørende som ressurs for sårbare brukere**

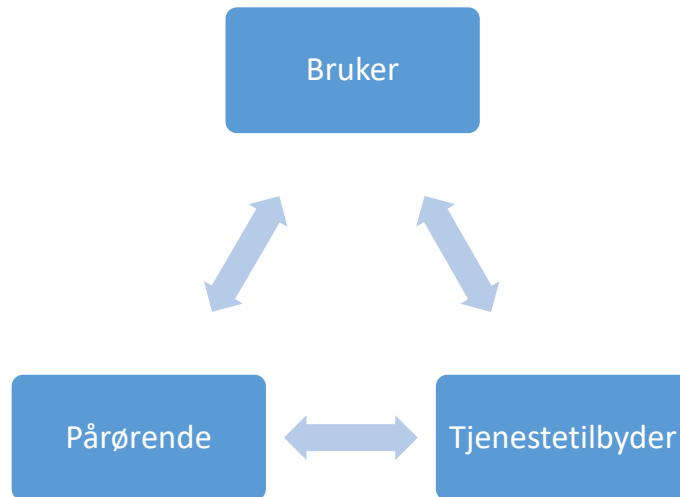
I samskaping av helse- og omsorgstjenester spiller brukernes samhandling med andre aktører en viktig rolle (Jaakkola & Alexander, 2014), hvor pårørende ofte involveres som viktige ressursleverandører for å bistå i verdiskaping for brukeren (Verleye et al., 2014). Pårørende blir i økende grad oppfattet som sentrale aktører i samskapingsprosesser med sårbare brukere (Helsedirektoratet, 2017b), som det også stilles økende krav og forventninger til (Meld. St. 24 (2015–2016), 2016; Meld. St. 29 (2012–2013), 2013). Pårørende utfører ofte ulike nøkkelroller, som representant for brukeren, systemnavigator og koordinator for omsorgen (Sorrentino et al., 2017). Derfor spiller de ofte svært viktige roller både i beslutningsprosesser, ved å tilby omsorg, forbedre pasientsikkerhet og omsorgskvalitet, samt å imøtekomme forventningene til både brukeren og andre involverte aktører (Institute of Medicine, 2001; Lewin et al., 2001).

Pårørendes involvering kan derfor være en kritisk faktor som påvirker omsorgskvaliteten og har fordeler både for brukerne og tjenestetilbyderne (Jazieh et al., 2020). I tjenestelitteraturen har det kommet noen viktige bidrag til forståelsen av uformell omsorg og pårørendes deltagelse i samskapingsprosesser (Farnese et al., 2020; Gheduzzi, Morelli, et al., 2021; Jenhaug, 2021; Sorrentino et al., 2017). Likevel mangler det kunnskap om pårørendes rolle i samskaping, i konteksten av sårbare brukere. Derfor rettes det også søkelys mot denne tematikken her.

I et tjenesteteoretisk perspektiv kan pårørendes deltagelse i samskapingsprosessene forstås med bakgrunn i erkjennelsen av at tjenester og verdiskaping skjer i nettverk og at samskaping derfor må forstås i en bredere kontekst enn et dyadisk perspektiv (Osborne, 2021; Vargo & Akaka, 2012). I tråd med denne erkjennelsen har også tjenestelitteraturen i økende grad gått fra å studere samskaping med utgangspunkt i et dyadisk bruker- tjenestetilbyderperspektiv (f.eks. (Grönroos & Voima, 2013)), til å studere verdiskaping i tjenesteøkosystemer (Osborne, 2021; Petrescu, 2019). Et tjenesteøkosystem kan forstås som integrasjonen av aktører, ressurser og teknologier og interaksjonene mellom dem, innenfor en spesifikk kontekst (Petrescu, 2019). Forståelsen av at samskaping må forstås utover et dyadisk perspektiv innebærer også en anerkjennelse av at individer kan ha ulike roller og bidra med forskjellige ressurser i samskapingsprosesser (Loeffler & Bovaird, 2016), samt at verdi også kan skapes for andre involverte individer enn de primære tjenestebrukerne (Musso et al., 2019), slik som pårørende.

Selv om konseptet med offentlige tjenesteøkosystemer har utviklet seg som et viktig perspektiv på offentlig tjenesteyting innenfor OTL (Osborne, Powell, et al., 2021), mangler det likevel utdypende kunnskap om samspillet mellom tjenestetilbydere og tredjepersoner innenfor OTL-perspektivet (Hardyman et al., 2015). Forståelsen av at verdiskaping må forstås i en bredere kontekst enn et dyadisk perspektiv er derfor lagt til grunn i denne avhandlingen. Studien er imidlertid begrenset til samhandling mellom brukere, pårørende og tjenestetilbydere. Derfor inkluderer den ikke hele nettverket av aktuelle aktører, eller alle regler og normer som kan påvirke verdiskaping, slik som følger av en fullstendig tjenesteøkosystemtilnærming (jfr.(Akaka et al., 2013; Edvardsson et al., 2011; Petrescu, 2019; Vargo & Lusch, 2016)). Følgelig studerer denne avhandlingen samskaping i det som litteraturen har betegnet som et begrenset tjenesteøkosystem (Engen et al., 2020). Figur 1 gir en illustrasjon av de involverte aktørene i samskapingsprosessene, slik det legges til grunn her. I tråd med OTL-perspektivet, tar avhandlingen utgangspunkt i brukeren som den grunnleggende analyseenheten i samskaping. Her er pårørende ofte en sentral aktør for å bistå i verdiskaping i konteksten av

sårbare brukere og tjenestetilbyderens oppgave er å etablere og tilby tjenestetilbud, samt å tilrettelegge for verdiskapingsprosessen.



*Figur 1 Involverte aktører i samskapingsprosessene*

## **1.6 Et harmonisk perspektiv på aktører og samskapingsprosesser**

Samskapingslitteraturen har blitt kritisert for å være normativt forutinntatt og ha et harmoniperspektiv som forutsetter positive prosesser og utfall i interaksjoner mellom aktører (Echeverri & Skálén, 2011; Plé & Chumpitaz Cáceres, 2010). Samskaping av offentlige helse- og omsorgstjenester har fått en del oppmerksomhet i forskningslitteraturen (se f.eks. (Hardyman et al., 2015; McColl-Kennedy et al., 2012; Osei-Frimpong et al., 2015)). I denne litteraturen gjenspeiles harmoniperspektivet i stor grad i en antagelse om at synergiene mellom brukere og leverandører i både design og leveransen av tjenester, baner vei for etablering av et partnerskap mellom aktørene, som bidrar til å forbedre verdiskapingsprosessene (jfr. (Pestoff, 2012; Voorberg et al., 2015)).

Innenfor OTL-perspektivet argumenteres det riktignok for at det ikke er en normativ forventning om at offentlige tjenester alltid vil føre til verdiskaping (Strokosch & Osborne, 2020). Men, selv om muligheten for negative verdiutfall har blitt anerkjent i OTL (Osborne et al., 2015; Osborne et al., 2016), har perspektivet i hovedsak vektlagt de positive sidene ved samskaping (Osborne, 2018). OTL postulerer heller ingen grunnantagelse om at konflikt råder,

eller kan råde mellom ulike aktører med ulike interesser. Negative sider ved samskappingsprosesser er derfor i liten grad problematisert eller studert, innenfor OTL-perspektivet (Engen et al., 2020).

Til tross for at litteraturen påpeker at aktører kan ha varierende ressurser (Vargo & Lusch, 2008) og det mangler kunnskap om samskaping med sårbare og kognitivt svekkede brukere (Dietrich et al., 2017; Kaartemo & Känsäkoski, 2018; Palumbo, 2016), er brukernes ressurser og egenskaper i liten grad problematisert i OTL-perspektivet. Dette reflekteres blant annet i den grunnleggende forståelsen av brukerne som aktive og likeverdige partnere i samskaping. Negative verdiutfall har også blitt koblet til manglende ressurser hos involverte aktører (Vafeas et al., 2016). Likevel er sammenhenger mellom brukernes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping, blitt lite utforsket. Gjennom de empiriske studiene av sårbare brukere og deres pårørende, problematiserer avhandlingen derfor underforståtte forutsetninger knyttet til brukernes ressurser og egenskaper som aktører i OTL, og utforsker sammenhenger mellom disse forutsetningene og harmoniperspektivet i samskaping.

Sammenhenger mellom brukernes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet kan videre problematiseres med bakgrunn i pårørendes rolle. Viktigheten av pårørendes rolle som ressursleverandør i verdiskaping for sårbare brukere (Verleye et al., 2014) kan i stor grad forstås med bakgrunn i brukernes ressurser og egenskaper, og synliggjør samtidig at pårørende må forstås som en del av brukersida i tjenestene (jfr.(Rønning & Solheim, 1998)).

På den annen side kan pårørendes oppgaver og ansvar være betydelige i omfang, intensitet og varighet (Reinhard et al., 2008). De kan potensielt føre til store fysiske, følelsesmessige og økonomiske belastninger (George & Gwyther, 1986) og derfor også utfordre pårørendes egne evner og kapasitet. I konteksten av sårbare brukere er det derfor viktig at også pårørendes ressurser og egenskaper tas i betraktning. Studier har også funnet at pårørendes interesser ikke alltid sammenfaller med brukerens (Rydeman et al., 2012) og at de kan vurdere situasjonen eller resultatene av en offentlig tjeneste annerledes enn brukerne (Harbottle, 2007; Aasen et al., 2012).

Litteraturen synliggjør dermed på den ene siden viktigheten av de pårørende sin rolle i konteksten av sårbare brukere. Samtidig illustrerer pårørendes involvering en økende kompleksitet og mulig risiko for samødeleggelse og konflikter i samskappingsprosessene. Til

tross for dette har samødeleggelse eller konflikter knyttet til samskappingsprosesser som involverer mennesker i nære relasjoner, fått lite oppmerksomhet i forskningen. Ved å rette oppmerksomhet mot disse temaene svarer avhandlingen på forespørsler i litteraturen om forskning på samødeleggelse i offentlige tjenester (Järvi et al., 2018; Osborne et al., 2016) og om rike, kvalitative studier, for å få en dypere forståelse av samødeleggelse (Engen et al., 2020).

Disse overstående og innledende betraktningene leder videre til avhandlingens forskningsspørsmål, som presenteres i neste avsnitt.

## **1.7 Avhandlingens forskningsspørsmål**

Avhandlingens formål ble innledningsvis beskrevet som å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes og ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige tjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping. Avhandlingen tar utgangspunkt i brukerens sentrale rolle innenfor OTL-perspektivet. Som det er redegjort for er derfor brukernes ressurser og egenskaper svært sentrale og knyttet til forståelsen av sårbare brukere som aktører i samskappingsprosesser. Samtidig erkjennes viktigheten av de pårørendes rolle i konteksten av sårbare brukere. Derfor er det som tidligere nevnt viktig at pårørendes ressurser og egenskaper tas i betraktning i denne sammenhengen. Dette gjenspeiles derfor i de følgende forskningsspørsmålene, som er lagt til grunn i denne avhandlingen:

- Hvordan påvirker brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper deres rolle som aktører i samskappingsprosesser?
- Hvilken betydning har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for harmoniperspektivet i samskaping?
- Hvilke implikasjoner har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for tjenestetilbydernes rolle i OTL?

Avhandlingen består av tre artikler som bygger på hverandre og reflekterer utviklingen av min egen kunnskap underveis i prosjektets forløp. Artikkene tar for seg ulike sider av avhandlingens forskningsspørsmål og utgjør sammen med denne kappan en helhet som legges til grunn for å belyse disse forskningsspørsmålene. Tabell 1 gir en oversikt over de ulike artiklene, tidsskrift og publiseringsstatus.

Tabell 1. Avhandlingens artikler

Art. nr.	Tittel	Tidsskrift	Status
1	Sammensatte behov og store variasjoner. En studie av brukerorientering i kommunale tjenester til personer med nevrologiske tilstander	Tidsskrift for Omsorgsforskning	Publisert
2	Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users	Administrative Sciences	Publisert
3	Responsibilization and value conflicts in healthcare co-creation: a public service logic perspective	Public Management Review	Publisert

Artikkel 1 retter søkelys på hvordan kommuner tilrettelegger for brukernes mestring og verdiskaping i offentlige tjenesteinnovasjoner. Dette gjøres ved å kombinere en forståelse av brukerorientering i omsorgstjenestene med en verdiforståelse hentet fra tjenstelitteraturen. Artikkel 2 retter oppmerksomhet mot samskaping med kognitivt svekkede brukere. Den tar for seg hvordan brukernes svekkelser kan redusere helsekompetansen deres, hvordan dette kan påvirke samskapingsprosesser og verdiutfall og hvordan tjenestetilbyderne håndterer dette. Artikkel 3 ser nærmere på de pårørende sin rolle i samskapingsprosesser og utforsker sammenhenger mellom ansvarliggjøring, samødeleggelse og verdikonflikter.

## 1.8 Avhandlingens videre struktur

I kapittel 2 presenteres det teoretiske grunnlaget for avhandlingen. Her utdypes og redegjøres det grundigere for brukerens sentrale rolle i OTL, herunder hvilke forutsetninger knyttet til ressurser og egenskaper, som ligger til grunn for forståelsen av brukeren som aktør. Aktørens ressurser og egenskaper knyttes så opp mot harmoniperspektivet i samskaping. I kapittel 3 redegjør jeg for det vitenskapsteoretiske utgangspunktet og den metodologiske tilnærmingen som ligger til grunn i avhandlingen. Avslutningsvis i dette kapittelet diskuteres studiens kvalitet og det reflekteres rundt ulike etiske aspekter ved undersøkelsene. I kapittel 4 oppsummerer jeg de tre artiklene som inngår i avhandlingen. Her redegjøres det for sammenhengen mellom artiklene og hvordan de ulike artiklene bidrar til å besvare avhandlingens forskningsspørsmål. I kapittel 5 diskuterer jeg funnene fra de empiriske undersøkelsene med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene og i lys av avhandlingens formål. Til slutt presenterer jeg arbeidets samlede bidrag og behovet for videre forskning.

## **2. TEORETISKE PERSPEKTIVER**

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket for avhandlingen. De teoretiske perspektivene gjenspeiler avhandlingens formål og forskningsspørsmål og legger grunnlaget for å utvikle kunnskapen om sårbare brukere og pårørende som aktører i samskaping. Kapitlet innledes med en redegjørelse for samstyring som styringsregime, som er et viktig bakteppe for å forstå brukerens rolle som aktør i OTL-perspektivet (2.1). Deretter avgrenses avhandlingens forståelse av samskapingsbegrepet (2.2) og av verdi (2.3). Videre utdypes brukerens rolle i samskaping og det argumenteres for hvordan brukeren som aktør kan konseptualiseres i OTL-perspektivet, med bakgrunn i fire ulike forutsetninger knyttet til brukernes ressurser og egenskaper (2.4). Det argumenteres videre for at disse forutsetningene også må forstås å ligge til grunn for pårørende som aktører. I del 2.5 knyttes det sammenhenger mellom disse forutsetningene og harmoniperspektivet i samskaping. Her redegjøres det for hvordan individuell helsekompetanse (2.5.2) og ansvarliggjøring av pårørende (2.5.3) både kan utfordre de underliggende forutsetningene om brukernes ressurser og egenskaper, og knyttes til muligheten for negative verdiutfall og konflikter.

### **2.1 Samstyring som styringsregime og kontekst**

Endringer i offentlige styringsregimer gjennomføres med ulike tilnærminger til samarbeid med brukerne og legger føringer for brukernes muligheter for innflytelse (Jenhaug, 2020). For å forstå brukeren som aktør i OTL-perspektivet, er det derfor viktig å se denne aktørforståelsen i konteksten av de rådende styringsregimene i offentlige tjenester.

I tiårene etter andre verdenskrig var den tradisjonelle byråkratimodellen (Public Administration) en rådende styringsideologi i de vestlige velferdsstatene (Christensen & Læg Reid, 2011). Det ble bygget opp en sterk offentlig sektor med omfattende velferdstjenester og skarpe grenser mot privat sektor, så vel som mellom administrasjon og politikk (Røiseland & Vabo, 2012). Idealene var legalitet og rasjonalitet (Piffner, 2004; Weber, 2012) og produksjonen av offentlige tjenester foregikk innenfor rammene av offentlige institusjoner (Tortzen, 2019). Innenfor dette paradigmet ble brukerne betraktet som klienter, hvor profesjonene definerte deres behov, tilbød standardiserte løsninger og innovasjon typisk ble implementert ovenfra og ned (Hartley, 2005). Tjenesteproduksjonen ble således ivaretatt av



profesjonelle, mens brukerne i større grad ble forstått som passive mottakere av tjenester (Pestoff, 2016).

På 1980- tallet ble mer markedsorienterte modeller adoptert av det offentlige i mange land, ved at New Public Management (NPM) i betydelig grad ble innført i offentlig sektor (Hartley, 2013; Radnor & Osborne, 2013; Windrum, 2008). Markedet ble det bærende styringsprinsippet (Tortzen, 2019), noe som blant annet kom til uttrykk gjennom innføring av mål- og resultatstyring, konkurranseutsetting og privatisering av offentlige tjenester (Jenhaug, 2020). Brukerne ble i større grad betraktet som forbrukere av tjenester og tjenestenes kvalitet ble knyttet til hvorvidt brukerne kunne velge mellom ulike tjenestetilbydere (Pestoff, 2016).

Det er en økende forståelse for at offentlig sektor ikke kan løse de komplekse og uregjerlige problemene den står overfor, verken med NPM eller en tradisjonell byråkratisk modell (Magnussen, 2016). På bakgrunn av dette har begreper som nettverksstyring og samstyring (New Public Governance, NPG) fått økt oppmerksomhet som styringsideologi og forskningsfelt. NPG åpner i større grad enn både den tradisjonelle byråkratimodellen og NPM for å trekke inn eksterne aktører også fra brukersida (Hartley et al., 2013; Sørensen & Torfing, 2018). Med bakgrunn i litteratur om nettverksstyring (Kickert, 1997; Klijn, 2008) og om samarbeidets fortrinn (Huxham et al., 2000), ble det argumentert for at leveransen av offentlige tjenester ikke lenger var forbeholdt tjenestetilbyderne alene. NPG har senere blitt utviklet til et innflytelsesrikt normativt rammeverk, i stadig større grad referert til som samstyring (Ansell & Gash, 2007; Ansell & Torfing, 2014; Emerson et al., 2011; Sørensen & Torfing, 2009; Torfing, 2012). Litteraturen har bygget på arbeidet til Chesbrough (2003) og argumentert for at samarbeidsdrevet, eller åpen innovasjon, er et sentralt element i offentlig tjenesteyting (Ansell & Torfing, 2014; Sørensen & Torfing, 2011a; Torfing, 2016). Noe av begrunnelsen for samstyring er at offentlig sektor ikke har ressurser til å levere alle tjenestene innbyggerne ønsker (Rønning, 2021) og derfor krever en «reformulering av de tradisjonelle rollene til offentlige og private aktører», noe som innebærer endringer både for politikere, offentlige ledere, frivillige organisasjoner og innbyggerne (Hartley et al., 2013, s. 827 ). Den underliggende logikken er at aktører med ulike perspektiver, kompetanser og ressurser kobles sammen og bidrar til kreativitet og nyskaping (Hartley et al., 2013), hvor ulikhetene mellom aktørene har positiv betydning for samarbeidssynergien (Huxham, 1996). Samstyring kan derfor forstås både som et resultat av og et svar på den økende kompleksiteten, mangfoldigheten og fragmenteringen som preger både velferdspolitikken og tjenestene (Osborne, 2006, 2010; Wagenaar, 2007) og

innebærer en endring av styringsregime som i økende grad vektlegger brukerne som en aktiv og likeverdig samarbeidspart (NOU 2011:11, 2011; Osborne, 2021).

OTL-perspektivet, som denne avhandlingen teoretisk bygger på, kan forstås med bakgrunn i samstyringsregimet og som en reaksjon på NPM, som beskrives som «flawed in theory and failed in practice to deliver on its promised benefits» (Osborne 2021, s. 177). Forståelsen av brukerens rolle som aktør i samskappingsprosesser innenfor OTL, må derfor forstås med bakgrunn i samstyringsregimet.

Samskaping, som studeres i denne avhandlingen, betraktes som et grunnleggende trekk ved samstyring, hvor innbyggere og andre interessenter blir sett på som likeverdige partnere til de offentlige tjenesteyterne (Jukić et al., 2019). I det følgende redegjøres det nærmere for hvordan samskapingbegrepet forstås i denne avhandlingen.

## **2.2 Samskapingbegrepet slik det forstås i denne avhandlingen**

Samskaping betraktes ofte som en metode for å imøtekomme samfunnsmessige utfordringer, samt for å bringe ulike aktører sammen i organiseringen og utviklingen av produkter og tjenester. Hvilket gjør aktørene i stand til å dele og lære fra hverandres erfaringer (Jukić et al., 2019; NOU 2011:11, 2011). En økende vektlegging av brukerne som samarbeidspart både i tjenesteleveranse og innovasjonsprosesser følger derfor av samskappingsparadigmet (Jenhaug, 2020; Osborne, 2021).

Samskaping kan være noe innovativt i seg selv (Røiseland & Lo, 2019). Litteraturen benytter ofte også begrepene samskaping og samarbeidsdrevet innovasjon om hverandre. Hvor samarbeidsdrevet innovasjon for eksempel forstås som samskaping som tar sikte på å initiere nye måter å skape og tilby offentlige tjenester på (Agger & Hedensted Lund, 2017), eller har innovasjon som formål (Sørensen & Torfing, 2011b; Tortzen, 2019; Aagaard et al., 2014).

I denne avhandlingen forstås derimot samskaping som et samarbeid mellom brukere, pårørende og tjenestetilbydere, i tilknytning til leveransen av offentlige tjenester, som beskrevet av Osborne (2021). Her samskapes verdi i interaksjoner mellom aktørene og gjennom bruken av tjenestene (Osborne, Nasi, et al., 2021). Nabatchi et al. (2017) gjør et skille mellom kollektiv

og individuell samskaping og skjelner på denne bakgrunnen mellom tre typer av samskaping. Den første av disse er individuell samskaping, hvor enkeltpersoner som for eksempel brukere, inngår i samskapingen. Den andre er gruppesamskaping, hvor offentlige ansatte samarbeider med grupper av brukere. Den tredje er kollektiv samskaping, som for eksempel kan være når innbyggere i et lokalsamfunn samarbeider med det offentlige om lokal utvikling. Denne forståelsen av samskapingsbegrepet er lagt til grunn her og avhandlingen studerer individuell- og gruppesamskaping.

Samskaping kan videre forstås som en ressursintegrasjonsprosess mellom tjenestetilbyder og bruker (og/eller andre aktører) (McColl-Kennedy et al., 2012; Vargo & Lusch, 2008; Aarikka-Stenroos & Jaakkola, 2012). Ressurser kan i denne sammenhengen være av ulike typer og deles gjerne inn i to ulike kategorier. Operante ressurser er ressurser som en operasjon eller handling utføres på og kjennetegnes av å være materielle og statiske. Dette kan for eksempel være konkrete tiltak og utstyr, eller økonomiske ressurser (Alves et al., 2016). Operante ressurser er derimot generelt usynlige og immaterielle og skaper selv effekt gjennom andre ressurser (Vargo & Lusch, 2004, 2010). I denne avhandlingen benyttes ressurser i all hovedsak i betydningen operante ressurser. En aktørs operante ressurser kan for eksempel være aktørens kunnskap og ferdigheter (Vargo & Lusch, 2004). Hvilket er sentrale operante ressurser i konteksten av sårbare brukere, som beskrevet i avhandlingens innledning. Brukere og pårørendes kapabilitet, i betydningen “a person’s ability or competency to achieve a particular goal or fulfill expectations” (Anderson et al., 2016, s. 265) og kapasitet til å bruke tjenestene og dra fordeler av dem (Madhavaram & Hunt, 2008), forstås også som viktige operante ressurser i denne konteksten.

Verdiskaping er målet for enhver samskapingsprosess, derfor er også verdi et sentralt begrep i denne sammenhengen. I neste del redegjøres det derfor for hvordan verdi forstås og avgrenses i denne avhandlingen.

### **2.3 Avhandlingens forståelse av verdi**

Verdi er et sentralt begrep i samskaping. Derfor er det også viktig å ha klar en forståelse av hva som menes med dette begrepet. I denne avhandlingen forstås verdi som individuell verdi, i tråd med fokuset på brukere og pårørende. Både brukeres og pårørendes medvirkning og

samskapingsprosessene kan forstås som verdifulle i seg selv (Andersen, 2016, 2019). Samtidig er det viktig å vurdere hvilke verdier resultatene av slike prosesser skaper og for hvem (Bovaird & Löffler, 2018; Tortzen, 2019). Med sitt empiriske utgangspunkt i tjenesteinnovasjoner, studerer denne avhandlingen i all hovedsak samskaping i leveransen av tjenester. Siden verdi oppstår nettopp når den anvendes av brukeren eller andre aktører både i tjenesteinnovasjoner (Rønning et al., 2013) og i samskapingsprosesser (Osborne, 2021), har dette implikasjoner for forståelsen av verdi i denne studien.

I denne avhandlingen forstås derfor verdi i betydningen verdi i bruk<sup>4</sup>. Denne forståelsen av verdi innebærer at verdi øker brukerens eller pårørendes «well-being», slik at de på en eller annen måte får det bedre (Grönroos & Voima, 2013). «Well-being» kan i denne sammenhengen knyttes til den enkelte brukerens eller pårørendes livskvalitet, i form av egenmestring, brukerinnflytelse og opplevelse av meningsfulle hverdager, i tråd med myndighetenes målsetninger for utvikling av tjenestene som studeres i denne avhandlingen. Denne forståelsen innebærer også en avgrensning mot verdi som utbytteverdi<sup>5</sup>, for eksempel gjennom at tjenester eller varer byttes mot penger (Vargo et al., 2008). Ved at verdi forstås som verdi i bruk for brukere og pårørende, synliggjøres det også at individuell verdi kan skapes eller ødelegges utover en dyadisk bruker- tjenestetilbyderrelasjon, samt muligheten for at individuelle verdiutfall også kan komme i konflikt med hverandre.

I tjenestelitteraturen forstås individuell verdi som subjektiv, eksperimentell og heterogen (Grönroos, 2011; Gummerus, 2013; Vargo et al., 2008). Dette illustrerer videre viktigheten av å forstå verdi i tilknytning til relasjoner og kontekstuelle faktorer (Kaartemo & Känsäkoski, 2018; Vargo et al., 2008). Nyere tjenesteforskningslitteratur påpeker også at det er viktig å hensynta langsiktige effekter av tjenestene, så vel som deres innvirkning på aktørens totale livssituasjon, når en skal forstå verdi for enkeltmennesket (Osborne, Nasi, et al., 2021). Dette synet følges i denne avhandlingen. Verdi forstås her derfor utover brukernes og pårørendes tilfredshet på kort sikt og anerkjenner de langsiktige sidene ved verdibegrepet, så vel som betydningen av relasjoner og kontekstuelle faktorer i forståelse av verdi.

---

<sup>4</sup> Oversatt fra det engelske begrepet «value in use». I artikkel 1 er «value in use» oversatt til «bruksverdi».

<sup>5</sup> Oversatt fra det engelske begrepet «value in exchange».

Ved å rette oppmerksomheten mot verdi for brukere og pårørende følger denne avhandlingen andre bidrag som setter søkelys på individuell verdi (se bl.a. (Grönroos et al., 2015; Grönroos & Voima, 2013; Hardyman, 2017; Hardyman et al., 2015; Palumbo & Manna, 2018)). Samtidig er litteraturen som omhandler verdi svært omfattende, med definisjoner av begrepet som strekker seg over mange ulike fagdisipliner (Ng & Smith, 2012; Ramsey & Schickedanz, 2010). Et fellestrekk i disse definisjonene er at verdi anerkjennes som et flerdimensjonalt begrep (Hardyman, 2017). Hva som vektlegges i de ulike definisjonene varierer imidlertid avhengig av hvorvidt perspektivet er rettet mot individer, organisasjoner eller samfunnet (Boztepe, 2007; Ramsey & Schickedanz, 2010). I tilknytning til offentlig tjenesteyting er det viktig å påpeke at offentlige tjenester også er ansvarlige for å produsere offentlig verdi<sup>6</sup> (Magnussen & Rønning, 2021), noe som også anerkjennes innenfor OTL-perspektivet (Alford, 2016).

Offentlig verdi ble et sentralt begrep i samfunnsforskningen med Mark Moores «Creating Public Value: Strategic Management in Government» (Moore, 1995). Her forstås offentlig verdi som offentlig sektors ekvivalent til privat verdi i bedriftsledelse (Dahl & Soss, 2014). Hva som legges i begrepet offentlig verdi varierer riktignok og har i mange tilfeller blitt knyttet til NPM-tradisjonen (Bryson et al., 2014). Hardyman et al. (2019) påpeker at i den økende oppmerksomheten på verdi i offentlige tjenester, blir verdi ofte forstått med vekt på kostnader og resultater, som hos Cole og Parston (2006). Kritikere av denne tilnærmingen hevder at den reflekterer et produsent-, snarere enn et brukerperspektiv (Coulter, 2012; Porter, 2010; Ramsey & Schickedanz, 2010; Tilburt et al., 2011). Over tid har forståelsen av offentlig verdi lagt større vekt på at offentlige og private tjenester bygger på ulike logikker (se bl.a. (Benington & Moore, 2011a, 2011b; Bryson et al., 2014)).

Noen bidrag argumenterer for at offentlige tjenestetilbydere kan være like brukerfokuserte og tjenesteorienterte som i privat sektor (Grönroos, 2019). Andre hevder derimot at hovedmålet for offentlige tjenester er å skape offentlig verdi (Magnussen & Rønning, 2021). Uten å gå dypere inn i denne diskusjonen er det likevel viktig å anerkjenne at offentlige tjenester kan produsere både privat og offentlig verdi og at det kan være en gjensidig avhengighet (Alford, 2016), men også motsetninger mellom disse (Magnussen & Rønning, 2021).

---

<sup>6</sup> Oversatt fra Public value.

Ved å forstå verdi som verdi i bruk omfavner derfor denne avhandlingen en sentral, men ikke fullstendig forståelse av verdi og verdiskaping i offentlig tjenesteyting. Viktigheten og relevansen av å studere individuell verdi innenfor rammene av OTL, kan forstås med utgangspunkt i brukernes sentrale rolle i dette perspektivet. En rolle som det redegjøres nærmere for i det følgende.

## **2.4 Brukeren som aktør i offentlig tjenestelogikk**

I kapittel 2.1. ble det beskrevet hvordan brukerens rolle som aktør i samskaping i OTL-perspektivet, må forstås med bakgrunn i samstyringsregimet. I den følgende delen går det nærmere inn på forhold som er sentrale for å forstå brukeren som aktør i OTL-perspektivet og leder frem til en nærmere konseptualisering av brukeren som aktør, basert på fire underliggende forutsetninger.

### 2.4.1 Fra offentlig tjenstedominant logikk til offentlig tjenestelogikk

Fremveksten av OTL som et teoretisk rammeverk har bygget på elementer fra både tjenstedominant logikk (SDL) (se bl.a. (Vargo & Lusch, 2008, 2016) og i økende grad også fra tjenestelogikk (SL) (se bl.a. (Grönroos, 2008, 2011, 2019; Grönroos & Gummerus, 2014; Grönroos & Voima, 2013)). Denne påvirkningen kom til uttrykk gjennom at OTL-perspektivet i en tidligere fase gikk under betegnelsen offentlig tjenstedominant logikk<sup>7</sup>. En betegnelse som synliggjorde at det var snakk om en tjenestebasert, snarere enn en produktbasert teori (Osborne, 2018). Påvirkningen fra SDL og SL illustreres også gjennom en økende vektlegging av tjenesteøkosystemer (Engen et al., 2020; Petrescu, 2019), inkluderingen av ressursintegrasjon og forståelsen av tjenestetilbydernes verdiforslag, i OTL-perspektivet (Eriksson & Hellström, 2021; Grönroos, 2019; Skålén et al., 2018). De ulike tjenesteteoretiske retningene deler også forståelsen av verdi som subjektiv og sosialt konstruert, eksperimentell og heterogen (Grönroos, 2011; Osborne, 2021; Vargo et al., 2008).

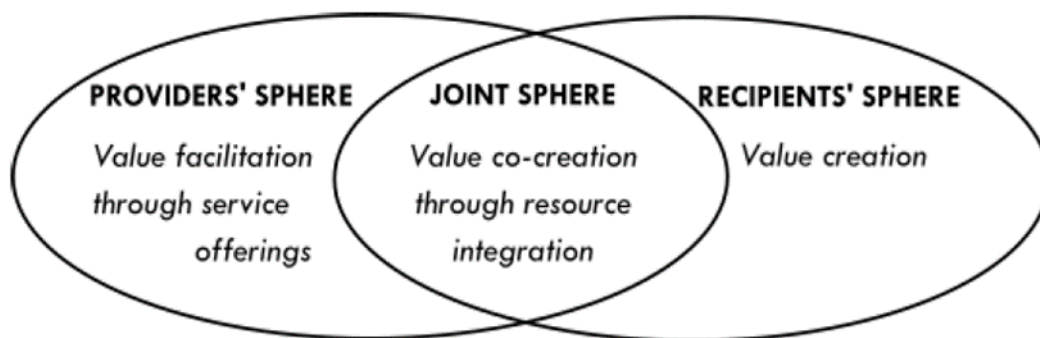
---

<sup>7</sup> Public Service Dominant Logic.

I Osborne (2018) introduseres betegnelsen OTL, både som et uttrykk for å opprettholde koblingen til tjenestebasert teori, men samtidig ta avstand fra sentrale elementer ved SDL. Innen SDL forstås tjenestetilbyderen som en samskaper av verdi som både tilrettelegger for brukernes verdiskaping og skaper verdi, gjennom interaksjonsprosesser (Vargo & Lusch, 2008). Osborne tar avstand fra forståelsen at tjenestetilbyderne kan skape verdi og knytter i stedet den videre utviklingen av OTL-perspektivet opp mot SL (Grönroos, 2019; Grönroos & Voima, 2013) og argumentet at «value can only ever be created by the service user. The service organization cannot ever deliver value, but only offer a value proposition for the user and/or resources for the creation of value by the service user» (Osborne, 2018, s. 227).

Ifølge OTL forstås altså verdi alltid som skapt av tjenestebrukerne, ved at de integrerer tjenestetilbud med sine egne behov, personlige evner og erfaringer og deres samfunnsmessige kontekst (Grönroos, 2019; Osborne, 2018). Verdi kan dermed skapes både gjennom tjenestebrukerens ressursintegrasjon med sine behov på egenhånd, eller i samhandling med tjenestetilbyderen. Førstnevnte betegnes verdiskaping, mens den siste refererer til samskaping (Osborne, Nasi, et al., 2021). Som tidligere beskrevet har brukergruppen som studeres i denne avhandlingen ofte sammensatte og ulike hjelpebehov. Derfor trenger brukerne også ofte betydelige individuelle tilpasninger for at tjenestene skal kunne tilrettelegge godt for å skape verdi (Skarli, 2018). I tilknytning til brukerne som studeres her kan ressursintegrering i samskaping derfor eksempelvis være knyttet til at brukerne deler kunnskap om sine hjelpebehov, mål og hva som er viktig for dem selv, med tjenestetilbyderne. Slik kan tjenestene tilpasses den enkelte brukeren og dermed tilrettelegge best mulig for å at brukeren kan skape verdi.

Forståelsen av at verdi alltid skapes av tjenestebrukerne synliggjør tre helt sentrale konsepter i OTL. Nærmere bestemt verdifasilitering, samskaping og verdiskaping, som alle utgjør ulike former for ressursintegrasjon. Grönroos og Voima (2013) knytter disse tre konseptene til tre ulike sfærer, som er svært illustrerende for disse sentrale konseptene (figur 2). Disse er en tilbydersfære (verdifasilitering), en fellessfære (samskaping) og en brukersfære (verdiskaping), hvor verdi følgelig bare kan skapes i de to siste sfærene.



Figur 2 Sfærer i verdiskaping (forenklet og basert på Grönroos & Voima, 2013, s. 141).

Osborne (2018) argumenterer for at dette skiftet i den grunnleggende forståelsen av verdi og verdiskaping, flytter fokuset vekk fra hva de offentlige tjenestetilbyderne produserer som mål for hva som er en vellykket tjeneste. I stedet fremheves «verdi» som formålet med tjenestene, hvor verdi samskapes ved at interaksjonene mellom aktørene skjer i konteksten av tjenestebrukerens bredere livserfaring (Grönroos, 2011). Ifølge Osborne (2018) er implikasjonene av dette skiftet for OTL “that it starts out from the service user as its basic unit of analysis and explores how public services, and PSOs, might be designed to facilitate the co-creation of value by service users, not vice versa” (s. 5). Noe som understreker brukerens helt sentrale og grunnleggende rolle innenfor OTL-perspektivet. Derfor underbygger det også viktigheten av å forstå brukeren som aktør og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for denne forståelsen.

Forståelsen av tjenestebrukeren som den grunnleggende analyseenheten i OTL har viktige følger for brukerens roller som aktør. For det første fungerer brukerne ifølge OTL som ressursintegratorer, som i kraft av sine ressurser nyttiggjør seg tjenestetilbyderens tjenesteforslag og slik igjennom skaper verdi (Osborne, 2018). OTL understreker dermed en gjensidig avhengighet mellom tjenestetilbydere og tjenestebrukere, ved at brukernes bidrag er avgjørende for både tjenestenes ytelse og tjenestenes virkning på dem selv (Sønderskov & Rønning, 2021).

For det andre forstår tjenestelitteraturen verdi som subjektiv, eksperimentell og heterogen (Gummerus, 2013; Vargo et al., 2008). Dette synliggjør en viktig dualisme som kompliserer aktørforståelsen ytterligere. Dette fordi brukerne på den ene siden fremstilles som ressursintegratorer, som aktivt deltar gjennom å integrere sine operante ressurser for å skape



verdi. På den annen side forstås brukerne som unike og subjektivt verdiopplevende og verdidefinerende mottakere (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020). En diskusjon av brukernes ressurser og egenskaper må derfor hensynta implikasjoner både for rollen deres som ressursintegratorer og som verdiopplevende- og definerende aktører.

Samtidig påpeker Osborne (2018, 2021) at det beskrevne skiftet i forståelsen av verdi og verdiskaping også skyver oppmerksomheten over på måten brukere skaper verdi gjennom interaksjoner med tjenestetilbyderne, innenfor det bredere tjenesteøkosystemet. Dette innebærer en erkjennelse av at ressursintegrasjon og verdiskaping skjer i nettverk og at samskaping derfor kan skje i en bredere kontekst enn den dyadiske bruker-tjenestetilbydermodellen, som Grönroos og Voima (2013) legger til grunn. Forståelsen av samskaping utover en dyadisk bruker- tjenestetilbyderrelasjon, synliggjør som nevnt relevansen av å inkludere pårørende i studier av samskapingsprosesser med sårbare brukere, innenfor OTL-perspektivet. Som beskrevet i avhandlingens innledning innebærer dette samtidig en anerkjennelse av at individer kan ha ulike roller i samskapingsprosesser (Loeffler & Bovaird, 2016) og at verdi også kan skapes eller ødelegges for pårørende, når de er involvert (Musso et al., 2019).

I tråd med brukerens grunnleggende og sentrale rolle i OTL, gås det i den videre fremstillingen nærmere inn på forutsetninger som ligger til grunn for brukere som aktører i samskaping. Samtidig medfører erkjennelsen av at også pårørende kan være involvert i samskapingsprosessene, at forutsetningene knyttet til brukernes ressurser og egenskaper, også må forstås å gjelde for de pårørende.

#### 2.4.2 Brukeren som en aktiv, motivert og likeverdig ressursintegrator

I tråd med den tradisjonelle byråkratimodellen ble tjenesteproduksjonen ivaretatt av profesjonelle aktører (Pestoff, 2016). Tradisjonelt har derfor brukere i stor grad blitt sett på som passive tjenestemottakere (Deshpande, 1983; Payne et al., 2008). Etter hvert som styringsregimene har endret seg har forestillingen av brukeren som en aktiv snarere enn en passiv tjenestemottaker, i økende grad blitt anerkjent i tjenestelitteraturen (Baron & Harris, 2008; Payne et al., 2008; Xie et al., 2008).

Flere empiriske studier har rettet oppmerksomheten mot ressursintegrasjon og samskaping i helsetjenestene. McColl-Kennedy et al. (2012) identifiserte fem former for samskappingspraksiser, hvor brukerne gjennom aktiv deltagelse sikrer ressursintegrasjon. Brukerne må dermed gjennomføre en rekke verdiskapende aktiviteter rettet mot å forbedre helse og livskvalitet, eller aktivt delta i en rekke aktiviteter og interaksjoner for å integrere ressurser (Arnould et al., 2006; Baron & Harris, 2008; McColl-Kennedy et al., 2012). Sweeney et al. (2015) argumenterer for at jo større innsats brukerne selv legger ned i samskappingsprosessene, desto mer fornøyde blir de med utfallene. Dette knytter samskaping av helsetjenestene til en form for transaksjonsbasert logikk, ved at omfanget av brukernes egen innsats knyttes til i hvilken grad verdi skapes for dem. Likeledes peker Anderson et al. (2016) på målbevisste forbrukere som må ta ansvar for sine egne helsetjenester. Som påpekt av Varman et al. (2021) innrammer denne forskningen en forståelse av brukere som bevisst fordelssøkende aktører i samskaping, hvor brukerne spiller en sentral rolle både i leveransen av tjenester og i realisering av fordeler (McColl-Kennedy et al., 2012; Prahalad & Ramaswamy, 2003; Vargo & Lusch, 2004). Denne brukerforståelsen deles med en rekke andre studier (se f.eks. (Anderson et al., 2018; Breidbach et al., 2016; Danaher & Gallan, 2016; Davey & Grönroos, 2019; Frow et al., 2016; Sharma & Conduit, 2016; Spanjol et al., 2015)).

I OTL reflekteres dette synet på brukerne gjennom forståelsen av brukerne som aktive deltakere som samhandler med de offentlige tjenesteyterne for å skape verdi (Osborne, 2018). Samskaping skjer altså gjennom et partnerskap mellom tjenestetilbydere og brukere (Osborne et al., 2013) og er basert på direkte og indirekte interaksjoner (Osborne et al., 2016). Interaksjoner er et uttrykk for måten individene engasjerer seg med andre aktører for å integrere ressurser (McColl-Kennedy et al., 2012). Beskrivelsen av brukerne som aktive deltagere og samskaping som et partnerskap, kan derfor tolkes som at brukerne aktivt engasjerer seg med andre aktører for å integrere ressurser. McColl-Kennedy et al. (2012) definerer samskaping som “the benefit realized from integration of resources through activities and interactions with collaborators in the customer’s service network” (McColl-Kennedy et al. 2012, s. 375). Brukerens aktiviteter forstås her som en aktiv kognitiv og atferdsmessig ytelse (McColl-Kennedy et al., 2012; Sweeney et al., 2015). Beskrivelsen av brukeren som en aktiv deltager er derfor også et uttrykk for både eksplisitte og mer implisitte forutsetninger om brukerne som aktører.

For det første innebærer fremstillingen av brukeren som en fordelssøkende aktør som deltar aktivt for å oppnå bedre helse og livskvalitet, en forutsetning om et visst nivå av intensjonalitet og bevissthet hos brukeren. Intensjonalitet refererer i denne sammenhengen til en forståelse av handlinger som målrettede, ment, eller gjort med vilje (Malle et al., 2001). Dette tydeliggjøres ytterligere av den tidligere beskrevne forståelsen av tjeneste, som “to help someone’s relevant processes, such that his or her goal achievement is enabled in a way that is valuable to him or her” (Grönroos, 2019, s. 777-778), som nettopp poengterer måloppnåelse og målrettede handlinger.

For det andre har tjenstelitteraturen en grunnleggende forståelse av ressursintegrasjon som en kunnskapsdrevet samarbeidsprosess (Peters et al., 2014). Av dette følger en implisitt forståelse av aktørene som en konstellasjon av sine operante ressurser. Da aktører først og fremst er ressursintegratorer, er det nettopp deres operante ressurser som gjør dem i stand til å ta del i verdiskaping med andre (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020). Forståelsen av samskaping som en ressursintegrasjonsprosess innebærer at brukere må ha tilstrekkelig kapabilitet (Haase & Kleinaltenkamp, 2011) og bidra kognitivt eller atferdsmessig for å kunne skape verdi (Zainuddin et al., 2016). Det er derfor nødvendig at de har tilstrekkelige ferdigheter og kunnskap til å gjøre dette (Kaartemo & Käsäkoski, 2018). Forståelsen av brukere som aktive deltagere innebærer dermed en underliggende forutsetning om at brukerne har de nødvendige operante ressursene til å delta aktivt.

For det tredje, poengterer Kleinaltenkamp et al. (2012) at ressursintegrasjon er en prosess og samarbeidsform som utføres av aktører med handlingsrom<sup>8</sup> (Bandura, 2001; Edvardsson et al., 2014). Handlingsrom refererer her til individets evne til å handle uavhengig og til å ta sine egne frie valg (Elwyn et al., 2012; Gafni et al., 1998; Schneider, 1998). Hvilket betyr at handlingsrom også må forstås som en implisitt forutsetning for brukernes aktive deltagelse i samskaping.

For det fjerde påpeker litteraturen at aktørers ressurser kun representerer potensiell verdi, som bare blir realisert når aktører integrerer og benytter ressursene i en ressursintegrasjonsprosess (Edvardsson et al., 2014; Skålén, Aal, et al., 2015; Vargo & Lusch, 2004), hvor motivasjon er

---

<sup>8</sup> Agency.

en grunnleggende faktor for å forstå aktørenes vilje til å integrere ressurser (Findsrud et al., 2018).

I motsetning til forutsetningene om brukernes intensjonalitet, operante ressurser og handlingsrom som i større grad følger implisitt av OTL, poengteres brukernes motivasjon i større grad eksplisitt som en forutsetning for samskaping i offentlig tjenesteyting (Osborne, 2021). Tidlige studier knyttet til brukernes motivasjon i offentlige tjenester antok i stor grad at borgere ville engasjere seg og delta på bakgrunn av fordelene de ville oppnå, gjennom deltagelsen i seg selv (Kiser & Percy, 1980). Alford (2002) påpekte derimot at brukere blir motivert eller demotivert på bakgrunn av mange ulike faktorer. Senere forskning har derfor rettet oppmerksomheten mot å forstå hvilke faktorer som påvirker individers motivasjon for å delta (Alford, 2014; Van Eijk & Gasco, 2018). Van Eijk og Steen (2016) argumenterte for at det er fire ulike former for motivasjon som påvirker individers vilje til å delta. Dette er sosioøkonomiske og sosiopsykologiske variabler, sosial tilknytning og samfunnsrelaterte- og selvsentrerte motivasjoner. Alford (2016) bidro til OTL gjennom å inkludere strategier for å oppmuntre brukernes deltagelse. Her ble det påpekt at for å sikre slik deltagelse må tjenestetilbyderne anerkjenne hva individer verdsetter og gi dem dette tilbake. Viktigheten av å anerkjenne hva brukerne verdsetter reflekteres i OTL, når det påpekes at en viktig del av tjenestetilbydernes tilrettelegging er å engasjere seg i å jobbe med tjenestebrukere for å oppmuntre og legge til rette for deres ønske om å skape verdi (Osborne, 2021).

Som beskrevet i innledningen til denne avhandlingen, argumenterer også OTL for at det er viktige ulikheter i forholdet mellom tjenestetilbydere og mottakere i offentlige og private tjenester, som påvirker samskapingsdynamikken mellom aktørene. En ulikhet som påpekes er forekomsten av uvillige brukere og bruk av tvang i enkelte offentlige tjenester (f.eks. i fengselsvesenet, helse- eller barnevernstjenestene), som i all hovedsak er ukjent i privat sektor (Osborne, 2021). Samtidig relaterer OTL forekomsten av uvillige brukere i stor grad til spesifikke tjenester og handlinger, som bruk av tvang innenfor fengselsvesenet og barneverntjenestene, som av natur kan forstås å implisere en viss motvillighet hos brukerne. Så selv om motivasjon eksplisitt anerkjennes som en viktig forutsetning for individers deltagelse, fremstår forståelsen av forekomsten av uvillige brukere i større grad som unntak knyttet til spesifikke tjenester i OTL-perspektivet, enn som et generelt kjennetegnende fenomen for de offentlige tjenestene. En tolkning som støttes av at OTL opprettholder en grunnleggende forståelse av brukerne som aktive deltakere som samhandler med de offentlige tjenesteyterne

for å skape verdi og hvor samskaping forutsetter et interaktivt og dynamisk partnerskap mellom aktørene (jfr. (Osborne, 2018; Osborne et al., 2013)).

### 2.4.3 Brukeren som en verdiopplevende og -definerende aktør

Tjenestelitteraturens forståelse av verdi som subjektiv, eksperimentell og heterogen (Grönroos, 2011; Vargo et al., 2008), har blant annet som implikasjon at brukere og pårørende forstås som unike, verdiopplevende og verdidefinerende mottakere (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020). I OTL reflekteres dette i at verdi utelukkende skapes av brukeren selv, samt i at det kun er mottakerne som kan definere hva som faktisk er verdi for dem selv. Sistnevnte gjenspeiles også i forståelsen av verdi i bruk, hvor verdi knyttes til mottakerens egen opplevelse av å få det bedre eller dårligere (Grönroos & Voima, 2013). Samtidig argumenterer OTL for at en persons opplevelse av verdi hviler på ferdighetene, de immaterielle ressursene og livserfaringene til personen (Osborne, 2018). Hvilket innebærer en anerkjennelse av viktigheten av å forstå den subjektive opplevelsen av verdi i tilknytning til kontekstuelle faktorer og relasjoner (jfr. bl.a. (Vargo et al., 2008)). På samme tid understreker mottakerens unike og fenomenologiske bestemmelse av verdi, individer som «a conscious and experiencing person capable of determining the value of surrounding events uniquely based on her subjective evaluation that draws on past experiences, the current situation, and imagined futures» (Koskela -Huotari & Siltaloppi, 2020, s. 441). Dette tydeliggjør en underliggende forutsetning om tilstrekkelige operante ressurser, også i tilknytning til brukernes verdidefinerende rolle. Poengteringen av verdi som hva som er verdifullt for den enkelte (Grönroos, 2019), illustrerer dette ved å forutsette at brukerne er i stand til å vurdere hva som faktisk er verdifullt for dem selv. Dermed avdekkes en grunnleggende forståelse av at brukerne besitter tilstrekkelige operante ressurser, handlingsrom og intensjonalitet til å gjøre kvalifiserte vurderinger av måloppnåelse og verdi. Til tross for at individuell motivasjon har vært gjenstand for studier og diskusjon i tilknytning til selve deltagelsen i samskappingsprosessene (jfr. bl.a. (Alford, 2002, 2014, 2016; Van Eijk & Steen, 2016), har brukernes ønske om og vilje til unikt å bestemme verdi i liten grad blitt problematisert i denne litteraturen. Dette synliggjør at brukernes motivasjon derfor i stor grad er underforstått i denne sammenhengen.

#### 2.4.4 En oppsummering av forutsetninger om brukeren som aktør

Som det er argumentert for i teksten ovenfor er forståelsen av brukerne som aktører i OTL basert på flere forutsetninger, som i liten grad problematiseres i litteraturen. Disse forutsetningene kan knyttes til fire ulike ressurser og egenskaper ved brukerne, som alle har betydning både for brukernes rolle som ressursintegratorer og som verdidefinerende aktører, i tråd med Koskela-Huotari og Sitaloppi (2020) sin forståelse av brukernes dualistiske rolle i samskappingsprosesser. Som illustrert i tabell 2 er disse fire ressursene og egenskapene brukers 1) intensjonalitet 2) operante ressurser, 3) handlingsrom og 4) motivasjon. Samtidig må disse forutsetningene om brukernes ressurser og egenskaper, som beskrevet tidligere, også forstås å gjelde for pårørende som aktører.

Tabell 2. Forutsetninger om brukeren som aktør i OTL.

	<b>Intensjonalitet</b>	<b>Operante ressurser</b>	<b>Handlingsrom</b>	<b>Motivasjon</b>
<b>Bruker som ressursintegrator</b>	Forutsatt tilstrekkelig til å handle målrettet og vurdere måloppnåelse	Forutsatt tilstrekkelige til å delta aktivt	Forutsatt stort nok til å delta aktivt	Anerkjent som nødvendig for å delta aktivt/ i stor grad forutsatt
<b>Bruker som verdidefinerende aktør</b>	Forutsatt tilstrekkelig til å kunne vurdere verdi	Forutsatt tilstrekkelige til å gjøre bevisste vurderinger av verdi	Forutsatt stort nok til å vurdere verdi	Forutsatt tilstrekkelig til å ønske og vurdere verdi

#### 2.5 Aktørens ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping

Som tidligere beskrevet har samskappingslitteraturen blitt kritisert for å ha et harmoniperspektiv (Echeverri & Skålén, 2011). Litteraturen har riktignok erkjent at aktørens ressurser kan variere (Vargo & Lusch, 2008). Negative verdiutfall knyttes også til manglende ressurser hos aktørene (Vafeas et al., 2016). I konteksten av sårbare brukere og deres pårørende er likevel aktørens ressurser og egenskaper i liten grad problematisert opp mot harmoniperspektivet. I det følgende knyttes derfor brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper opp mot harmoniperspektivet i samskaping.

### 2.5.1 Samødeleggelse og konflikter

Selv om verdiskaping er målet for samskapingsprosesser, har tjenstelitteraturen likevel erkjent at disse prosessene også kan føre til samødeleggelse (Engen et al., 2020), eller konflikter (Skálén, Aal, et al., 2015). Samødeleggelse av verdi innebærer at relasjoner og interaksjoner ikke alltid resulterer i positive eller verdiskapende utfall, men også kan få negative utfall (Echeverri & Skálén, 2011; Plé & Chumpitaz Cáceres, 2010). Samødeleggelse skjer når aktører som er involvert i direkte interaksjoner med hverandre, ikke klarer å integrere ressurser på en måte som er gjensidig fordelaktig, slik at det fører til redusert verdi for en eller flere av aktørene (Engen et al., 2020; Plé & Chumpitaz Cáceres, 2010). I samsvar med avhandlingens forståelse av verdi, som verdi i bruk for bruker eller pårørende, forstås samødeleggelse her som en mislykket interaksjonsprosess som fører til en reduksjon i brukernes eller pårørendes verdi i bruk.

Forskning påpeker at samødeleggelse kan knyttes til uoverensstemmende praksiser (Echeverri & Skálén, 2011), eller forsettlig eller utilsiktet misbruk av ressurser (Plé, 2017; Smith, 2013). Det er også erkjent at samødeleggelse kan endres over tid, gå fra samskaping til samødeleggelse og ha varierende effekter på verdi (Engen et al., 2020; Vafeas et al., 2016). Samtidig har litteraturen påpekt at det er behov for studier i ulike kontekster for å få et bredere bilde av samødeleggelse (Echeverri & Skálén, 2011; Prior & Marcos-Cuevas, 2016; Vafeas et al., 2016)). Det mangler fremdeles også kunnskap både om hvilke egenskaper som kjennetegner samødeleggelse i offentlige tjenester og hvilke konsekvenser det kan ha. Noe som spesielt gjelder i tilknytning til leveransen av helsetjenester (Palumbo, 2016).

Til tross for at muligheten for negative utfall i samskapingsprosesser anerkjennes i litteraturen, er bidragene på dette feltet sparsomme både innenfor tjenstelitteraturen generelt og OTL spesielt (Engen et al., 2020). Järvi et al. (2018) hadde et viktig bidrag gjennom å identifisere ulike årsaker til samødeleggelse, men inkluderte ikke brukernes perspektiver og gjorde heller ikke et skille mellom privat og offentlig sektor. Engen et al. (2020) inkluderte brukerperspektiver i sin undersøkelse av årsakene til samødeleggelse i offentlig sektor. De indentifiserte manglende evne til å tjene, feil, manglende byråkratiske ferdigheter og mangel på åpenhet, som årsaker til samødeleggelse. Noen nyere bidrag knyttet til samødeleggelse i helse- og omsorgstjenestene tar også hensyn til pårørendes deltakelse (Gheduzzi, Masella, et al., 2021;

Jenhaug, 2021), men uten å knytte aktørenes ressurser og egenskaper opp mot harmoniperspektivet.

Som nevnt ovenfor, har tjenesteforskningen også anerkjent eksistensen av konflikter (Varman et al., 2021). Studier har gitt viktige bidrag på dette feltet, blant annet knyttet til strategiske handlingsfelt og kollektiv-konfliktuell verdi (Laamanen & Skålén, 2015), transformasjonen av tjenestesystemer gjennom aktørers ressursintegrasjon og verdiskaping i strid/konflikt (Skålén, Aal, et al., 2015), samt knyttet til empiriske undersøkelser av helsetjenester (Varman et al., 2021). Forskningen har slått fast at i konteksten av sosial interaksjon kan ulike mottakere ønske eller vurdere verdiutfall ulikt, noe kan føre til konflikt (Laamanen & Skålén, 2015). Konflikter innebærer derfor et avvik mellom de ulike aktørenes opplevelse av verdiutfall og dermed også en anerkjennelse av at positive og negative verdiutfall kan opptre samtidig, i tråd med Mustak og Plé (2020).

Samødeleggelse eller konflikter i samskappingsprosesser som involverer mennesker i nære relasjoner, har derimot fått lite oppmerksomhet i forskningen. Med bakgrunn i avhandlingens empiriske kontekst, redegjøres det i det følgende for to ulike forhold som kan knytte brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper til mulig samødeleggelse og/eller konflikt. Derigjennom synliggjøres mulige sammenhenger mellom aktørenes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Disse to forholdene er brukernes individuelle helsekompetanse og ansvarliggjøring av pårørende, hvilket utdypes og begrunnes nærmere i det følgende.

### 2.5.2 Helsekompetanse- et uttrykk for operante ressurser hos sårbare brukere

Plé og Chumpitaz Cáceres (2010) hevder at brukernes involvering i tjenesteleveringsprosessen kan resultere i samødeleggelse når enten brukeren, leverandøren eller begge bidrar med motstridende perspektiver og innspill, eller har ulike målsetninger for prosessen (Smith, 2013). Samødeleggelse kan også skje på bakgrunn av utilstrekkelig eller manglende informasjon, eller når de involverte aktørene mangler visse ressurser (Smith, 2013; Vafeas et al., 2016). I helse- og omsorgstjenestene kan dette være knyttet til at brukerne mangler tilstrekkelig kunnskap, ferdigheter, erfaring og kompetanse for å bli effektivt involvert, som igjen kan føre til ulikheter i tilgang til omsorg (Thomson et al., 2005).



Som tidligere beskrevet studerer denne avhandlingen brukere med sammensatte og komplekse behov, som kan omfatte kognitive og emosjonelle manifestasjoner (jfr. bl.a. (Fure, 2008; Iaffaldano et al., 2014). Når oppmerksomheten rettes mot evner og tilgang til ressurser i konteksten av sårbare og kognitivt svekkede brukere, understrekes derfor viktigheten av brukernes helsekompetanse. Helsekompetanse kan defineres som “the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions” (Baker, 2006, s. 878). Palumbo og Manna (2018) påpeker at individuell helsekompetanse er en kritisk forutsetning for at samskaping mellom brukere og tilbydere av helsetjenester skal lykkes. Svak helsekompetanse kan være et hinder for etableringen av gode samarbeidsrelasjoner mellom brukere og tjenestetilbydere. Samtidig svekker det også mulighetene for å redusere kognitiv avstand mellom disse aktørene (Hironaka & Paasche-Orlow, 2008; Porr et al., 2006). I litteraturen pekes det på at de negative effektene av utilstrekkelig helsekompetanse er spesielt fremtredende for brukere med sammensatte og kroniske tilstander (Hardyman et al., 2019). Studier har også funnet at brukere kan være uvillige til å delta i tjenesteleveransen på grunn av fysiske og psykiske svekkelser som følger av sykdommen (Arnetz et al., 2008). Slike svekkelser kan derfor også ha betydning for brukernes motivasjon for å delta. I konteksten av sårbare og kognitivt svekkede brukere avdekker derfor individuell helsekompetanse noen mulige utfordringer i samskapingsprosessene. Utfordringer som for det første illustrerer at manglende operante ressurser også kan være av betydning for brukernes motivasjon og intensjonalitet. For det andre knytter det mulige sammenhenger mellom brukernes manglende operante ressurser og negative prosesser og verdiutfall. Disse forholdene er derfor nærmere studert i avhandlingens artikkel 1 og 2.

Som tidligere beskrevet kan sammenhenger mellom brukernes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet også problematiseres med bakgrunn i pårørendes rolle. I det videre utdypes dette nærmere, med utgangspunkt i økt ansvarliggjøring av pårørende.

### 2.5.3 Ansvarliggjøring av pårørende

Pårørendes viktige rolle i samskaping med sårbare brukere (Verleye et al., 2014), kan som tidligere beskrevet, forstås med bakgrunn i brukernes manglende operante ressurser og egenskaper, hvor pårørende blir en svært viktig representant for brukerens interesser

(Sorrentino et al., 2017). En representant som også er gjenstand for økende ansvarliggjøring gjennom krav og forventninger fra tjenestetilbyderne (Meld. St. 24 (2015–2016), 2016; Meld. St. 29 (2012–2013), 2013).

Ansvarliggjøring brukes blant annet for å beskrive en utvikling i de offentlige helse- og velferdstjenestene, som fremhever brukeres og pårørendes ansvar i møte med tjenestene. Brukersida forventes i økende grad å ta ansvar for oppgaver og løsninger som tidligere har vært tillagt de offentlige tjenestetilbyderne (Clarke, 2005; Juhila, Raitakari & Hall, 2016). Ansvarliggjøring defineres som et skift av funksjoner og risiko over fra leverandører og produsenter til enkeltpersoner (Harris & White, 2013), hvor ansvaret for individers verdi knyttes til deres egne valg og atferd (Giesler & Veresiu, 2014). Dette gjenspeiles i velferdstjenestenes krav til både til brukerne og til pårørende (Jenhaug, 2018; Juhila, Raitakari & Löfstrand, 2016), samt i beskrivelser av målsetninger om å skape aktive, ansvarlige medborgere (Rose, 1996).

Samskaping har blitt kritisert for å være et janusansikt med to ulike sider. En lys side som fremhever potensialet i likeverdig samarbeid og en mørk side som dekker over en neoliberal tilgang, hvor de offentlige velferdsoppgavene veltes over på borgere og sivilsamfunn (Durose et al., 2013). Ansvarliggjøring forstås riktignok ofte synonymt med økt individuell verdi og tilfredshet og fremstilles derfor gjerne i en positiv kontekst. Noe som reflekteres i en forståelse av at ansvarliggjøring fører til økt myndiggjøring av individet, gjennom at de får økt handlefrihet til selv å ta aktive valg (Anderson et al., 2016). Men, der samskaping bygger på et partnerskap mellom tilbydere og enkeltpersoner innenfor kapasiteten og preferansene til sistnevnte, stiller ansvarliggjøring en større forventning til obligatorisk deltagelse for den enkelte (Hibbard et al., 2016). Hvis man ser samskaping og ansvarliggjøring ut ifra et ressursintegrasjonsperspektiv (jfr. (Edvardsson et al., 2014)), synliggjøres det derfor at samskaping og ansvarliggjøring representerer to ulike logikker, med hensyn til individers handlefrihet og kapabilitet (Anderson et al., 2016). Hvor ansvarliggjøring kan forstås som å presse autonomi på individet når de selv ikke ønsker å delta, eller mangler tilstrekkelige evner eller kapasitet til å gjøre det. Noe som i stedet motvirker individenes handlefrihet (Davies & Elwyn, 2008).

Forventningene til deltagelse som følger av ansvarliggjøring kan forstås med bakgrunn i aktørers forankring i de kontekstuelle og institusjonelle rammene som veileder, begrenser og

koordinerer verdiskapingsprosesser (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020). Hvor institusjoner er de delte og i stor grad underforståtte regler, normer, verdier og betydninger som sammen med tilhørende aktiviteter og ressurser, gir stabilitet og mening til det sosiale livet (Scott, 2014). Slike forventninger kan derfor også være av varierende art og er ikke nødvendigvis basert på klare juridiske krav. De kan for eksempel komme til uttrykk gjennom et såkalt aktiveringsprinsipp (Molander & Torsvik, 2015; van Berkel & van der Aa, 2012), som medfører at mottakerne av tjenester pålegges å delta i aktiviteter og tiltak. De kan også referere til en sterk underliggende forventning om deltakelse, eller en plikt til aktivt medborgerskap, som formulert av Juhila og Raitakari (2016), eller en styringsteknikk for å forme ansvarlige innbyggere som deretter internaliserer visse plikter eller stilltiende regler og handler deretter (Dent, 2006; Oldenhof & Wehrens, 2018).

I avhandlingenes artikkel 3 studeres ansvarliggjøring knyttet til pårørendes rolle i samskapingsprosessene. Til tross for pårørendes viktige rolle i samskapingsprosesser med sårbare brukere, sliter pårørende ofte med samarbeidet med de offentlige tjenestene. De opplever at informasjon om tjenester og hjelpesystem er ufullstendig, tilfeldig og personavhengig, samt at de må finne og koordinere hjelpen selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I tillegg gir pårørende ofte betydelig hjelp og støtte til brukerne (Greenwell et al., 2015; Martinez-Martin et al., 2012), som kan føre til store belastninger på de pårørende over tid (George & Gwyther, 1986). Disse forholdene kan derfor også utfordre pårørendes egne ressurser og egenskaper knyttet til å delta i samskaping. I konteksten av sårbare brukere er det derfor viktig at også pårørendes ressurser og egenskaper tas i betraktning.

Samtidig kan pårørende og brukere som nevnt ha ulike interesser (Rydeman et al., 2012) eller vurdere utfall ulikt (Harbottle, 2007; Aasen et al., 2012). Noe som ytterligere kan komplisere samskapingsprosessene og synliggjør muligheten for både samødeleggelse av verdi og konflikter. Pårørendes mulighet til å velge bort omsorgsrollen er en primær indikator på økt myndiggjøring av pårørende (Larkin & Milne, 2014). Fraværet av valgmuligheter representerer derimot en risiko for ansvarliggjorte, snarere enn myndiggjorte individer (Anderson et al., 2016; Fotaki, 2011). En økende grad av ansvarliggjøring kan derfor forsterke presset på de pårørende og slik utfordre pårørendes egne ressurser, kapasitet og handlingsrom (jfr. (Bandura, 2001; Edvardsson et al., 2014). Samtidig er valg under tvang relatert til negativ verdi i bruk (Botti & Iyengar, 2006), hvilket også synliggjør en mulig sammenheng mellom ansvarliggjøring av pårørende og negative verdiutfall.

## 2.6 Oppsummering av det teoretiske rammeverket

I dette kapitlet har jeg redegjort for at samskaping må betraktes som et grunnleggende trekk ved samstyring, hvor brukerne blir sett på som likeverdige partnere til de offentlige tjenesteyterne (Jukić et al., 2019). Brukerne som aktører i OTL må forstås med dette utgangspunktet (jfr. (Hughes, 2010; Huxham, 1996; Osborne, 2021; Rhodes, 1996)). Videre ble det argumentert for at forståelsen av brukeren som en aktiv og likeverdig deltaker i samskaping (Osborne, 2018), er et uttrykk for fire underliggende forutsetninger om brukernes ressurser og egenskaper som aktører. Forutsetninger som er av betydning både for brukernes rolle som ressursintegratorer og som verdidefinerende aktører (jfr. (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020)), men i liten grad er problematisert i litteraturen. Samtidig ble det argumentert for at forutsetningene som ligger til grunn for brukerne som aktører, også må forstås å gjelde for de pårørende. Avslutningsvis ble det knyttet sammenhenger mellom brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Her ble det argumentert for at svekket helsekompetanse hos brukerne og ansvarliggjøring av pårørende er forhold som kan utfordre harmoniperspektivet, ved å føre til samødeleggelse av verdi og/ eller konflikt. I kapittel 5 diskuteres de empiriske funnene opp mot dette teoretiske rammeverket.

Jeg vil nå videre redegjøre for det vitenskapsteoretiske utgangspunktet, forskningsdesignet og metodene, som avhandlingen har lagt til grunn og bygger på.



### 3. VITENSKAPSTEORI, FORSKNINGSDESIGN OG METODE

I alle forskningsdesign og metodevalg ligger det til grunn en forståelse av hvordan verden fungerer og hvordan den skal studeres. Ulike vitenskapsteoretiske ståsted sier noe om hva forskeren betrakter som virkelighet (ontologi), hvordan vi kan få kunnskap om denne (epistemologi) og hvilke metoder (metodologi) vi mener er best egnet for å belyse fenomenene vi studerer. Forskningen er med andre ord basert på forutsetninger om blant annet virkelighet, kunnskap, sannhet og objektivitet. Ulike design og metodevalg innebærer derfor sentrale og viktige forskjeller når det kommer til å forstå verden og forskerens kunnskapssyn har derfor stor betydning for hvordan og hvilke data som innhentes og skapes (Olsen, 2003).

Like fullt er det ikke gitt at forskeren reflekterer rundt hvordan forskningsdesign og metodevalg er forankret eller avspeiler den bakenforliggende vitenskapsteoretiske forståelsen av verden. Refleksivitet kan i denne sammenhengen forstås å innebære at en som forsker kritisk reflekterer rundt sin egen kunnskap og forståelse (Taylor & White, 2000). Den reflekterende utøveren er klar over forutsetningene som legges til grunn for å forstå en situasjon (Sheppard, 1998) og de kognitive prosessene som ligger til grunn for kunnskap (Sheppard et al., 2000). Sosiologisk forskning som har utfordret synet på kunnskap som et resultat av forskning utført med nøytrale teknikker, har synliggjort at prosessene hvor kunnskap skapes, er sosialt konstruert av forskere, informanter og andre viktige deltagere. På den bakgrunn er derfor ideer om objektiv forskning kritisert. I stedet forstås forskerens refleksivitet som en alternativ måte å oppnå etisk og intellektuelt forsvarlig forskning på (D'Cruz et al., 2007). Det vil si at forskerens egen deltakelse i utforming og tolkning av forskningen, valget av metode, analyse og dokumentasjon er åpen for kritisk refleksjon (D'Cruz, 2000; D'Cruz, 2004; D'Cruz & Jones, 2004; Humphries & Truman, 1994; Stanley & Wise, 1993).

I dette kapitlet redegjør jeg derfor både for og reflekterer rundt avhandlingens vitenskapsteoretiske utgangspunkt (3.1), forskningsdesign (3.2), datagrunnlag og metodiske tilnærming (3.3). Videre gjør jeg vurderinger av studiens kvalitet, troverdighet og svakheter (3.4), samt reflekterer rundt noen viktige etiske aspekter (3.5).

### 3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Arbeidet med denne avhandlingen bygger på et konstruktivistisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt, som har bidratt til å forme forskningsspørsmålene, metodevalg, analyse og dermed også avhandlingens bidrag. Samtidig reflekterer det vitenskapsteoretiske utgangspunktet at det er den sosiale virkeligheten denne avhandlingen empirisk studerer. En virkelighet som stadig er i endring og som tolkes ulikt. Noe som blant annet gjenspeiles i tjenesteforskningens forståelse av verdi. Konstruktivismen søker å fange opp og forstå meningen med sosiale handlinger både for den som utfører disse, så vel som for den som studerer dem. Den sosiale virkeligheten forstås som meningsfull og tolkning og forståelse er derfor viktige elementer (Moses & Knutsen, 2012).

Inspirasjonskildene til konstruktivismen er mange og delvis motstridende og konstruktivismen fremstår i dag i ulike varianter (Delanty & Strydom, 2003). Mange av disse bidragene har røtter i fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi handler om den subjektive opplevelsen vi har av virkeligheten (Alvesson & Sköldberg, 2008) og tar utgangspunkt i at filosofi og vitenskap ikke skal bygge på abstrakt teoretisering, men heller bør være opptatt av å beskrive og fortolke fenomenene slik de fremstår i menneskets praktiske erfaringsverden (Guneriusen, 1999; Jordansen & Madsen, 2010). På samme måte tar også hermeneutikken utgangspunkt i at mennesker aldri helt og holdent kan fri seg fra sin subjektive forståelse, og dermed sine fortolkninger av den virkeligheten de er en del av (Alvesson & Sköldberg, 2008). Noen skiller også mellom sosialkonstruksjonisme og konstruktivisme, hvor førstnevnte vektlegger at individets virkelighetskonstruksjoner formes av diskurser og sosiale krefter, mens sistnevnte ser individet som mer aktivt skapende av sin egen virkelighetsoppfattelse ved å ta til seg ulike diskurser og inntrykk (Bacchi, 2009; Burr, 2003). Begrepene brukes likevel ofte om hverandre, da det er mest ontologisk og epistemologisk samsvar mellom retningene (Burr, 2003).

Realisme og konstruktivisme blir ofte betraktet som ytterpunkter i vitenskapsteoretiske diskurser (Delanty & Strydom, 2003). Historisk har realismen røtter i positivismen, hvor grunntanken er at det finnes noen gitte fakta, altså rene avtrykk av virkeligheten. Vitenskapens formål blir da en søken etter sann kunnskap hvor forskerens oppgave blir å samle, systematisere og presentere de fakta som finnes, gjennom objektive beskrivelser (Alvesson & Sköldberg, 2008). I motsetning til realismens søken etter en objektiv sannhet, søker konstruktivismen som nevnt å fange opp og forstå meningen med sosiale handlinger. I konstruktivismen erstattes

derfor ideen om en objektiv virkelighet med en forståelse av at hva som blir oppfattet som virkelighet, skapes gjennom meningsutveksling og fortolkning (Moses & Knutsen, 2012).

Innen konstruktivismen diskuteres det om både den fysiske og den sosiale virkeligheten er en konstruksjon, eller om det bare er den sosiale virkeligheten som blir bygget, som en mer moderat oppfatning. Ontologisk sosialkonstruksjonisme hevder at større eller mindre deler av virkeligheten er en konstruksjon. Dette innebærer en forståelse av at virkeligheten er helt avhengig av vår anerkjennelse av den og at "alt" derfor er et epistemologisk basert design (Collin, 2003). På den annen side hevder epistemologisk konstruktivisme at virkeligheten eksisterer reelt, uavhengig av anerkjennelsen av den (Andersen, 2005). Den sistnevnte, mer moderate forståelsen ligger til grunn i denne avhandlingen. Det benektes altså ikke at en fysisk, objektiv virkelighet finnes. Men, det legges altså til grunn en forståelse av at den sosiale virkeligheten stadig er i utvikling og tolkes ulikt. Den sosiale virkeligheten kan derfor heller ikke studeres rent objektivt, men må i stedet studeres som den fremtrer for oss, siden perspektivet til den som observerer alltid er situert (Danermark et al., 2003; Moses & Knutsen, 2012).

Dette leder videre til spørsmålet om hvordan vi da kan utforske og forstå. I arbeidet med denne avhandlingen har formålet vært å få dybdekunnskap om deltakernes opplevelser og erfaringer om et tema, hvordan kunnskap utvikles og hvorfor deltakernes opplevelser og erfaringer er som de er. Dette betyr at jeg som forsker har måtte gå inn i forskningen med en genuin nysgjerrighet rundt hvordan menneskers liv formes (jfr. (Tjora, 2017)). Konteksten i denne studien er aktører som er knyttet sammen i forbindelse med en livssituasjon preget av alvorlig sykdom. Samtidig som det er svært stor variasjon når det kommer til en rekke andre variabler som er avgjørende for den enkeltes opplevelse av sin egen situasjon. Enhver situasjon er derfor på mange måter unik og oppleves ulikt av de enkelte berørte aktørene. Noe som synliggjør viktigheten av å forstå de enkelte aktørenes vurderinger og valg i kontekst i denne sammenhengen. Dette fanges opp av konstruktivismen. Den forsøker ikke å forstå handling ved hjelp av kausale og positivistiske termer som er løsrevet fra sin sammenheng, men heller i sirkulære og hermeneutiske termer som et meningsfylt element innenfor en bredere kontekst av konvensjoner og antagelser. En kontekst som tjener til å gi ulike delementer mening, samtidig som den oppnår sin egen betydning fra kombinasjonen av disse delementene (Skinner, 1975). Samtidig vil aktørenes opplevelse av egen livssituasjon og verdi i sin natur være subjektive og derfor i liten grad kunne vurderes som rett eller galt, etter objektive kriterier. Det



konstruktivistiske vitenskapsteoretiske utgangspunktet avspeiles derfor i avhandlingens metodiske tilnærming, så vel som den teoretiske forståelsen av verdi, som i tråd med tjenesteforskningslitteraturen, forstås som eksperimentell, heterogen og fenomenologisk og subjektivt bestemt (jfr. (Grönroos, 2011; Grönroos & Voima, 2013; Vargo & Lusch, 2008)).

Forståelsen av verdi som en subjektiv størrelse bestemt av den enkelte aktøren, har også noen andre analytiske implikasjoner. Siden informantens egen oppfatning av verdi faktisk er verdien, kan den endre seg over tid og etter kontekst. Dette betyr at verdi blir sosialt konstruert gjennom opplevelser. Noe som igjen kan gi grunnlag for kritikk på bakgrunn av at forståelsen av verdi er relativistisk. Relativisme i denne sammenhengen kan forstås som at «et fenomen, en påstand, et forhold – kun er sant i forhold til andre fenomener, påstander eller forhold. Det er med andre ord umulig å si at noe er 'sant i seg selv'» (Madsbu, 2004, s.10). Denne kritikken kan sees i sammenheng med en mer generell innvending mot konstruktivismen, hvor den beskrives som å ha et uklart forhold til sannhet og virkelighet (Kjørup, 2001). Svaret på dette er at man ikke er forpliktet til å tilkjenne konstruksjonene samme status og verdi, «vi kan nemlig ikke unddage os forpligtelsen til at skelne mellem sande og falske konstruktioner, og til at prøve at give så korrekte beskrivelser af verden som muligt» (Kjørup, 2001, s. 15). Den vitenskapelige sannheten kan altså være sann knyttet til de spørsmålene som stilles i forskningen og ikke bare når det gjelder tid, kultur og sted. Kunnskap er altså ikke statisk og universell, men kontekstuell og foranderlig (Berger & Luckmann, 1966).

### **3.2 Forskningsdesign**

Et kvalitativ design bestående av ulike kvalitative metoder ble lagt til grunn og benyttet for å svare på avhandlingens forskningsspørsmål. Det kan være fruktbart å bruke forskjellige kvalitative metoder når man studerer komplekse fenomener som tar sikte på å dekke et mer omfattende bilde av praksis (Flick, 2004). For å få en grundig forståelse ble derfor en kombinasjon av tre ulike kvalitative datainnsamlingsteknikker benyttet i denne avhandlingen.

De empiriske studiene i avhandlingen er både beskrivende og eksplorative. Wadel (1991) påpeker at kvalitativt orienterte forskere ikke nødvendigvis trenger å ha et fast opplegg og ofte må være villige til å endre både hypoteser, teorier og metoder underveis. Denne studien la til grunn et fast opplegg, men har vært gjenstand for utvikling og endring etter hvert som arbeidet

har skredet frem. Den overordnede metodiske tilnærmingen har i stor grad ligget fast, mens hypotesene og den teoretiske tilnærmingen har endret seg underveis i prosessen. Dette har hovedsakelig to årsaker. Den første er at interessante og til dels uventede empiriske funn har bidratt til å styre retningen på arbeidet. Den andre årsaken kan tilskrives den teoretiske læringsprosessen jeg har gått gjennom i de årene arbeidet har pågått. Dette har innebåret økende teoretisk kunnskap og forståelse av tjenesteforskningsfeltet, som har satt sitt preg på hvordan arbeidet har utviklet seg. Sett i sammenheng har dette bidratt til å styrke den teoretiske forståelsen av det empiriske materialet. Samtidig har det i økende grad synliggjort viktigheten av de empiriske funnene og hvordan disse kan bidra med kunnskap inn i tjenesteforskningen.

Den tidlige delen av arbeidet (artikkel 1) ble i betydelig grad preget av en deduktiv tilnærming, gjennom at jeg tok utgangspunkt i eksisterende teori om brukerorientering (Kjellevold, 2006), for å forklare og strukturere det empiriske materialet. I motsetning til i en ren induktiv strategi hvor forskeren tilstreber å innta en nøytral og objektiv posisjon, kjennetegnes en deduktiv strategi av at det anerkjennes at teoretiske erfaringer alltid ligger i bunn, og at observasjoner aldri er forutsetningsløse (Blaikie, 2010). I den videre prosessen gikk vitensproduksjonen frem og tilbake og pendlet mellom teori og empiri. Dette kan i stor grad forstås som en refleksjon av den nevnte læringsprosessen jeg har vært igjennom, i arbeidet med denne avhandlingen. En slik pendling har derfor også vært nødvendig for å forstå helheten gjennom å forstå de ulike delene av det empiriske materialet og omvendt. Noe som understreker at empiriske observasjoner og transkripsjoner alltid er basert på forskernes forutsetninger og justeres på bakgrunn av empiriske og teoretiske erfaringer (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Mantzavinos, 2016). Denne delen av forskningsprosessen hadde derfor et betydelig abduktivt preg, som er kjennetegnet av et mer refleksivt syn på forskeren (Blaikie, 2010). Abduksjon inkluderer elementer av både induksjon og deduksjon og innebærer en interesse i å problematisere og revurdere dominerende ideer og teori, når empiriske inntrykk oppmuntrer til et slikt behov for nytenking (Alvesson & Kärreman, 2007).

### 3.3 Metodisk tilnærming og datagrunnlag

Gubrium og Holstein (1997, s. 5) påpeker at «method implies a way of knowing as much as techniques for gathering information» og at måten man gjennomfører forskningen på, setter premisser for hvordan man organiserer de empiriske konturene av det som undersøkes. Metode innebærer derfor vel så mye en måte å vise og snakke om virkeligheten på, som det spesifiserer teknikk og prosedyre. Sørhaug (1996) påpeker at empirisk vitenskapelig erkjennelse har som formål både å forstå og forklare hendelser, samtidig som den generaliserer, hvilket krever spesifiseringer av forståelsens eller forklaringens gyldighetsområde. Noe som igjen fordrer at man må angi omstendighetene en fortolkning gjelder under, og ikke minst, hvilke omstendigheter den ikke gjelder under. Dette fremhever viktigheten av å synliggjøre hvilke prinsipper og forutsetninger som legges til grunn i valg av metode også i kvalitative undersøkelser, slik at en kan sikre gjennomsiktighet og etterprøvbarehet av undersøkelsene. Dette understrekes også av Corbin og Strauss (1990, s.74), når de fremhever at «qualitative methods, like their quantitative cousins, can be systematically evaluated only if their canons and procedures are made explicit».

Den metodiske tilnærmingen i denne avhandlingen er som nevnt kvalitativ. Årsaken til dette er at bruk av kvalitative forskningsmetoder kan bringe forskeren både fysisk og psykisk nærmere de personene som gjøres til gjenstand for forskning, enn det som er vanlig i kvantitativ forskning. Dette har jeg opplevd som svært viktig for å frembringe gode data i denne studien. Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning, samtidig som det er nødvendig med en refleksiv holdning hos forskeren for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning. I den kvalitative forskningstradisjonen ligger det derfor klare forventninger om at forskeren er seg bevisst og kan gjøre rede for og kritisk vurdere de etiske og vitenskapelige utfordringene ved ulike forskerroller. Dette innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Etikkom, 2010).

Datainnsamlingen har bestått av en kombinasjon av kvalitativ innholdsanalyse av dokumenter (artikkel 1) og en kvalitativ intervjuundersøkelse, hvor data ble samlet inn ved hjelp av både individuelle- og gruppeintervjuer (artikkel 2 og 3). Den innledende dokumentstudien illustrerte at det manglet grunnlag for å trekke konklusjoner om hvorvidt verdi faktisk skapes for brukerne og hvordan tjenestetilbydernes tilrettelegging faktisk påvirker slik verdi for brukerne over tid.

I tråd med avhandlingens fokus på verdi for brukere og pårørende, ble det derfor synliggjort et behov for ytterligere empiriske undersøkelser som gikk i dybden på disse fenomenene. Riktignok hadde jeg allerede fra starten av prosjektet planlagt å gjennomføre intervjuundersøkelser. Men, med bakgrunn i den innledende studien ble viktigheten av å gjennomføre intervjuundersøkelsene for å belyse fenomenene jeg studerer i denne avhandlingen, ytterligere tydeliggjort.

Offentlig tjenestelogikk baserer seg på en antagelse om at verdi for brukeren er immateriell og tilrettelagt i samarbeid med brukerne i tjenesteleveransen. Med andre ord er brukernes opplevelser av verdi knyttet til kvaliteten på interaksjonene. Den opplevde kvaliteten på interaksjonene kan derfor evalueres empirisk ved å intervju de ulike deltagerne i slike interaksjoner (Jenhaug, 2021). Hensikten med intervjuundersøkelsen var følgelig å få dybdekunnskap om aktørens subjektive opplevelse om samskapingsprosessene og opplevelse av verdi, i tråd med både det konstruktivistiske vitenskapsteoretiske utgangspunktet og en tjenesteteoretisk forståelse.

### 3.3.1 Artikkel 1- en dokumentstudie

Det empiriske grunnlaget for artikkel 1 består av prosjektrapportene kommunene utarbeidet som rapportering til Helsedirektoratet, på tildelt tilskudd etter Nevroplan 2015. Disse rapportene består av besvarelser på et fastlagt rapporteringsskjema og ble utarbeidet i perioden 2014- 2015. I tillegg hadde en rekke av prosjektene utarbeidet mer utfyllende rapporter som vedlegg, som ble inkludert i studien. Tabell 3 gir en oversikt over de kommunale prosjektene etter kommune, type prosjekt, fylke og kommunestørrelse. Videre betraktninger og vurderinger rundt dette materialet gjøres under pkt. 3.4, som omhandler forskningens kvalitet, troverdighet og begrensninger.

Tabell 3. Oversikt over kommunale prosjekter etter prosjekttipe, geografisk beliggenhet og kommunestørrelse

Kommune	Prosjekttipe		Fylke (per aug. 2020)	Kommunestr. etter ant. innb.		
	Dag/aktivitets-tilbud	Tilpasset treningstilbud		0- 4999	5000-19999	20000-
1	x	x	Agder		x	
2	x	x	Møre og Romsdal			x
3	x	x	Vestfold og Telemark			x
4	x	x	Innlandet			x
5	x	x	Viken	x		
6	x	x	Trøndelag			x
7	x		Viken			x
8		x	Agder			x
9	x		Vestfold og Telemark			x
10		x	Vestland			x
11	x		Viken			x
12		x	Trøndelag		x	
13	x		Troms og Finnmark			x
Sum:	10	9		1	2	10

### 3.3.2 Kvalitativ innholdsanalyse

Prosjektrapportene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse, som er en empirisk vitenskapelig metode som brukes for å trekke konklusjoner om innholdet i forskjellige typer kommunikasjon, for eksempel intervjuer eller ulike typer skriftlige kilder (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Metoden har en styrke i å kunne kombinere beskrivelser av både det manifeste innholdet i teksten, samt tolkninger av det latente innholdet. Det latente innholdet er tolkninger av den underliggende betydningen mellom linjene i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysen tok utgangspunkt i en deduktiv, eller konseptstyrt tilnærming jfr. Schreier (2012). De fire elementene som Kjellevold (2006) trekker frem som særlig sentrale når det kommer til brukerorientering, altså tilgjengelighet, individuell tilpassning, at tilbudene er samordnet, og at tjenestemottakerne får medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenestetilbudene, ble lagt til grunn som kategorier. Tekstene (analyseenheter) ble gjennomgått flere ganger for å få en oversikt over helheten. Setninger eller fraser som inneholdt informasjon som var relevante for kategoriene, ble så plukket ut. Omgivende tekst ble inkludert der dette var nødvendig, slik at de forble i kontekst. Disse meningsbærende enhetene ble kondensert for å forkorte teksten, men

uten å forringe meningsinnholdet. De kondenserte meningsenhetene ble så kodet og gruppert i kategoriene.

Eriksson og Lindström (1997, 1999) hevder at forskeren ved en konvensjonell deduktiv tilnærming, risikerer å formulere kategorier utelukkende basert på en etablert teori eller modell. I denne studien hvor intensjonen var å forstå og forklare data ved hjelp av en eksisterende teoretisk modell, var det naturlig å legge til grunn et deduktivt utgangspunkt for analysen. En annen utfordring knyttet til et deduktivt utgangspunkt kan være å bestemme hvordan en skal behandle resterende data, som ikke passer til den valgte teorien eller forklaringen (Graneheim et al., 2017). Her ble data som illustrerte brukerorientering eller utfordringer knyttet til dette inkludert i analysen, mens materiale som ikke falt inn under problemstillingen ble utelatt.

Videre ble det på bakgrunn av de empiriske funnene etablert ulike underkategorier. Denne fasen, hvor analysen gikk fra empiriske data, til etablering av mer abstrakte og generelle underkategorier, var i større grad preget av en induktiv tilnærming. På bakgrunn av ulikheter i empiriske funn knyttet til prosjektfaser, ble tiltakene også kategorisert etter hvorvidt de fant sted i utviklingsfasen eller gjennomføringsfasen av prosjektene. Datamaterialet ble kategorisert og analysert ved hjelp av analyseprogrammet NVivo 12.

### 3.3.3 Artikkel 2 og 3- en kvalitativ intervjustudie

Artikkel 2 og 3 i denne avhandlingen er basert på datamateriale fra en kvalitativ intervjuundersøkelse. Denne undersøkelsen gjennomførte jeg i to norske kommuner i februar 2020 og den består av intervjuer med brukere, pårørende, kommunalt ansatte og ledere. Kommunene ble valgt fra de tretten kommunene som mottok tilskudd fra Helsedirektoratet, gjennom Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Muligheten til å velge blant disse tretten kommunene, sikret at de inkluderte casene faktisk hadde gjort en innsats for å utvikle tjenester for målgruppen. Kommunene ble strategisk valgt for størst mulig mangfold, ettersom de representerte to typiske og svært forskjellige lokalsamfunn i Norge. Den første kommunen inkluderer en av Norges 15 største byer med hensyn til antall innbyggere (+ 60 000). Den andre er i en landlig region med rundt 6000 innbyggere. De er geografisk spredt med en i den nordlige delen av landet og en i midt-Norge. Den første kommunen utviklet et dag- og aktivitetstilbud, mens den andre utviklet et tilpasset treningsprogram.

En kontaktperson i hver kommune rekrutterte de enkelte informantene i henhold til et sett med forhåndsdefinerte kriterier. Brukerne måtte være i alderen 18-70 år og ha en nevrologisk tilstand. De måtte motta, eller tidligere ha mottatt kommunale tjenester på grunn av deres nevrologiske tilstand. De pårørende måtte være nære slektninger til brukerne. Noe som avhengig av brukernes familiesituasjon betød brukernes ektefelle, barn, foreldre eller søsken. Kommunale ledere skulle rekrutteres fra mellomledere med ansvar for spesifikke tjenester til målgruppen, tilstøtende tjenester med betydning for målgruppen, eller med ansvar for tildeling av tjenester. Ansatte skulle rekrutteres blant fagpersoner som jobbet direkte med brukere i målgruppen. Totalt er 28 informanter inkludert i studien, herunder ni brukere, syv pårørende, fem ansatte og syv kommunale ledere.

Brukernes hoveddiagnoser er multippel sklerose (fire brukere), hjerneslag (tre brukere), Parkinsons sykdom (en bruker) og optisk neuromyelitt (en bruker). I tillegg ble det rapportert om en rekke tilleggsdiagnoser, blant annet epilepsi, diabetes, rusmisbruk og psykiatrisk symptomtrykk. Seks av brukerne er kvinner og tre av dem er menn. Blant de pårørende er det fire kvinner og tre menn. Fire er barn til en bruker, to er søsken og en er ektefelle.

Alle ansatte som er inkludert i studien jobbet direkte med brukere med nevrologiske tilstander. I den første kommunen i et dagtilbud (tre informanter) og i den andre, i den kommunale fysioterapitjenesten (to informanter). I sistnevnte kommune utgjør disse to informantene alle ansatte i tjenesten som er direkte rettet mot målgruppen. Alle ansatte er kvinner. Syv ledere er inkludert i studien, tre i den første kommunen og fire i den andre. I den første er dette lederne for et dagtilbud for rehabilitering, arbeid og aktivitet og tildelingskontoret. I den siste kommunen er lederne for hjemmetjenester, ergoterapi, fysioterapi og tildelingskontoret inkludert. I tabell 4 gis det en oversikt over antall respondenter som inngår i studien.

*Tabell 4. Inkluderte informanter etter informanttype og kommune*

Kommune	Brukere	Pårørende	Ansatte	Ledere	Sum
1	4	4	3	3	14
2	5	3	2	4	14
Sum	9	7	5	7	28

### 3.3.4 Kvalitative intervjuer

Kvalitative intervjuer er intervjuer som søker å forstå verden sett fra respondentens side og tar sikte på å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitative forskningsintervjuer er derfor forskerens kompetanse og egnethet avgjørende for dataene som skapes (Drageset & Ellingsen, 2011).

Intervjuer kan utformes på ulike måter. Det kan være en samtale hvor hovedtemaene er bestemt på forhånd, men hvor samtalen i stor grad styres av informanten. På den andre enden av skalaen er det stramt strukturerte intervjuet, hvor både spørsmålene og rekkefølgen er bestemt på forhånd. Semistrukturerte intervjuer er en middelvei mellom disse formene og ble benyttet i denne avhandlingen. Slike intervjuer karakteriseres av å være delvis strukturerte og kjennetegnes av at samtalen mellom forsker og informant styres av de temaene forskeren ønsker å få informasjon om (Thagaard, 2009).

I forkant av datainnsamlingen ble det utarbeidet fire intervjuguider, en for hver av informantkategoriene. Disse ble lagt til grunn for alle intervjuene. Thagaard (2009) beskriver en intervjuguide som et verktøy som hjelper forskeren å huske alle de områdene som skal belyses i løpet av intervjuet. Intervjuguiden bygges opp med fokus på tema og gir uttrykk for hvilken informasjon som skal hentes inn. Kvale (1997) påpeker at intervjuguider kan utformes på ulike måter. For eksempel kan de være en grov skisse med temaer en ønsker å ta opp, eller de kan være en strukturert utformet liste over forhåndsplanlagte spørsmål.

Ved å ta utgangspunkt i semistrukturerte intervjuguider ble samtaler delvis styrt, og ga meg muligheten til å ha kontroll på temaene jeg på forhånd hadde vurdert som viktige og sentrale i denne sammenhengen. Samtidig ga det fleksibilitet nok til at informantene fikk anledning til å komme opp med temaer som var viktig for dem, slik at potensielt ny og relevant tematikk som jeg ikke hadde tenkt på eller vært klar over på forhånd, kom frem i intervjuene.

Brukere og pårørende ble intervjuet individuelt. Disse intervjuene søkte å forstå verden sett fra respondentens side. De tok sikte på å få frem informantenes erfaringer, samt å avdekke deres opplevelse av verden, i tråd med Kvale og Brinkmann (2009). Utgangspunktet for det kvalitative forskningsintervju er samtalen (Fog, 2001). Intervjuene skal være helhetsorienterte,



men samtidig saksrettet (Repstad, 1993). De benyttes ofte der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer, eller verden sett fra den intervjuedes ståsted. Altså hvor vi er ute etter livsverdenen til informanten (Kvale & Brinkmann, 2009), slik som i denne avhandlingen. Hensikten med intervjuene var å forstå informantenes erfaringer og hvordan de reflekterte over disse, i samsvar med Spradley (1979). Tjora (2017) påpeker at en i slike intervjuer utelukkende kan utforske forhold som er knyttet til informantens subjektivitet, eller informanten som subjekt. Eller som Fangen (2004, s.15) så treffende formulerer: «Intervjuer er alltid redegjørelser for hvordan enkeltpersoner har oppfattet noe som har skjedd. Intervjuer avspeiler med andre ord de subjektive opplevelsene enkeltindividet har av hva som har foregått».

Fangens poeng i denne sammenheng er med rette, å beskrive begrensningene som ligger i intervju og intervjudata, sammenlignet med observasjon. Like fullt er det også betegnende for det som nettopp er styrken ved denne type data og datainnsamling, samtidig som det reflekterer studiens vitenskapsteoretiske forståelse.

Intervjuene med alvorlig syke brukere og deres nære pårørende berørte temaer som setter et stort preg på informantenes livssituasjon. Trolig opplevde derfor mange av informantene intervjuene som svært personlige, følelseladete og sensitive. Et viktig moment i denne sammenhengen var derfor forståelsen av at relasjon og kontekst utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utvikles (Malterud, 2003). I intervjusammenheng gjelder dette både den fysiske konteksten selve intervjuet finner sted i og faktorer som informanten og forskerens livssituasjon. Det blir derfor et hovedpoeng at forskeren stiller seg åpen og sanselig stemt, slik at hun eller han lar seg berøre av det som informanten gir uttrykk for (Drageset & Ellingsen, 2011). I en slik intervjusituasjon blir relasjonen mellom informant og forsker derfor svært sentral og intervjuenes kvalitet hviler på at det er opparbeidet tillit mellom informant og forsker (Tjora, 2017). For å sikre dette gjennomførte jeg alle intervjuene selv. Intervjuene ble enten gjennomført i kommunenes lokaler eller hjemme hos informanten, i samsvar med informantens egne ønsker.

### 3.3.5 Gruppeintervjuer

Gruppeintervjuer ble benyttet for å samle inn data fra kommunale ledere og ansatte. Slike intervjuer benyttes for å bidra til større innsikt gjennom grundig og omfattende utforskning av et relativt utforsket område (Stewart & Shamdasani, 1990) og hadde som mål å generere data basert på synergien i gruppeinteraksjonen, i samsvar med (Morgan, 1990). Slik interaksjon kan stimulere deltakerne til å supplere, utfordre, korrigere og bekrefte hverandres utsagn (Guldvik, 2002). Gruppedynamikken gjør at man kan hente fram mer informasjon og få fram andre refleksjoner enn i individuelle intervju, noe som var den primære begrunnelsen for å velge denne metoden her. Denne dynamikken kom tydelig til uttrykk i disse intervjuene, hvor det blant annet la grunnlag for diskusjoner mellom de ulike informantene. Noe som bidro til å frambringe både likhet og ulikhet i informantenes forståelse, samt gode refleksjoner i intervjusituasjonene.

På grunn av logistiske utfordringer var det ikke mulig å gjennomføre et gruppeintervju med ansatte i en av kommunene. Dette ble løst ved at disse ansatte ble intervjuet individuelt. Totalt ble det gjennomført 18 individuelle- og 3 gruppeintervjuer. Dette er illustrert i tabell 5. Alle intervjuene hadde en varighet på 30-100 minutter.

*Tabell 5. Gjennomførte intervjuer*

	Individuelle	Gruppe	Sum
Brukere	9		9
Pårørende	7		7
Ansatte	2	1	3
Ledere		2	2
Sum	18	3	21

### 3.3.6 Analyse av intervjudata

Koding og kategorisering er kjerneaktiviteter i den kvalitative analyseprosessen og det finnes en rekke ulike tilnærminger for hvordan dette kan gjøres. Uavhengig av hvilken tilnærming en benytter, er hensikten uansett å redusere en stor mengde datamateriale slik at det fanger opp essensen i det empiriske grunnlaget (Nilssen, 2012).

Alle intervjuene ble ordrett transkribert i forkant av analysen. Ved bruk av den kvalitative programvarepakken NVivo 12, ble transkripsjonene analysert tematisk ved hjelp av en trinnvis deduktiv-induktiv analyse, i samsvar med Tjora (2017). I tråd med en abduktiv tilnærming, er det en metode der man jobber stegvis induktivt fra rådata mot koding, konsepter og teori, samtidig som man også går fra det mer teoretiske til det empiriske. I samsvar med den skisserte metoden gjennomførte jeg først en detaljert, mest mulig tekstnær koding, basert på termer som informantene selv brukte. Dette bidro til at jeg klarte å opprettholde forbindelsen mellom det empiriske materialet og kodene, samt at det ble enklere å utnytte det rikholdige materialet. Ved å bruke en utforskende, induktiv tilnærming ble nye intervjuer kodet basert på kodene som var generert fra de tidligere intervjuene. Der nye konsepter eller temaer dukket opp, ble nye koder opprettet. Noe som resulterte i en omfattende liste over induktivt genererte koder. Målet med denne kodingen var å trekke ut essensen av det empiriske materialet, redusere volumet på materialet og å legge til rette for generering av ideer, basert på detaljer i de empiriske dataene.

I det neste trinnet av analysen ble kodene slått sammen, kondensert og aggregert i færre kategorier etter tematisk kontekst, for å danne en struktur for analysen. Dette stadiet resulterte i identifisering av ulike hovedkategorier. Eksempler på koder og kategorier er illustrert i tabell 6.

Tabell 6. Eksempler på koder og kategorier

Opplevelse av negative verdiutfall		Svekket helsekompetanse	
Eksempler på koder	Eksempler på kategorier	Eksempler på koder	Eksempler på kategorier
Angst	Negative psykososiale opplevelser	Klarer ikke å delta i en samtale	Vanskeligheter med å forstå informasjon
Frustrasjon		Problemer med å lese brev	Manglende evne til å ta egne valg og se konsekvensene av disse
Stress	Negative fysiske opplevelser	Får ikke med seg informasjon	Problemer med å uttrykke egne behov og representere egne interesser
Frykt	Opplevelse av svekket kapabilitet	Usikkerhet i møtet med ansatte	
Fortvilelse			
Svekket helsesituasjon			

I dette steget av analysen ble det benyttet en kombinasjon av en induktiv og en deduktiv tilnærming. Her gikk prosessen fra teori til data og tilbake igjen. I denne fasen tydeliggjorde det seg to temaer, som fremsto som spesielt relevante i lys av avhandlingens formål. Det første var relatert til utfordringer knyttet til brukere med kognitiv svikt, mens det andre var relatert til kompleksiteten i pårørendes rolle i samskappingsprosessene. Disse temaene ble vurdert som så interessante i lys av studiens kontekst, at de ble lagt til grunn for hver sin artikkel. Analyseprosessen fortsatte derfor med et større fokus også på teori som var relevant for å belyse forskningsspørsmålene i disse artiklene. Disse to temaene ble deretter utforsket, analysert og integrert med tidligere forskningslitteratur, med hensikt å artikulere teoretiske bidrag.

### 3.3.7 Koronasituasjonen- følger for datainnsamling og kvalitet

Ideelt sett var et bredere datasett ønskelig som grunnlag for studien. Opprinnelig var derfor også en tredje kommune rekruttert til undersøkelsen. Grunnet nedstengingen av samfunnet som følge av koronasituasjonen i mars 2020, var det ikke mulig å gjennomføre intervjuer i denne kommunen våren 2020. I den sammenheng ble muligheten for å gjennomføre intervjuene via telefon eller video diskutert. Dette lot seg derimot ikke gjennomføre, da verken de kommunale lederne eller de ansatte hadde kapasitet til å bistå med rekruttering av informanter eller selv å delta i intervjuer, grunnet økt arbeidspress som følge av pandemisituasjonen. I første omgang ble disse intervjuene derfor utsatt på ubestemt tid. Da det heftet betydelig usikkerhet rundt muligheten til å få gjennomført disse intervjuene i nær fremtid, ble det i samråd med veilederne gjort en vurdering av omfanget og kvaliteten på intervjumaterialet som allerede var samlet inn. Intervjuene ble skrevet ut og vurdert med tanke på hvor godt de representerte målgruppen, hvor godt de belyste problemstillingene som skulle studeres, samt eventuelle skjevheter eller mangler i materialet. Konklusjonen var at datamaterialet var tilstrekkelig til å belyse problemstillingene som diskuteres i avhandlingen. Årsakene til dette var at vi vurderte kvaliteten og rikheten i materialet fra de gjennomførte intervjuene som svært god og at de dermed gav tilstrekkelig datametning, for å gå videre med prosjektet. Forhold knyttet til datamaterialets og forskningens kvalitet beskrives og utdypes nærmere i neste del.

### 3.4 Forskningens kvalitet, troverdighet og begrensninger

I denne delen presenteres det vurderinger av studiens troverdighet, kvalitet og begrensninger. Disse vurderingene gjøres med bakgrunn i fire kriterier for vurdering av kvalitet i kvalitativ forskning, skissert av Lincoln og Guba (1985). Disse fire kriteriene er kredibilitet (credibility), bekreftbarhet (confirmability), overførbarhet (transferability) og pålitelighet (dependability).

#### 3.4.1 Kredibilitet og pålitelighet

Kredibilitet kan sammenlignes med intern validitet og referer til nøyaktigheten av studien, mens pålitelighet innebærer en vurdering av om beslutninger og metodiske valg er passende for å svare på forskningsspørsmålene (Lincoln & Guba, 1985).

Triangulering er en måte å øke kredibiliteten av en studie, gjennom å gi en mer robust beskrivelse av fenomenene som studeres. Samtidig forstås påliteligheten i kvalitativ forskning å øke når den gjennom metodetriangulering belyser forskningsspørsmål fra ulike sider, skaper rike beskrivelser og slik igjennom komplementerer empirien (Alvesson & Kärreman, 2000a, 2000b; Carter & Little, 2007; Hardy & Grant, 2012; Lincoln & Guba, 1985).

Denne avhandlingen bygger på data samlet inn gjennom kvalitativ metodetriangulering i den forstand at den kombinerer data fra dokumentstudier, individuelle- og gruppeintervjuer. I denne sammenhengen er det likevel viktig å påpeke at hver av enkeltstudiene avhandlingen bygger på, enten er basert på dokumentstudier, eller intervjudata. Noe som derfor kan forstås som en svakhet ved studiene. Samtidig ble fire ulike typer informanter inkludert i intervjuundersøkelsene, noe som bidro datakildetriangulering, i tråd med Denzin (1978) og Patton (1999). Datakildetriangulering innebærer innsamling av data fra forskjellige typer kilder, for å få flere perspektiver og validering av data (Carter et al., 2014). Informantenes ulike perspektiver bidro til rikere beskrivelser og en mer variert og dypere forståelse av fenomenene og prosessene som ble studert.

Viktigheten av å inkludere ulike informanter for å beskrive de samme fenomenene og prosessene i denne studien, understrekes også av at en del av de intervjuede brukerne var kognitivt svekket. Disse kognitive svekkelsene kom blant annet til uttrykk gjennom

utfordringer knyttet til å forstå informasjon. Derfor ble det svært viktig å formulere spørsmålene på en slik måte at informantene forsto disse og tydelig forklare hva jeg la i ulike begreper. Gjerne gjennom å illustrere med lettfattelige, beskrivende eksempler. For å sikre at jeg forsto informantene rett, var jeg bevisst på å stille oppfølgings spørsmål underveis i intervjuene, slik at intervjupersonene kunne bekrefte eller avkrefte min tolkning underveis.

En annen viktig faktor for å øke forskningens kredibilitet, er å involvere andre i forskningsprosessen som «critical reviewers» (Lincoln & Guba, 1985). I denne studien har dette skjedd på flere ulike måter. For det første har veilederne mine vært aktivt involvert i alle deler av forskningsprosessen, selv om omfanget naturligvis har variert noe i de ulike delene. De har bidratt med viktige kritiske refleksjoner i alle faser av arbeidet og bidratt sterkt til min egen refleksjon knyttet til arbeidet.

Et annet viktig moment i denne sammenhengen har vært å presentere arbeidet, eller deler av dette, både på interne seminarer og eksterne konferanser. Deler av arbeidet er presentert på to internasjonale konferanser (NNDR 2019<sup>9</sup> og PUBSIC 2020<sup>10</sup>) og på flere både obligatoriske og frivillige, interne seminarer. Gjennom å presentere arbeidet i disse foraene har forskjellige fagpersoner og miljøer satt kritiske spørsmålstegn ved ulike sider av forskningen. Noe som både har gitt mange verdifulle innspill og økt min egen bevissthet rundt egen forskningsprosess. Artiklene som er inkludert i avhandlingen har også vært gjennom fagfelle vurderinger og samtlige har blitt vurdert av tre fagfeller i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter.

Noen forhold knyttet til den gjennomførte dokumentstudien og påliteligheten ved denne, bør også diskuteres her. I likhet med andre data, presenterer dokumenter en versjon av virkeligheten. Tjora (2017) påpeker at dokumenter som ikke er frembrakt direkte for forskningsformål, gir informasjon om forhold nedtegnet på et spesielt tidspunkt og sted, ofte med tanke på spesifikke lesere. Tekster som eksisterer uavhengig av forskningen reiser derfor noen spesielle utfordringer, blant annet fordi det skjer en siling i flere ledd fra hendelser skjer til forskeren behandler tekstene. Det er derfor viktig å vurdere tekstens intensjon og funksjon i sin samtid (Repstad, 1993), dets hensikt og mandat, samt hva slags informasjon som faller utenfor dette mandatet (Stewart, 1993). Da datamaterialet i dokumentstudien besto av

---

<sup>9</sup> Nordic Network on Disability Research.

<sup>10</sup> Innovation in Public Services and Public Policy Conference.

kommunenes rapportering til Helsedirektoratet, må det tas høyde for at materialets opprinnelige mottaker var prosjektenes tilskuddsgiver. Rapportene må også forstås som kommunenes egne beskrivelser av virkeligheten og må tolkes i lys av det. En mulig følge av dette kan være at negative eller problematiske sider, blir underkommunisert (Lavrakas, 2008). En annen følge kan være at viktige faktorer knyttet til brukerorientering ble forstått å ligge utenfor rapportenes mandat og derfor ikke ble omtalt. En svakhet ved denne studien er derfor at den studerer kommunenes egen gjengivelse av hva de har gjort, snarere enn å studere dette direkte.

I denne sammenhengen er det også naturlig å gjøre noen betraktninger rundt utvalgene som har ligget til grunn for undersøkelsen og hvordan disse kan ha påvirket studiens funn. Malterud et al. (2016) påpeker at vi i intervjustudier trenger et utvalg av deltakere som har erfaringer eller kunnskap om det vi skal undersøke, helst med god variasjonsbredde. Og at vi for dette formålet ofte bruker et strategisk utvalg. Analysen blir ikke nødvendigvis bedre jo flere deltakere vi inkluderer. Derfor kan vi heller ikke sikte mot størst mulig N som et utvalgs-kriterium. I den kvalitative metodelitteraturen møter vi derfor ofte begrepet metning, som oppfattes som et punkt der inklusjon av nye deltakere ikke gir noe nytt, eller synes å bidra med nye momenter (Malterud et al., 2016; Tjora, 2017).

I det foreliggende intervjumaterialet er informantene relativt jevnt fordelt på de to kommunene. Tre ulike typer pårønderelasjoner (ektefelle, barn og søsken) er representert i materialet. Brukernes diagnoser dekker både akutte og progressive tilstander, samt hyppig forekommende tilleggsdiagnoser som ofte forekommer blant personer med nevrologiske tilstander og som kan være viktige for blant annet funksjonsnivå. Variasjonen i datamaterialet forstås derfor som tilfredsstillende. Til tross for dette, er det likevel noen svakheter som bør vurderes. Utvalget har en begrenset størrelse, studert i en norsk kommunekontekst. Det kan derfor anføres at det er behov for bredere studier, i ulike og varierende kontekster. Det begrensede antallet kommuner kan også ha medført at variasjoner mellom ulike kommuner, knyttet til tiltak, organisering og lignende, ikke fanges opp i den grad som hadde vært ønskelig.

Slik de kognitive svekkelsene kom til uttrykk hos noen av brukerne i det empiriske materialet, kan det også tenkes at dette kan ha en innvirkning på den enkelte brukerens evne til å delta konstruktivt i en intervjusituasjon. På grunn av dette er det en mulighet for at kommunene kan ha ekskludert brukere med de alvorligste funksjonsnedsettelsene fra utvalget, for å sikre en gjennomførbar og fruktbar intervjusituasjon. Dette kan ha medført en mulig

underrepresentasjon av brukere med betydelige kognitive svekkelser og dermed en skjevhet i utvalget.

I datamaterialet som lå til grunn for dokumentstudien, forstås den geografiske spredningen av kommunene som god. Halvparten av kommunene i Norge har under 5 000 innbyggere (Haugstveit et al., 2019), en gruppe som er underrepresentert i utvalget. I den grad kommunestørrelse påvirker tjenestene, kan dette ha påvirket funnene. Eksempelvis har studier påpekt at omsorgstjenestene i større kommuner får mer og mer preg av spesialisering, enn i mindre kommuner (Tingvold & Romøren, 2015). Takvam (2012) påpeker at små kommuner ofte viser stor oppfinnsomhet for å imøtekomme ønsker og behov for brukere med nevrologiske tilstander, samt at de ofte drar nytte av gode kommunikasjonskanaler. Likevel kan mangel på fagfolk i større grad vanskeliggjøre etablering av systemer og rutiner, sammenlignet med større kommuner.

Som tidligere beskrevet måtte jeg på grunn av uforutsette utfordringer erstatte det ene av gruppeintervjuene med ansatte i en av kommunene, med individuelle intervjuer. Disse intervjuene resulterte i rike og relevante data. Likevel er det slik at individuelle intervjuer og gruppeintervjuer er basert på en ulik tilnærming, hvor sistnevnte søker å generere data basert på synergien i gruppeinteraksjonen, gjennom at deltakerne stimulerer hverandre på ulikt vis (Green et al., 2003; Guldvik, 2002). Dette kan derfor også forstås som en svakhet ved datainnsamlingen.

### 3.4.2 Bekreftbarhet

I kvantitativ forskning benyttes gjerne intersubjektivitet som mål på objektivitet (Hellevik, 2002). I kvalitativ forskning brukes derimot bekreftbarhet i større grad som mål på det samme. Men, snarere enn et krav til at forskeren er fullstendig objektiv, stilles det krav til dataenes objektivitet, altså at de er bekreftbare (Guba & Lincoln, 1982). Dette innebærer at funn må kunne spores tilbake til data og forskerens tolkninger må være rimelige og meningsfulle.

Ved at vitensproduksjonen har gått frem og tilbake og har pendlet mellom teori og empiri, har rimeligheten i tolkningene av data blitt vurdert opp mot og blitt bekreftet av tidligere forskning. For å tydeliggjøre forholdet mellom datamaterialet og tolkningene av det, har fremstillingen av



data blitt eksemplifisert gjennom relevante sitater. Siden forskeren ikke er nøytral eller objektiv, blir refleksivitet viktig i denne sammenhengen (Guba & Lincoln, 1982). Dette er knyttet til hvordan forskernes bakgrunn og forforståelser påvirker forskningen (Malterud, 2001). I intervjuundersøkelser må forskeren i tillegg være oppmerksom på og undersøke sine forforståelser knyttet til temaet for intervjuet, for å kunne forstå respondenten (Chell, 2014).

Innen all samfunnsforskning vil forskeren ha en eller annen form for engasjement i temaet som studeres. Innen en positivistisk tradisjon er idealet nøytrale eller objektive observatører. Innenfor den kvalitative, fortolkende tradisjon er en dog innforstått med at fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere (Tjora, 2017). I kvalitative studier er det ganske vanlig at forskeren har en viss kunnskap om forskningstemaet. Forforståelse er ikke nødvendigvis negativt, så lenge den gjøres eksplisitt og forskeren drøfter betydningen av denne (Etikkom, 2010). Det viktigste er altså ikke å gå ut i felten uten en forforståelse, men å være åpen om denne og forberedt på å justere denne forståelsen underveis (Repstad, 1993). I denne type forskning kan en også tenke seg at forforståelse eller kunnskap om tematikken, snarere er en forutsetning for god forståelse av den enkeltes situasjon. Et forhold som, riktignok på mer generelt grunnlag, også poengteres hos Gadamer når han hevder at: "Predjudices are not necessarily unjustified and erroneous, so that they inevitably distort the truth. In fact the historicity of our existence entail that prejudice, in the literal sense of the word, constitute the initial directness of our whole ability to experience" (Gadamer, 2008, s. 261).

Min forforståelse i denne sammenhengen var knyttet både til mange års arbeid i spesialisthelsetjenesten og til egen tidligere forskning på dette feltet og denne brukergruppen. Denne forforståelsen gav både retning og relevans til problemstillinger og intervjuer gjennom kunnskap om fagfeltet og de kommunale tjenestene til brukere og pårørende. Samtidig bidro forforståelsen av informantenes sykdommer og livssituasjon til at det ble enklere å skape tillitsfulle relasjoner med informantene, samt å gjennomføre tidvis krevende, nærgående intervjuer med den respekten som informantene fortjener. På den annen side ble det viktig å være bevisst og tydelig på å skille mellom forforståelse og empiriske funn, samt å unngå urimelige tolkninger av data, som følge av denne forforståelsen.

### 3.4.3 Overførbarhet

Kvalitativ forskning kan ikke generaliseres på samme måte som en del kvantitativ forskning kan. Den kan likevel både gjenkjennes og få betydning for andre, samt utvikle, justere og falsifisere teori på et generelt grunnlag (Flyvbjerg, 2006; Guba & Lincoln, 1982). I denne avhandlingen forstås verdi som aktørenes subjektive opplevelse. Videre gjøres det et poeng ut av viktigheten av kontekstuelle faktorer, for blant annet å forstå denne subjektive verdiopplevelsen. I artikkel 3 er nettopp ett av hovedfunnene at pårørendes opplevelse av egne ressurser, kapasitet og «well-being» i stor grad må forstås ut ifra den totale konteksten de befinner seg i. Like fullt er en diskusjon rundt resultatenes overførbarhet relevant, da denne avhandlingen, i tråd med (Malterud, 2001, s. 483 ) har “ambitions of transferability beyond the study setting”.

Guba og Lincoln (1982) argumenterer for at forskningen kan innebære overførbarhet til andre situasjoner og individer ut over de eksakte situasjonene som er undersøkt, gjennom et bevisst utvalg av studier (purposive sampling) og rike beskrivelser (thick descriptions) av konteksten. Førstnevnte er en teknikk som er mye brukt i kvalitativ forskning for identifisering og valg av informasjonsrike case (Patton, 2002). Teknikken innebærer å identifisere og velge personer eller case som er spesielt kunnskapsrike om, eller har opplevd et fenomen av interesse (Cresswell & Plano Clark, 2011). Tykke beskrivelser er beskrivelser som ikke bare gjør rede for et bestemt fenomen eller en bestemt handling, men også den sosiale, materielle og symbolske konteksten fenomenet eller handlingen skjer innenfor. Dette på en slik måte at handlingen framstår som meningsfull også for utenforstående (Geertz, 1994). Den førstnevnte strategien ble lagt til grunn for utvalget av kommuner til intervjuundersøkelsen og i samråd med kommunene, også i rekrutteringen av de enkelte informantene. Tykke beskrivelser ble benyttet i beskrivelsene av intervjudataene, nettopp for å presentere en omfattende og grundig redegjørelse av viktige kontekstuelle faktorer.

Malterud (2001) påpeker at en ved å presentere den demografiske konteksten for en studie, gir leseren mulighet til å vurdere under hvilke forhold og betingelser resultatene vil være relevante. I denne avhandlingen studeres brukere med en nevrologisk tilstand, deres pårørende og det tilhørende tjenesteapparatet. De egenskapene og forholdene som studeres, som for eksempel svak helsekompetanse og omsorgsbyrde, er likevel ikke egenskaper som er eksklusive for denne

gruppen. Dette er egenskaper og forhold som også er relevante for andre sårbare, alvorlig og kronisk syke brukere. Funnene forstås derfor ha overføringsverdi utover dette utvalget.

Jeg tror mange av funnene i denne studien har relevans for offentlige helse- og omsorgstjenester til sårbare grupper og deres pårørende, utover den kommunale settingen som har ligget til grunn i denne studien. Samtidig er det grunn til å tro at overføringsverdien til andre typer tjenester, mindre sårbare grupper eller privat sektor, trolig er vesentlig mindre. Nettopp på grunn av viktigheten av de kontekstuelle faktorene som beskrives i studien. Målet med denne studien er heller ikke å oppnå generalisert kunnskap om de eksakte tjenestene i undersøkelsen, men heller å få kunnskap om viktige mekanismer, som i sin tur kan ha overføringsverdi utover studien i seg selv.

### **3.5 Ethiske betraktninger**

Intervjuundersøkelsen ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), med prosjektnummer 86616. I forkant av intervjuene ga alle informantene et informert, skriftlig samtykke til å delta. De ble informert om studien og mottok informasjon om muligheten til å trekke seg når som helst. Denne informasjonen ble gjentatt i intervjuene. Intervjuopptakene ble slettet etter transkripsjon, og all informasjon ble anonymisert før transkripsjonene ble lagret. Alle informantene fikk min kontaktinformasjon og ble oppfordret til å ta kontakt hvis de hadde spørsmål eller ønsket å trekke seg. Dokumentstudien besto av offentliggjorte dokumenter uten noen form for personopplysninger og krevde derfor ingen slik godkjenning.

Videre i denne delen presenteres det noen etiske betraktninger relatert til gjennomføring av studien, knyttet til intervjuer av sårbare brukere og det som kan forstås som sensitive data. Det finnes ingen klar definisjon i litteraturen av hva som forstås som sensitiv forskning (Dickson-Swift et al., 2007, 2009), selv om begrepet ofte refererer til forskning som rører ved dypt personlige, følelsesmessig vanskelige emner, eller tematikk som er stressende for deltagerne. Å gjennomføre sensitiv forskning kan derfor by på en rekke utfordringer. Deltakerne kan eksempelvis oppleve at det er plagsomt eller vanskelig å diskutere smertefulle og pinlige spørsmål (Demi & Warren, 1995; Durham, 2002; Johnson & Clarke, 2003; Owens, 2006). Mange forskere antar at tilstedeværelsen av etiske retningslinjer sikrer at forskerne håndterer slike utfordringer i tilstrekkelig grad, men sensitiv forskning innebærer ofte utfordringer som

ikke dekkes av disse retningslinjene (Alty & Rodham, 1998; Bahn & Weatherill, 2013). Det er derfor naturlig å reflektere rundt noen slike utfordringer, som har vært relevante i denne studien.

Som tidligere nevnt berørte intervjuene med brukerne og deres pårørende, temaer som setter et stort preg på informantenes livssituasjon. Trolig opplevde derfor mange av informantene intervjuene som svært personlige, følelsesladede og sensitive. Et viktig grep i denne sammenhengen var naturligvis innhenting av et informert samtykke fra forskningsdeltakere før datainnsamlingen begynte. Et slikt samtykke innebærer at deltagerne får ta del i forskningsmålene, hva deltakelsen vil innebære, hvordan forskningen skal brukes, grenser for- og hvordan konfidensialiteten opprettholdes, samt eventuelle risikoer som kan oppstå ved deltakelse. Videre må deltakerne kunne forstå denne informasjonen, være samtykkekompetente og samtykket må være frivillig (Booth & Booth, 1994; Faden et al., 1986). I noen tilfeller er det heller ikke gitt at forskningsdeltakerne forstår helt hva de samtykker i (Cohn & Larson, 2007). Det er også mer sannsynlig at folk som ikke forstår dette, faktisk samtykker i å delta (Dawson & Kass, 2005). Et viktig moment i denne undersøkelsen var derfor å sørge for at deltagerne fikk tilpasset informasjon og at de forsto denne informasjonen. Noe som ble spesielt viktig med tanke på at noen av deltagerne var kognitivt svekket. Informasjon ble derfor gitt både skriftlig og muntlig i forkant av intervjuene. De kommunalt ansatte som bistod med å rekruttere deltagere, hjalp også til med å informere deltagerne. De kjente deltagerne godt fra før og kunne derfor tilpasse informasjonen til hver enkelt av disse. Som beskrevet ble også all informasjon gjentatt av meg i begynnelsen av hvert intervju og tatt opp igjen på slutten av disse.

Her var det også viktig å være bevisst på at deltakere kan gå med på å delta i et intervju av upassende årsaker, slik som respekt for autoriteter eller at de trenger noen å snakke med (Demi & Warren, 1995). De kan også oppleve at det er vanskelig å trekke seg fra deltagelse hvis de opplever det som ubehagelig (Liamputtong, 2007). Det var derfor viktig å forsøke å etablere et tillitsforhold til deltagerne i tråd med Agar (1996), slik at de opplevde trygghet i intervjusituasjonen og rundt den videre behandlingen av informasjonen de delte i intervjuene. Som et ledd i dette fikk alle deltagerne oppgitt både min e-postadresse og private telefonnummer. De ble oppfordret til å ha lav terskel for å ta kontakt hvis de var usikre på noe, hadde spørsmål, eller ønsket å trekke seg. Å opprette et tillitsforhold med deltagerne, innebærer etter min oppfatning også et betydelig ansvar som forsker (og menneske), knyttet til å forvalte denne tilliten på en god måte.

I litteraturen påpekes det også at sårbare informanter kan ha problemer med å sette grenser for informasjonen de deler (Glazer, 1980). Det var derfor viktig å ha et bevisst forhold til dette, både i selve intervjusituasjonen og i den etterfølgende behandlingen av materialet. I selve gjennomføringen av intervjuene ble det også sentralt at deltagerne forsto spørsmålene som ble stilt. Som tidligere beskrevet la jeg derfor vekt på å formulere spørsmålene slik at informantene forsto disse. I mange tilfeller illustrerte jeg hva jeg mente, gjennom lettfattelige, beskrivende eksempler. Det ble også viktig å stille oppfølgingsspørsmål underveis, slik at intervjupersonene som tidligere nevnt kunne bekrefte eller avkrefte min tolkning. For å ivareta deltagerne på best mulig vis, la jeg samtidig vekt på at intervjuene skulle gjennomføres på en måte som var sensitiv, informert og ikke-dømmende.

For å sikre deltakernes anonymitet, ble personopplysninger fjernet fra datamaterialet. I datafremstillingen ble det et sentralt poeng å ha et bevisst forhold til at dataene ikke skulle kunne føres tilbake til den enkelte deltageren. Dette verken gjennom direkte sitater eller ved at ulike typer informasjon ble koblet sammen på en slik måte at de kunne identifiseres.

I litteraturen stilles det spørsmål ved om forskning med sårbare deltagere noen gang kan være fullt ut etisk. Samtidig erkjennes det at å ekskludere slike deltagere fra forskningen, kan føre til ytterligere umyndiggjøring av sårbare grupper (Liamputtong, 2007). Som forsker tenker jeg at det er viktig at stemmen til sårbare grupper blir hørt i forskningen, noe som også er litt av bakgrunnen for denne avhandlingen. Samtidig opplever jeg at det hviler et betydelig ansvar på forskeren, knyttet til å ivareta deltagernes integritet og rettigheter, som det er viktig å ha et bevisst forhold til. I arbeidet med denne avhandlingen har jeg derfor hatt som mål å forvalte dette ansvaret på en tilfredsstillende måte.

## 4. SAMMENDRAG AV AVHANDLINGENS ARTIKLER

Formålet med denne avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes og ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige tjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping. Det empiriske grunnlaget i avhandlingen er utgangspunkt for tre artikler, som tar opp ulike sider av forskningsspørsmålene som ble formulert i lys av dette formålet. I dette kapitlet oppsummerer jeg kort artiklene og hovedfunnene i disse, samt hvordan de bidrar til å besvare de enkelte forskningsspørsmålene. Dette videreutvikles i kapittel 5, hvor artiklens funn og bidrag diskuteres direkte opp mot de enkelte forskningsspørsmålene.

### 4.1 Artikkel 1

Skarli, J. B. (2020). Sammensatte behov og store variasjoner. Tidsskrift for omsorgsforskning, 6(3), 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-08>

Det empiriske grunnlaget for artikkel 1 består av prosjektrapportene kommunene utarbeidet som rapportering til Helsedirektoratet, på tildelt tilskudd etter Nevroplan 2015. Artikkelen tar utgangspunkt i at kommunene har fått ansvaret for tjenestetilbudet til mange nye brukere med nevrologiske tilstander, som har store variasjoner i funksjonsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Romøren, 2006). Samtidig som myndighetene har en målsetting om brukerorienterte tjenester, erkjenner de at det mangler kunnskap om hvor godt tjenestene legger til rette for mestring og egenverdi for disse brukerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2017a).

Teoretisk fundert i OTL, diskuterer derfor artikkelen hvordan kommuner gjennom brukerorientering i offentlige tjenesteinnovasjoner tilrettelegger for brukernes mestring og verdiskaping. Med utgangspunkt i en forståelse av at omsorg er noe som samskapes i interaksjonen mellom kommunene og brukerne (Askheim, 2016; Osborne et al., 2016; Stokke et al., 2019), kombinerer studien en forståelse av brukerorientering i omsorgstjenestene (Kjellebold, 2006) med forståelsen av verdi som verdi i bruk, som innebærer at verdi er knyttet til brukerens egen opplevelse av livskvalitet (Grönroos, 2008, 2011). Graden av brukerorientering i de kommunale tjenesteinnovasjonene, operasjonalisert som tilgjengelighet,

individuell tilpasning, samordnede tilbud og medvirkning, forstås som uttrykk for hvordan kommunene beskriver at de legger til rette for at verdiskaping kan finne sted hos brukerne.

Sentrale funn:

1. Studien illustrerer at brukerorientering i form av tilgjengelighet, individuell tilpasning, samordnede og helhetlige tjenester og brukermedvirkning kommer til uttrykk i kommunenes beskrivelser. I prosjektens utviklingsfase fremkommer dette først og fremst på gruppenivå, mens det i større grad er knyttet til den enkelte brukeren i gjennomføringsfasen.
2. Brukernes sammensatte behov og store variasjoner i funksjonsnivå gir likevel kommunene utfordringer, knyttet til å etablere og tilby tjenester som fanger opp bredden av målgruppen og samtidig ivaretar den enkelte brukers behov.
3. Manglende ressurser (bl.a. kognitive og språklige vansker) hos, eller egenskaper ved brukerne (bl.a. psykisk lidelse eller rusavhengighet), medfører at noen brukere blir ekskludert fra tilbud, fordi kommunene oppfatter at de enten ikke kan nyttiggjøre seg tilbudet, ikke egner seg til å delta i et gruppetilbud, eller vil kreve for stor ressursbruk.

## 4.2 Artikkel 2

Skarli, J. B. (2021). Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users. *Administrative Sciences*, 11(1), 16. <https://doi.org/doi:10.3390/admsci11010016>

Basert på intervjudata studeres det i denne artikkelen hvordan kognitive svekkelser hos brukerne reduserer helsekompetansen deres og derigjennom påvirker samskapingsprosesser og verdiutfall i helse- og omsorgstjenestene, samt hvordan tjenestetilbyderne håndterer disse utfordringene. Artikkelen retter oppmerksomhet mot kunnskapshull knyttet til samskaping med sårbare og uvillige tjenestebrukere (Dietrich et al., 2017; Osborne, 2018) og bidrar til å øke forståelsen av hvordan kognitiv avstand mellom tjenestetilbyderne og brukerne kan hemme verdiskaping, som påpekes som uklar i litteraturen (Kaartemo & Käsäkoski, 2018; Palumbo,

2016). Artikkelen svarer også på forespørsler i litteraturen knyttet til behovet for empiriske studier av verdi i bruk, som hensyntar både positive og negative sider av verdibegrepet (Medberg & Grönroos, 2020), samt empiriske analyser av samødeleggelse knyttet til brukerdeltagelse på mikronivå (Hardyman et al., 2015; Joiner & Lusch, 2016; Osei-Frimpong et al., 2015; Sweeney et al., 2015). Artikkelen understreker viktigheten av tjenestetilbyderens rolle i tilrettelegging av verdiskapingsprosessene, som finner sted under tjenesteleveransen.

#### Sentrale funn:

1. Kognitive svekkelser reduserer brukernes helsekompetanse og påvirker både evnen og viljen deres til å delta i samskapingsprosesser på en negativ måte. Dette illustrerer at brukerne ikke nødvendigvis har tilstrekkelige operante ressurser til å delta aktivt i samskaping. Videre synliggjør funnene en sammenheng mellom utilstrekkelige operante ressurser (svekket helsekompetanse) og motivasjon/ vilje til å delta.
2. Brukernes svekkede helsekompetanse illustrerer en grunnleggende innebygd asymmetri mellom de involverte aktørene, med hensyn til operante ressurser. Hvis tjenestetilbyderne ikke klarer å redusere denne asymmetrien gjennom tilstrekkelig tilrettelegging, kan det føre til samødeleggelse av verdi.
3. Svekket helsekompetanse kan påvirke brukernes intensjonalitet og evne til å vurdere verdiutfall på en negativ måte. Brukerne er derfor ikke nødvendigvis kognitivt i stand til selv å avgjøre om hvorvidt de kommer bedre eller dårligere ut av samskapingsprosessene. Det kan derfor være nødvendig at tjenestetilbyderne må spille en større rolle knyttet til vurderingen av hva som er positive eller negative verdiutfall for brukerne, når brukerne ikke er i stand til dette selv. Manglende operante ressurser hos brukerne utfordrer dermed tjenestelitteraturens forståelse av mottakeren som unikt bestemmende av verdi.



### 4.3 Artikkel 3

Skarli, J. B. (2021b). Responsibilization and value conflicts in healthcare co-creation: a public service logic perspective. *Public Management Review*, 1-22.

<https://doi.org/10.1080/14719037.2021.2013070>

Artikkel 3 studerer pårørendes rolle som aktører i samskapingsprosesser og utforsker sammenhenger mellom økt ansvarliggjøring, samødeleggelse og konflikter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Artikkelen er basert på intervjudata og tar utgangspunkt i at pårørende ofte deltar som en svært viktig ressursleverandør på vegne av brukerne, i samskaping av helse- og omsorgstjenester (Jaakkola & Alexander, 2014; Verleye et al., 2014). Samtidig stilles det økende krav og forventninger til at pårørende tar mer ansvar i disse prosessene (Meld. St. 24 (2015–2016), 2016; Meld. St. 29 (2012–2013), 2013). Artikkelen argumenterer derfor for at det er et økende element av ansvarliggjøring av pårørendes rolle i samskapingsprosessene.

Studien synliggjør at når ansvar legges over på pårørende, påvirkes kapasiteten, kapabiliteten og opplevelsen deres av handlingsrom på en negativ måte. Derigjennom svekkes også evnen deres til å integrere ressurser i samskaping. Artikkelen tydeliggjør hvordan kontekstuelle faktorer er sentrale for å forstå konflikter, når individer deltar i samskapingsprosesser sammen med offentlige tjenestetilbydere. Blant annet ved å belyse hvordan sterke følelsesmessige bånd og lojalitetsfølelse mellom brukere og pårørende forsterker presset av tjenestetilbydernes forventninger om deltagelse, gjennom ytterligere å redusere pårørendes opplevelse av muligheten til å kunne velge bort deltagelse.

Artikkelen illustrerer også at samødeleggelse og konflikter ikke bare kan forstås innenfor rammen av aktørers kortsiktige verdiutfall, men også må forstås innenfor et lengre tidsperspektiv. Videre underbygges det at kortsiktig verdi kan komme i konflikt med de langsiktige verdiutfallene til en enkelt aktør. Dette ettersom pårørendes involvering kan øke deres kortsiktige verdi på grunn av positive effekter for brukerne, men samtidig ha betydelige negative effekter for dem selv over tid.

Teoretisk basert på OTL (Osborne, 2021) illustrer artikkelen at samskaping og ansvarliggjøring representerer ulike logikker, i tråd med Anderson et al. (2016), samt at økt ansvarliggjøring av

pårørende kan føre til samødeleggelse av verdi for de involverte aktørene og resultere i, eller forsterke verdikonflikter.

Sentrale funn:

1. Når ansvar legges over på pårørende, påvirkes kapasiteten, kapabiliteten og opplevelsen deres av handlingsrom på en negativ måte. Derigjennom svekkes også evnen deres til å integrere ressurser i samskaping, som igjen kan resultere i samødeleggelse og konflikt.
2. Sterke følelsesmessige bånd og lojalitetsfølelse mellom aktører som er tett knyttet til hverandre forsterker de negative effektene av ansvarliggjøring, gjennom ytterligere å redusere pårørendes opplevelse av handlingsrom.
3. Underbygger at verdi ikke bare forhandles på tvers av aktørene i offentlig tjenester, som påpekt av Osborne (2018), men også mellom kort- og langsiktig verdi for den enkelte aktøren. Redusert handlingsrom som følge av ansvarliggjøring reduserer derimot pårørendes mulighet til å forhandle mellom korte- og langsiktige verdiutfall. Dette vil sannsynligvis svekke evnen til å integrere ressurser over tid og derfor ha en betydelig negativ effekt, både på deres egen og brukernes verdi på lengre sikt.
4. Ulikheten i logikker mellom samskaping og ansvarliggjøring manifesteres gjennom individenes handlefrihet og kapabilitet. Ansvarliggjøring utfordrer derfor OTL sin forståelse av tjenestetilbyderne som fasilitatorer, ved at ansvaret for vellykket ressursintegrasjon og tilrettelegging i større grad legges over på individene.

#### 4.4 Artiklenes bidrag til forskningsspørsmålene

De tre artiklene som ble presentert ovenfor bygger på hverandre og bidrar til å belyse ulike sider av avhandlingens forskningsspørsmål. Artiklenes bidrag til forskningsspørsmålene er oppsummert i tabell 7.

Tabell 7. Artiklenes bidrag til forskningsspørsmålene

Forskningsspørsmål	Artikkel 1 Sammensatte behov og store variasjoner. En studie av brukerorientering i kommunale tjenester til personer med neurologiske tilstander	Artikkel 2 Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users	Artikkel 3 Responsibilization and value conflicts in healthcare co-creation: a public service logic perspective
Hvordan påvirker brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper deres rolle som aktører i samskapingsprosesser?	<p>Gjennom at manglende ressurser hos/ egenskaper ved brukerne medfører at de blir ekskludert fra tilbudene.</p> <p>Dette utfordrer forutsetningen om at brukerne har tilstrekkelige operante ressurser/ egenskaper til å delta aktivt i samskaping.</p>	<p>Ved at kognitive svekkelser reduserer brukernes helsekompetanse og derfor påvirker både evnen og viljen til å integrere ressurser. Dette utfordrer forutsetningene om tilstrekkelige operante ressurser, motivasjon og intensjonalitet.</p> <p>Svekket helsekompetanse kan påvirke brukernes evne til å vurdere verdiutfall og problematiserer dermed forståelsen av brukere som unikt bestemmende av verdi.</p>	<p>Ved å synliggjøre viktigheten av pårørendes rolle når brukerne selv mangler ressurser.</p> <p>Ved at pårørendes kapasitet, kapabilitet og handlingsrom påvirkes på en negativ måte, når økt ansvar legges over på dem. Slik svekkes også evnen deres til å integrere ressurser i samskaping.</p> <p>Ved at sterke følelsesmessige bånd mellom aktørene både påvirker hvordan pårørende opplever verdi og forsterker de negative effektene av ansvarliggjøring ved ytterligere å redusere pårørendes opplevelse av handlingsrom.</p>

<p>Hvilken betydning har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for harmoniperspektivet i samskaping?</p>	<p>Ved å underbygge sammenhenger mellom ressurser hos/ egenskaper ved brukerne og sannsynlig verdiødeleggelse, pga. manglende tilrettelegging fra tjenestetilbyderne.</p>	<p>Gjennom å synliggjøre sammenhenger mellom manglende operante ressurser (svak helsekompetanse) hos brukerne og muligheten for samødeleggelse av verdi.</p>	<p>Ved at konflikter oppstår når pårørendes og brukeres verdiutfall er ulike, samt forsterkes når pårørendes samlede ressurser utfordres og reduserer evnen deres til å integrere ressurser i samskaping.</p> <p>Ved at ansvarliggjøring reduserer pårørendes mulighet til å forhandle mellom korte- og langsiktige verdiutfall, påvirkes pårørendes ressurser negativt. Derfor vil evnen til å integrere ressurser kunne svekkes over tid, ha negativ effekt på både pårørendes og brukernes verdi og lede til, eller forsterke konflikter.</p>
<p>Hvilke implikasjoner har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for tjenestetilbydernes rolle i OTL?</p>	<p>Problematiserer OTL sin forståelse av tjenestetilbyderens rolle og ansvar for tilrettelegging gjennom å påvise empirisk at tjenestetilbyderne velger bort slik tilrettelegging for enkelte brukere.</p>	<p>Manglende operante ressurser hos brukerne synliggjør at en større grad av paternalisme knyttet til vurdering av verdi kan være nødvendig, når brukerne ikke er i stand til dette selv. Derigjennom problematiseres også forståelsen av brukernes og tjenestetilbydernes roller og forholdet mellom dem, innenfor OTL-perspektivet.</p>	<p>Ansvarliggjøring av pårørende utfordrer OTL sin forståelse av tjenestetilbyderens rolle, ved at ansvaret for vellykket ressursintegrasjon i større grad legges over på individene. Dette medfører også at ansvar for tilrettelegging flyttes over på pårørende. Verdifasilitering mister derfor også forklaringskraft i verdiskapingsprosesser under ansvarliggjøring.</p>



## 5. DISKUSJON OG BIDRAG

Innledningsvis presenterte jeg formålet med denne avhandlingen, som er å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes og ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige tjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping. Med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene som ble lagt til grunn for avhandlingen, vil jeg i dette kapittelet diskutere funnene fra de empiriske undersøkelsene, i lys av avhandlingens formål.

### 5.1 Hvordan påvirker brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper deres rolle som aktører i samskaping?

I denne delen vil jeg først diskutere hvordan ressursene og egenskapene til sårbare brukere påvirker rollen deres i samskaping, med utgangspunkt i de fire forutsetningene som ligger til grunn for forståelsen av brukere som aktører i OTL. Videre diskuteres det hvordan pårørendes rolle kan forstås med bakgrunn i både brukernes og deres egne ressurser og egenskaper.

#### 5.1.1 Brukernes ressurser, egenskaper og deres rolle i samskaping

Som tidligere beskrevet forstår tjenestelitteraturen ressursintegrasjon som en kunnskapsdrevet samarbeidsprosess (Peters et al., 2014), hvor det er aktørens operante ressurser som gjør dem i stand til å ta del i verdiskaping med andre (Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020). De empiriske undersøkelsene i denne avhandlingen viser at brukerne kan mangle tilstrekkelige operante ressurser til å delta aktivt i samskappingsprosessene. Undersøkelsene støtter dermed opp om tidligere studier som påpeker at svak helsekompetanse kan være et hinder for etableringen av gode samarbeidsrelasjoner mellom brukere og tjenestetilbydere (f.eks. (Hironaka & Paasche-Orlow, 2008; Porr et al., 2006)). I artikkel 1 kommer dette til uttrykk gjennom at svak helsekompetanse<sup>11</sup> (f.eks. kognitive svekkelser og språklige vansker) og/ eller egenskaper ved brukerne, (psykisk lidelse eller rusavhengighet), førte til at brukere ble ekskludert fra tilbudene.

---

<sup>11</sup> I artikkel 1 benyttes ikke begrepet helsekompetanse eksplisitt. Jfr. definisjonen av begrepet i denne avhandlingen, forstås kognitive svekkelser og språkvansker som uttrykk for svekket helsekompetanse.

I artikkel 2 illustreres brukernes manglende operante ressurser gjennom at kognitive svekkelser reduserer helsekompetansen deres. Blant annet ved å svekke evnen til å behandle og forstå informasjon. Noe som medfører at det er utfordrende for brukerne å samhandle med tjenestetilbyderne. Derfor har svak helsekompetanse også en betydelig negativ effekt både på brukernes evne og vilje til å delta aktivt i samskaping. Videre synliggjør funnene at brukernes operante ressurser påvirker både motivasjonen, handlingsrommet og intensjonaliteten deres som ressursintegratorer. Dette understreker ytterligere viktigheten av at brukerne har tilstrekkelig operante ressurser for å kunne delta aktivt i samskaping. Artikkel 2 støtter opp om tidligere studier som finner sammenhenger mellom svekkelser som følger av sykdommen og brukeres manglende villighet til å delta (f.eks. (Arnetz et al., 2008)). Hvilket kommer til uttrykk gjennom at brukerne kan oppleve deltagelse som krevende, stressende og nedverdiggende. Dette fordi de selv erfarer at de ikke er i stand til å delta på en aktiv og likeverdig måte og derfor heller ikke ønsker å delta. Slik etablerer dette funnet en sammenheng mellom brukernes manglende operante ressurser og svekket motivasjon for å delta. Manglende evne til å delta på en god måte utfordrer samtidig forutsetningen om brukerens handlingsrom, siden brukerne selv ikke opplever det som en reell mulighet å delta aktivt og som en likeverdig aktør (jfr. (Schneider, 1998)).

Artikkel 2 illustrerer også at brukernes svekkede helsekompetanse kommer til uttrykk gjennom redusert virkelighetsorientering og problemer med å uttrykke egne behov og representere egne interesser. Dette illustreres blant annet gjennom beskrivelser av at brukere mangler evnen til å ta langsiktige perspektiver rundt egen sykdomssituasjon og fremtidsutsikter, samt knyttet til å ta valg og forstå konsekvensene av disse. Noe som også får utslag i at brukerne ikke alltid har klare forhåndsbestemte forestillinger om sine egne mål. Disse funnene knytter en sammenheng mellom brukernes manglende operante ressurser og redusert intensjonalitet. Videre underbygger funnene at det ikke er gitt at sårbare brukerne har tilstrekkelig intensjonalitet til å til å handle målrettet og vurdere måloppnåelse, slik som forutsatt i OTL. Samtidig kan brukernes problemer med å uttrykke egne behov og manglende forestillinger om sine egne mål, også ha ytterligere implikasjoner. Dette fordi brukerne heller ikke nødvendigvis vil være kognitivt i stand til selv å avgjøre hvorvidt de kommer bedre eller dårligere ut av samskappingsprosessene. Hvilket viser at det ikke er gitt at brukerne selv er i stand til å vurdere verdiutfall. I tråd med forståelsen av verdi som i hvilken grad brukeren selv opplever å få det bedre eller dårligere (Grönroos & Voima, 2013), har dette viktige følger. For det første tydeliggjør det at manglende operante ressurser er av betydning for brukernes evne til å

bestemme og vurdere verdi. Samtidig påvirker det også intensjonaliteten deres i denne sammenhengen. Dette på grunn av svekket evne til å gjennomføre handlinger som er ment, eller gjort med vilje (jfr. (Malle et al., 2001)). Som tidligere beskrevet er brukernes operante ressurser viktige for motivasjonen deres, knyttet til å integrere ressurser. Dette peker i retning av at brukernes manglende operante ressurser er en faktor som også kan være av betydning for motivasjonen deres knyttet til å vurdere og definere verdi.

For det andre har erkjennelsen av at det ikke er gitt at brukerne selv er i stand til å vurdere verdi, betydelige implikasjoner for forståelsen av hvordan verdi kan bestemmes og defineres. Grunnen til det er at brukernes manglende evne til å vurdere verdi, problematiserer tjenestelitteraturens forståelse av verdi som subjektivt bestemt av mottakeren (jfr. bl.a. (Grönroos, 2011; Vargo et al., 2008)). For OTL-perspektivet, hvor brukeren forstås å ha enerett på å definere hva som faktisk er verdi for dem selv, har dette viktige følger. For det første illustrerer det et behov for å videreutvikle den konseptuelle forståelsen av hvem som kan bestemme og definere verdi innenfor OTL-perspektivet. For andre kan dette forstås å ha viktige implikasjoner for forståelsen av tjenestetilbyderens rolle, hvilket utdypes videre under punkt 5.3.

De empiriske funnene viser at brukernes ressurser og egenskaper er viktige for å forstå sårbare brukeres rolle som aktører i samskaping. Dette fordi det påvirker både evnene og motivasjonen deres for å delta i slike prosesser. Disse funnene belyser videre at de fire underforståtte forutsetningene knyttet til brukernes ressurser og egenskaper som aktør i OTL, ikke nødvendigvis er til stede hos sårbare brukere. Derfor kan de heller ikke uten videre forutsettes i samskappingsprosesser med sårbare brukergrupper. Funnene utfordrer derfor også oppfatningen av brukere i helsetjenestene som fordelssøkende aktører (jfr. bl.a. (McColl-Kennedy et al., 2015; Sweeney et al., 2015)). En aktiv bruker forutsetter som nevnt en aktiv kognitiv og atferdsmessig ytelse (McColl-Kennedy et al., 2012). Noe brukerne ikke nødvendigvis er i stand til. Dermed synliggjøres det også at OTL-perspektivets forståelse av brukerne som aktive deltakere (Osborne, 2018), ikke nødvendigvis er tilstrekkelig nyansert til å favne sårbare brukere som aktører i samskappingsprosesser.

I tabell 8 presenteres en revidert utgave av tabell 2, som oppsummerte de fire forutsetningene som avhandlingen har argumentert for at ligger til grunn for forståelsen av brukere som aktører i OTL. Den reviderte tabellen presenterer hvordan de empiriske funnene problematiserer disse



fire nevnte forutsetningene og dermed forståelsen av brukere som aktører, i OTL-perspektivet. Som det kommer frem av tabellen, kobler de empiriske funnene brukernes svekkede helsekompetanse til manglende oppfyllelse av alle de fire forutsetningene om brukeren som aktør.

Tabell 8. En revidert forståelse av brukeren som aktør i OTL

	<b>Intensjonalitet</b>	<b>Operante ressurser</b>	<b>Handlingsrom</b>	<b>Motivasjon</b>
<b>Bruker som ressurs-integrator</b>	Ikke nødvendigvis tilstrekkelig til å til å handle målrettet og vurdere måloppnåelse pga. svekkede kognitive evner/ svak helsekompetanse	Ikke nødvendigvis tilstrekkelige til å delta aktivt og likeverdig pga. svak helsekompetanse	Redusert grunnet opplevelse av manglende mulighet til å delta aktivt og likeverdig, pga. svak helsekompetanse	Ikke nødvendigvis tilstrekkelig pga. svak helsekompetanse
<b>Bruker som verdi-definerende aktør</b>	Ikke nødvendigvis tilstrekkelig til å vurdere om de kommer bedre eller dårligere ut pga. svekkede kognitive evner/ helsekompetanse	Ikke nødvendigvis tilstrekkelige til å bestemme/definere verdi, pga. svak helsekompetanse	Kan være fraværende grunnet manglende evne til å vurdere verdi, pga. svak helsekompetanse	(Kan trolig påvirkes av manglende operante ressurser/ svak helsekompetanse)

### 5.1.2 Pårørendes rolle og viktigheten av kontekstuelle faktorer

De empiriske funnene illustrerer at sårbare brukerne kan mangle tilstrekkelige operante ressurser til å delta som aktive og likeverdige aktører i samskaping. Funnene støtter dermed også argumentet om at pårørendes rolle i verdiskaping for sårbare brukere (Verleye et al., 2014), i stor grad kan forstås med bakgrunn i brukernes ressurser og egenskaper. Samtidig understreker disse funnene viktigheten av pårørendes deltagelse som representant for sårbare brukere (jfr. (Sorrentino et al., 2017)) og synliggjør hvorfor pårørende ofte er svært sentrale aktører både i beslutningsprosesser og i å imøtekomme både brukerne og tjenestetilbydernes forventninger, i en slik kontekst (jfr. (Institute of Medicine, 2001; Lewin et al., 2001)).

Samtidig som relevansen og viktigheten av pårørendes rolle i denne sammenhengen i stor grad kan tilskrives ressursene hos og egenskaper ved brukerne, belyser artikkel 3 viktigheten av å forstå hvordan konteksten av pårørendes livssituasjon kan påvirke både evnen deres til å integrere ressurser og opplevelsen av handlingsrom og verdi. Studien støtter tidligere bidrag som viser at pårørende i tillegg til å representere brukerne, ofte også har svært omfattende omsorgsoppgaver (f.eks. (Reinhard et al., 2008), med begrenset mulighet for avlastning. Funn viste at omfattende omsorgsoppgaver ofte har stor innvirkning på pårørendes livskvalitet, helsesituasjon og evne til å fungere godt i dagliglivet. Noe som ofte medfører vedvarende angst for situasjonen de er i, søvnmangel og begrenset mulighet til å ivareta seg selv og sine interesser. Samtidig ble det tydeliggjort at pårørende og brukere kan ha motstridende oppfatninger av blant annet behandlingsmål, brukernes evner og valgfrihet. Dette medførte at det oppsto konflikter mellom pårørende og brukere, som også bidro til økt stress for de pårørende. Når belastningen på pårørende blir så stor at pårørendes totale kapasitet og kapabilitet utfordres, reduseres også evnen deres til delta effektivt i samskapingsprosessene. Dette viser at pårørendes evne til å fylle den viktige rollen som representant og ressursleverandør for brukeren i samskaping, som tidligere nevnt må forstås med bakgrunn i deres egne ressurser og den konteksten de befinner seg i. En kontekst som for de pårørende ofte kjennetegnes av tunge omsorgsoppgaver som påvirker den totale livssituasjonen deres på en negativ måte, blant annet gjennom svekket livskvalitet og helsetilstand, samt negative sosiale effekter.

Artikkel 3 belyser ytterligere viktigheten av kontekstuelle faktorer i ressursintegrasjon, i samskapingsprosesser som involverer nære og følelsesmessig tilknyttede aktører på mikronivå. Dette ved at de sterke følelsesmessige båndene og lojalitetsfølelsen mellom pårørende og bruker, forsterker presset av tjenestetilbydernes forventninger om deltagelse. Dermed reduseres pårørendes opplevelse av muligheten til å velge bort slik deltakelse. Fraværet av handlingsrom blir dermed ytterligere forsterket i konteksten av sterk følelsesmessig tilknytning mellom de involverte aktørene. Gjennom å vise hvordan nære relasjoner og følelsesmessige bånd mellom aktører kan påvirke deres ressursintegrasjon, bidrar dette funnet til økt kunnskap om hvordan aktører får sin mening fra de kontekstene de er en del av. Og dermed også hvordan ressursintegrasjon må forstås innenfor en slik kontekst (jfr.(Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020)).

Videre illustreres det i artikkel 3 at konteksten av nære og følelsesmessige bånd mellom pårørende og brukere, også har betydning for hvordan de definerer og opplever verdi. Fordi det har positive effekter for brukerne, gjør den nære tilknytningen mellom aktørene at pårørende kan oppleve deltakelse som verdifull, selv om det har en direkte negativ effekt på pårørendes egen livskvalitet og «well-being». Hvilket demonstrerer at aktørers opplevelse av verdi ikke nødvendigvis er begrenset til utfall som kun direkte påvirker dem selv, men og kan inkludere andre aktørers verdiutfall. Dette er derfor et viktig funn i lys av tjenesteforskningens forståelse av verdi i tilknytning til relasjoner og kontekstuelle faktorer (jfr. bl.a. (Vargo et al., 2008)). Det er også et viktig funn knyttet til argumentet om at en persons opplevelse av verdi hviler på livserfaringene til personen innenfor OTL-perspektivet, som beskrevet av Osborne (2018). Dette fordi funnet bidrar med økt kunnskap om hva individer verdsetter, hvilket er anerkjent som viktig i OTL (jfr. (Alford, 2016)).

Funnene i denne avhandlingen avdekker at manglende ressurser og egenskaper hos brukerne medfører at de ofte ikke er i stand til å delta som aktive og likeverdige aktører i samskaping, slik som forutsatt i OTL-perspektivet. Samtidig er det nettopp disse manglende ressursene hos og egenskapene ved brukerne, som medfører at pårørendes rolle knyttet til verdiskaping for brukeren, blir svært sentral og viktig i denne sammenhengen. Samtidig må pårørendes evne til å fylle denne viktige rollen, forstås både med bakgrunn i deres egne ressurser og den konteksten de befinner seg i. Hvilket utdypes nærmere i neste del.

## **5.2 Hvilken betydning har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for harmoniperspektivet i samskaping?**

Som tidligere påpekt i denne avhandlingen, har litteraturen i liten grad problematisert sammenhenger mellom brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Som det ble illustrert i tabell 8 problematiserte de empiriske funnene forutsetningene som ligger til grunn for brukere som aktører i OTL. Som det fremgikk her, kobler de empiriske funnene svak helsekompetanse til manglende oppfyllelse av disse forutsetningene. Samtidig viser disse funnene viktigheten av pårørendes rolle, når brukerne har svekket helsekompetanse. I det følgende diskuteres det derfor først hvordan brukernes svekkede helsekompetanse og deretter hvordan ansvarliggjøring av pårørende, kan lede til samødeleggelse og/ eller konflikt og dermed utfordre harmoniperspektivet i samskaping.

### 5.2.1 Svekket helsekompetanse og negative verdiutfall

Artikkel 2 fant at svak helsekompetanse har en direkte negativ effekt på brukernes verdi. Grunnen til dette er at de opplever deltakelse som stressende og nedverdiggende. Noe som også førte til frustrasjon og at brukerne følte seg umyndiggjort. Dermed ble også deres «well-being» eller verdi bruk, redusert. Slik tydeliggjøres en sammenheng mellom svak helsekompetanse og direkte negative verdiutfall for brukeren. Disse funnene illustrerer derfor at når involverte aktører mangler visse ressurser, vil det kunne føre til samødeleggelse av verdi (jfr.(Engen et al., 2020; Smith, 2013)). Samtidig viste funn i artikkel 2 at brukerne opplevde deltagelse som tryggere og enklere hvis pårørende deltok sammen med dem. Dette understreker ytterligere viktigheten av pårørendes rolle i samskaping med sårbare brukere, ved at pårørendes deltagelse kan forebygge negative prosesser og verdiutfall for brukerne.

Svak helsekompetanse ble også funnet å redusere brukernes evne til å delta aktivt i samskaping, noe som igjen resulterte i dårligere tjenester og redusert verdi for brukerne. Svekket helsekompetanse kan derfor forstås som et uttrykk for manglende operante ressurser hos kognitivt svekkede og sårbare brukere, som påvirker både evnen og viljen deres til å delta i samskappingsprosesser for å skape verdi. I litteraturen påpekes det at realisering av verdi er avhengig av at aktørene er forberedt på og i stand til effektivt å utnytte muligheten for å skape verdi (Vafeas et al., 2016). Svekket helsekompetanse kan forstås nettopp som et uttrykk for at brukerne ikke er så godt forberedt til å utnytte en slik mulighet. På grunn av manglende operante ressurser har sårbare brukere ofte behov for betydelige individuelle tilpasninger av tjenestene, for at verdi skal kunne skapes for dem (Skarli, 2018). Derfor er også brukernes deltagelse og stemme inn mot egne tjenester svært viktig for at verdi skal skapes, eller i det minste ikke reduseres for brukerne. Noe som avdekker en utpreget kompleksitet i konteksten av sårbare brukere. Dette fordi brukernes svake helsekompetanse nettopp forsterker viktigheten av at brukerne deltar, samtidig som det også er årsaken til at de ikke er i stand til å delta i tilstrekkelig grad.

Eksemplifisert ved at brukere ble ekskludert fra tilbud på bakgrunn av svak helsekompetanse (artikkel 1), er det likevel grunn til å spørre hvorvidt svak helsekompetanse skal forstås som et uttrykk for at det er brukernes manglende operante ressurser som resulterer i samødeleggelse. Eller om slik samødeleggelse snarere må forstås som et uttrykk for at tjenestetilbyderen ikke klarer å tilby tjenestetilbud som brukerne er i stand til å nyttiggjøre seg, for å skape verdi (jfr.

(Engen et al., 2020)). I et OTL-perspektiv kan det være naturlig å helle mot sistnevnte, da det her er tjenestetilbyderens oppgave å etablere og tilby tjenestetilbud, samt å tilrettelegge for verdiskapingsprosessen (Osborne, 2021). Samtidig kan det argumenteres for at en manglende problematisering av brukernes ressurser og egenskaper som aktører i OTL, også reflekteres i manglende problematisering av tjenestetilbyderens rolle. Hvor en problematisering av brukernes ressurser og egenskaper som aktører, også avdekker en økt kompleksitet knyttet til tilrettelegging for verdiskapingsprosessen.

De negative prosessene og effektene som kan oppstå på bakgrunn av brukernes svekkede helsekompetanse, understreker ytterligere hvorfor pårørendes rolle kan være så viktig i konteksten av sårbare brukere. Som beskrevet under punkt 5.1.2 må pårørendes evne til å fylle denne rollen, forstås med bakgrunn i deres egne ressurser og den konteksten de befinner seg i. Artikkel 3 tydeliggjør at ansvarliggjøring er en viktig kontekstuell faktor i denne sammenheng. Dette fordi ansvarliggjøring representerer et forhold i pårørendes omgivelser, som kan forsterke presset på de pårørende og slik utfordre pårørendes egne ressurser, kapasitet og handlingsrom (jfr. (Bandura, 2001; Edvardsson et al., 2014). Dette utdypes i det følgende.

### 5.2.2 Ansvarliggjøring, samødeleggelse og konflikt

Ansvarliggjøring kommer til uttrykk gjennom tjenestetilbydernes manglende anerkjennelse av pårørendes synspunkter og behov. Når ansvar legges over på pårørende får deres manglende evne til å oppfylle tjenestetilbyderens forventninger, derfor en direkte negativ innvirkning på opplevd verdi i bruk. Slik etableres dermed en sammenheng mellom ansvarliggjøring og samødeleggelse.

Funnene viste at stor omsorgsbyrde skaper spenninger og konflikter mellom brukere og pårørende, spesielt når de pårørende ikke har mulighet for avlastning. Pårørendes behov og konfliktene som følger av disse, blir imidlertid sjelden anerkjent av brukerne i denne studien. Dette illustrerer at motstridende verdiutfall kan eksistere uten å bli anerkjent av alle involverte aktører. Funnene avdekker videre at konflikter i stor grad kan unngås dersom pårørende har en mulighet til å velge bort deltagelse, når grensene for deres kapasitet og kapabilitet blir utfordret. Men, på grunn av tjenestetilbydernes forventninger opplever pårørende at de ikke har mulighet til å velge bort deltagelse. Slik synliggjøres en sammenheng mellom ansvarliggjøring og

manglende handlingsrom (jfr. (Anderson et al., 2016; Hibbard et al., 2016). Sammenhengen mellom ansvarliggjøring og manglende handlingsrom understrekes videre gjennom at pårørendes kortsiktige verdiutfall kan komme i konflikt med langsiktige verdiutfall. Et funn, som sett fra OTL-perspektiv, viser at verdi ikke bare forhandles på tvers av aktørene for en offentlig tjeneste, som Osborne (2018) påpeker, men også mellom kortsiktige- og langsiktige verdiutfall for den enkelte aktøren. Når aktørene tillegges økt ansvar, faller derimot handlingsrommet knyttet til å forhandle mellom disse verdielementene bort.

Kravene til pårørende øker ofte over tid (Mitchell et al., 2015), samtidig som stor omsorgsbyrde er relatert til sosial isolasjon, lav livskvalitet og til og med en forverret økonomisk situasjon (Guilabert et al., 2018). I et lengre tidsperspektiv kan derfor pårørendes begrensede handlingsrom ha en økende negativ effekt på deres verdi i bruk, så vel som deres evner til å integrere ressurser i samskapingsprosesser. Pårørende har en svært viktig rolle som ressursleverandør på vegne av sårbare brukere (Verleye et al., 2014). Derfor vil pårørendes reduserte evne til å delta i samskaping, også kunne ha betydelige og økende negative effekter på brukernes verdiutfall over tid. Dette tydeliggjør dermed en sammenheng mellom pårørendes manglende handlingsrom som følge av ansvarliggjøring, deres ressurser og verdiødeleggelse og konflikt.

De empiriske funnene illustrerer at brukere ofte opplever pårørende som mer verdifulle omsorgspersoner enn de kommunale tjenesteyterne. Dette begrunner brukerne i behovet for privatliv og opplevelse av trygghet. Når pårørende overlater mer ansvar til tjenestetilbyderne, kan det derfor ha negativ innvirkning på hvordan brukerne opplever sin egen livssituasjon, samtidig som det gir økt verdi for pårørende, fordi de opplever en reduksjon i omsorgsbyrde. Et poeng som for det første demonstrerer sameksistensen av positive og negative verdiutfall, ved at noe som reduserer verdien for en aktør, samtidig skaper verdi for andre (jfr. (Mahajan, 2019). For det andre belyser det hvordan de sterke følelsesmessige båndene og lojalitetsfølelsen mellom aktørene, forsterker presset av tjenestetilbydernes forventninger og dermed reduserer pårørendes opplevelse av en reell mulighet til å velge bort deltakelse. Fravær av handlingsrom blir dermed ytterligere forsterket i denne konteksten.

Et interessant poeng i denne sammenhengen er at litteraturen har påpekt at samødeleggelse kan skje på grunn av manglende ressursintegrering eller bruk av ressurser på en måte som er u hensiktsmessig og ikke er forventet av en annen aktør (Plé & Chumpitaz Cáceres, 2010). Som

de empiriske funnene viser må kriteriet om uhensiktsmessighet forstås som oppfylt, ved at aktørene gjennom å integrere ressurser får redusert verdi i bruk. Man kan derimot argumentere for at samødeleggelse som følger av ansvarliggjøring, kommer som en følge av at pårørende nettopp handler som forventet, ved å forsøke å leve opp til tjenestetilbydernes forventninger. Selv når de ikke evner å gjøre det på en god måte, eller det har negative effekter for dem selv. En ulikhet som belyser hvordan ansvarliggjøring kan føre til negative prosesser og utfall, både for pårørende og brukere. Dette gjennom tjenestetilbyderens forventninger til at pårørende deltar utover det de selv ønsker eller har kapasitet til. Slik utfordres også den grunnleggende logikken i samskaping. Hvor samskaping nettopp forstås som et partnerskap innenfor rammene av individenes egne preferanser og kapasitet (jfr. (Hibbard et al., 2016)).

Med bakgrunn i de empiriske funnene knytter avhandlingen svak helsekompetanse hos brukerne og ansvarliggjøring av pårørende til samødeleggelse og konflikt. Dermed kastes det også lys over hvordan et mer nyansert bilde av brukeren som aktør, også problematiserer den grunnleggende antagelsen om positive prosesser og utfall i interaksjoner mellom aktører og dermed også harmoniperspektivet i samskaping (jfr. (Echeverri & Skålén, 2011; Plé & Chumpitaz Cáceres, 2010)).

Litteraturen påpeker at hvis tjenestetilbyderne ikke klarer å tilby tjenestetilbud som brukerne kan bruke for å skape verdi, eller unnlater å anerkjenne brukernes ressurser og deres bruk av disse, kan det lede til negative prosesser og utfall (Engen et al., 2020). Innenfor samskapingstradisjonen forstås derfor brukernes og pårørendes mislykkede ressursintegrering i større grad som en refleksjon av svakheter hos tilbyderen, snarere enn hos aktørene på brukersida (Anderson et al., 2016). Noe som peker i retning av at hvorvidt manglende ressurser hos og egenskaper ved brukere og pårørende fører til verdiødeleggelse og konflikter, i stor grad vil avhenge av tjenestetilbydernes evne til å tilrettelegge godt nok for verdiskapingsprosessene. Hvilket leder over til spørsmålet om hvilke implikasjoner brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper har for tjenestetilbydernes rolle i OTL.

### **5.3 Hvilke implikasjoner har brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper for tjenestetilbydernes rolle i OTL?**

Spørsmålet om hvilke implikasjoner brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper har for tjenestetilbydernes rolle, må forstås med bakgrunn i at det ifølge OTL er tjenestetilbyderens oppgave å tilby tjenestetilbud, samt å tilrettelegge for verdiskapingsprosessen (Osborne, 2021). Gjennom problematiseringen av brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper som aktører, avdekker denne avhandlingen en økt kompleksitet knyttet til samskapingsprosessene. En kompleksitet som også har viktige følger både for innholdet i, og for forståelsen av tjenestetilbydernes rolle innenfor OTL-perspektivet.

Samskaping som en ressursintegrasjonsprosess innebærer at brukerne aktivt må bidra kognitivt eller atferdsmessig for å kunne skape verdi (McCull-Kennedy et al., 2012; Zainuddin et al., 2016). Derfor må brukerne også ha gode nok ferdigheter og kunnskap til å gjøre dette (Kaarremo & Känsäkoski, 2018). Brukernes ferdigheter og kunnskap bør derfor også være et hovedanliggende for tjenestetilbyderne, i konteksten av sårbare brukere. Funnene i artikkel 1 og 2 illustrerer at det er en omfattende og grunnleggende asymmetri mellom tjenestetilbyderne og brukerne når det kommer til kunnskap, ferdigheter og kompetanse med hensyn til å kunne bli effektivt involvert i samskapingsprosessene. Derfor er det også nødvendig at tjenestetilbydernes tilrettelegging må ha en grunnleggende målsetning om å redusere denne asymmetrien, slik at brukerne gjøres i stand til å delta på en god måte. Et argument som ytterligere styrkes av viktigheten av brukernes deltagelse og stemme inn mot egne tjenester når brukerne mangler operante ressurser, som beskrevet i punkt 5.2.1. Undersøkelsene har også synliggjort at brukernes operante ressurser ikke bare er viktig i seg selv, men også er en viktig faktor for å forstå brukernes intensjonalitet, motivasjon og handlingsrom. Dette fremhever viktigheten av tjenestetilbydernes innsats for å redusere asymmetrien knyttet til brukernes ressurser. Alford (2016) påpekte at tjenestetilbyderne må anerkjenne hva individer verdsetter og gi dem dette tilbake, for å sikre brukernes deltagelse. Betydningen av brukernes operante ressurser på deres motivasjon, er et viktig bidrag på veien mot en slik anerkjennelse.

Svak helsekompetanse medfører som beskrevet også at brukerne ikke alltid har klare forhåndsbestemte forestillinger om sine mål. Derfor blir det også viktig å etablere et visst nivå av intensjonalitet og bevissthet knyttet til hva som er verdifullt for brukeren selv. For



tjenestetilbyderne innebærer dette at tilrettelegging bør ha et grunnleggende fokus på å tydeliggjøre brukerens egne mål, for at måloppnåelse skal kunne skje.

Funnene knyttet til at det ikke er gitt at brukerne er kognitivt i stand til å vurdere hva som er viktig for dem selv og dermed å avgjøre om de faktisk kommer bedre eller dårligere ut, har viktige følger for tjenestetilbyderens rolle. Dette fordi det innebærer at det kan være nødvendig at tjenestetilbyderne må spille en større rolle knyttet til vurderingen av hva som er positive eller negative verdiutfall for brukerne. Brukere som mangler kognitive og viljemessige evner, kan ønske å slippe å ta vanskelige beslutninger. Også når de ikke vil at beslutninger skal tas på vegne av dem, kan de være ute av stand til å ta disse selv (Neill, 1984). I det første tilfellet, hvor brukerne ønsker å slippe og ta vanskelige valg, kan man argumentere for at en større rolle for tjenestetilbyderen knyttet til å vurdere verdi, kan forstås som en del av tjenestetilbydernes tilrettelegging av samskapingsprosessene. Altså, som en oppgave som følger naturlig som en del av tjenestetilbydernes fasiliteringsansvar i OTL (jfr. (Osborne, 2018, 2021)). I det siste tilfellet, hvor brukerne ikke er i stand til å ta beslutninger, blir bildet derimot mer komplisert. Forståelsen av brukeren som den grunnleggende analyseenheten i OTL (Osborne, 2018), utfordrer som tidligere beskrevet mer paternalistiske og asymmetriske tilnærminger, som i større grad er leverandørbestemte enn bruker- eller medbestemte (jfr. (Thompson, 2007)). Manglende operante ressurser hos brukerne peker derimot i retning av at en større grad av paternalisme knyttet til vurdering av verdi, kan være nødvendig når brukerne ikke er i stand til dette selv.

I denne sammenhengen kan det riktignok argumenteres for at pårørende kunne og burde spille en sentral rolle. Dette argumentet er likevel ikke helt uproblematisk. For det første har ikke alle pårørende evner, kapasitet, eller et ønske om å være involvert (Meld. St. 29 (2012–2013), 2013). En forventning om at pårørende skal ha en sentral rolle i denne sammenhengen, kan også forstås som et uttrykk for en ytterligere ansvarliggjøring av allerede tungt belastede pårørende. Noe som i tråd med tidligere beskrivelser kan føre til konflikter og negative verdiutfall, både for pårørende og brukeren. I denne konteksten er det derfor også et viktig poeng at pårørende må forstås som en del av brukersida i tjenestene (jfr.(Rønning & Solheim, 1998)). Dette fordi tjenestetilbydernes ansvar for å tilrettelegge for verdiskaping, også må forstås å omfatte de pårørende. Derfor vil det også fra tjenestetilbydernes perspektiv kunne være uheldig å pålegge pårørende en sentral rolle i denne sammenhengen, hvis pårørende ikke har evner, kapasitet, eller selv et ønske om å være involvert.

For det andre, så har ikke alle brukere nødvendigvis pårørende som kan involveres. Dermed kan det å legge ansvaret for å bestemme og vurdere verdi over på aktørene på brukersida også være problematisk, fordi det kan føre til en ulikhet i tilgangen til omsorg (jfr. (Thomson et al., 2005)). Til tross for den viktige rollen de pårørende kan spille i denne sammenhengen, er det derfor et viktig poeng at ansvaret for å ta hensyn til brukernes evner og tilpasse tjenestene til brukeren, ligger hos tjenestetilbyderen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), uavhengig av om pårørende er involvert eller ikke.

Manglende operante ressurser hos brukerne utfordrer dermed ikke bare tjenestelitteraturens forståelse av individer som unikt bestemmende av verdi. I forlengelsen av dette synliggjør det også at en større grad av paternalisme knyttet til vurdering av verdi, i noen tilfeller kan være nødvendig. Derigjennom problematiseres også den grunnleggende forståelsen av brukernes og tjenestetilbydernes roller og forholdet mellom dem, innenfor OTL-perspektivet.

Anderson et al. (2016) påpekte at samskaping og ansvarliggjøring representerer to ulike logikker, et poeng som også har viktige implikasjoner for forståelsen av tjenestetilbyderens rolle i OTL. Som beskrevet i kapittel 2.4, bygger OTL på de tre konseptene verdifasilitering, samskaping og verdiskaping, som alle utgjør ulike former for ressursintegrasjon. En økende ansvarliggjøring av pårørende innebærer derimot at de pårørende forventes å ta ansvar for oppgaver som tidligere har vært tillagt tjenestetilbyderne (Clarke, 2005; Juhila, Raitakari & Hall, 2016). Ved at pårørende tillegges økt ansvar, blir også risiko flyttet over fra tilbyderne til pårørende (jfr. (Harris & White, 2013)). Dette innebærer at negative prosesser og verdiutfall forstås som en refleksjon av pårørendes egenskaper, snarere enn et resultat av manglende tilrettelegging av tjenestetilbyderen (Anderson et al., 2016). En følge av økt ansvarliggjøring er dermed at tilretteleggingsansvaret flyttes over fra tjenestetilbydere til pårørende. Dette medfører at verdifasilitering, forstått som tjenestetilbyderens tilrettelegging (jfr. (Grönroos & Voima, 2013)), mister forklaringskraft i verdiskapingsprosesser under ansvarliggjøring.

## 5.4 Samlet bidrag og videre forskning

Formålet med denne avhandlingen har vært å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes og ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige tjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping.

Gjennom de empiriske studiene av samskapingsprosesser med sårbare brukere og deres pårørende på mikronivå, har avhandlingen problematisert grunnleggende forutsetninger om brukere som aktører i OTL og undersøkt implikasjoner av denne problematiseringen. Avhandlingen finner at sårbare brukere ofte mangler ressurser og egenskaper som gjør de i stand til å delta som aktive og likeverdige aktører i samskaping. Videre må pårørendes viktige rolle som aktør i denne konteksten, nettopp forstås med bakgrunn i brukernes manglende ressurser og egenskaper. Samtidig tydeliggjøres det at pårørendes evne til å fylle denne rollen også må forstås i sammenheng med deres egne ressurser og egenskaper, samt den konteksten de befinner seg i. Videre har avhandlingen knyttet svak helsekompetanse hos brukerne og ansvarliggjøring av pårørende til samødeleggelse og konflikt og derigjennom underbygget en sammenheng mellom brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Avslutningsvis har arbeidet synliggjort flere viktige implikasjoner av de empiriske funnene, med hensyn til tjenestetilbydernes rolle i OTL.

Avhandlingen har svart på forespørsler i litteraturen knyttet til behovet for empiriske studier av samskaping i brukermøter på mikronivå (Hardyman et al., 2015; Joiner & Lusch, 2016; Osei-Frimpong et al., 2015; Sweeney et al., 2015). Som beskrevet i avhandlingens innledning, er samskapingsprosesser knyttet til tjenesteleveranse, viktige for å forstå verdiskaping i tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere. Gjennom studiet av slike samskapingsprosesser bidrar derfor avhandlingen til å utvikle forståelsen av brukere og pårørende som aktører, og til å øke kunnskapen om verdiskaping, verdiødeleggelse og konflikt, i samskaping og tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere.

Avhandlingen gir et første bidrag gjennom å identifisere fire forutsetninger som ligger til grunn for forståelsen av brukere som aktører i OTL. Ved å problematisere disse forutsetningene gjennom de empiriske undersøkelsene av sårbare brukere og deres pårørende, bidrar avhandlingen til tjenstelitteraturen gjennom å utvikle den konseptuelle forståelsen av brukere og pårørende som aktører i OTL-perspektivet. Slik bidrar også avhandlingen til økt kunnskap

om det svært sentrale, men likevel underteoretiserte aktørbegrepet i tjenestelitteraturen (jfr.(Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020)). Et sentralt bidrag i denne sammenhengen er at det ikke er gitt at brukerne er i stand til å selv å vurdere verdiutfall. Dette problematiserer tjenestelitteraturens forståelse av verdi som subjektivt bestemt av mottakeren (jfr. bla. (Grönroos, 2011; Vargo et al., 2008) og OTL-perspektivets forståelse av brukerne som unike, verdiopplevende og verdidefinerende aktører, i tråd med Koskela-Huotari og Siltaloppi (2020).

Gjennom å belyse hvordan brukernes manglende operante ressurser påvirker samskappingsprosesser, bidrar avhandlingen videre til å klargjøre hvordan kognitiv avstand mellom tjenestetilbyderne og brukere kan hemme verdiskaping (jfr. (Kaartemo & Känsäkoski, 2018; Palumbo, 2016)) og til å tette påpekte kunnskapshull knyttet til samskaping med sårbare og uvillige tjenestebukere (jfr. (Dietrich et al., 2017; Osborne, 2018).

Avhandlingen viser videre at brukerne kan mangle tilstrekkelige operante ressurser til å delta aktivt i samskappingsprosessene, og at operante ressurser er av sentral betydning også for brukernes motivasjon og intensjonalitet. Gjennom disse funnene bidrar avhandlingen til OTL ved å vise at forståelsen av brukerne som aktive og likeverdige deltakere (Osborne, 2018), ikke nødvendigvis er tilstrekkelig nyansert til å favne sårbare brukere i samskappingsprosesser.

Avhandlingen illustrerer hvordan nære relasjoner og følelsesmessige bånd mellom aktører kan påvirke deres ressursintegrasjon. Slik bidrar avhandlingen også til økt kunnskap om hvordan aktører får sin mening fra de kontekstene de er en del av og hvordan ressursintegrasjon derfor må forstås innenfor en slik kontekst (jfr.(Koskela-Huotari & Siltaloppi, 2020)). Studien finner videre at aktørers opplevelse av verdiutfall ikke nødvendigvis er begrenset til utfall som kun direkte påvirker dem selv, men også kan inkludere andre aktørers verdiutfall. Slik har avhandlingen også et viktig bidrag til tjenesteforskningens forståelse av verdi i tilknytning til relasjoner og kontekstuelle faktorer (jfr. (Kaartemo & Känsäkoski, 2018; Vargo et al., 2008). Det er også et viktig funn knyttet til argumentet om at en persons opplevelse av verdi hviler på livserfaringene til personen, innenfor OTL-perspektivet (jfr. (Osborne, 2018)

Videre har avhandlingen knyttet sammenhenger mellom brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper, via svak helsekompetanse og ansvarliggjøring til samødeleggelse. Slik bidrar studien med økt kunnskap om samødeleggelse i offentlige tjenester (etterspurt av bl.a. (Engen et al., 2020; Järvi et al., 2018; Osborne et al., 2016). I tillegg illustreres sammenhenger mellom

ansvarliggjøring av pårørende og verdikonflikter. Slik bidrar avhandlingen med økt kunnskap om konflikter i nære relasjoner. Blant annet gjennom å vise at konflikter ikke bare oppstår mellom ulike aktører, men også mellom kortsiktige og langsiktige verdiutfall for den enkelte aktøren. Funn som også bidrar til utdypende kunnskap om samspillet mellom tjenestetilbydere og tredjepersoner innenfor OTL-perspektivet, som etterspurt av Hardyman et al. (2015).

Tre viktige bidrag er knyttet til tjenestetilbyderens rolle. For det første viktigheten av at tilrettelegging tilpasses brukernes ressurser og evner, og har som mål å redusere den grunnleggende asymmetrien mellom aktørene. For det andre gjennom å påvise at det kan være nødvendig med en større grad av paternalisme knyttet til vurdering av verdi, i konteksten av sårbare brukere. Det tredje bidraget er knyttet til hvordan verdifasilitering kan få redusert forklaringskraft i OTL-perspektivet, som følge av ansvarliggjøring.

Selv om denne avhandlingen har flere viktige bidrag, reiser den kanskje vel så mange nye spørsmål som den besvarer. Videre forskning kan tenkes å bidra gjennom ytterligere å utforske både teoretiske og praktiske implikasjoner av at brukerne ikke nødvendigvis er stand til å delta som aktive og likeverdige partnere, i samskappingsprosesser. Herunder også igjennom å gå nærmere inn i implikasjonene av problematiseringen av brukerne som unike, verdiopplevende og verdidefinerende aktører.

De empiriske undersøkelsene som ligger til grunn i denne avhandlingen har studert samskappingsprosesser innenfor det litteraturen har betegnet som et begrenset tjenesteøkosystem (Engen et al., 2020)). Derfor inkluderer de ikke hele nettverket av aktuelle aktører eller alle regler og normer som kan påvirke verdiskaping, slik som følger av en fullstendig tjenesteøkosystemtilnærming (jfr.(Petrescu, 2019)). Følgelig vil videre forskning også kunne bidra ved legge en bredere tilnærming til grunn for analysen.

Denne avhandlingen er begrenset til studier av individuell verdi. Offentlige tjenester er også ansvarlige for å produsere offentlig verdi (Magnussen & Rønning, 2021). Samtidig som det kan være en gjensidig avhengighet mellom individuell- og offentlig verdi (Alford, 2016). Avhandlingen favner derfor ikke en fullstendig forståelse av verdi og verdiskaping i offentlig tjenesteyting. Ytterligere forskning kan derfor bidra ved å studere verdi også som kollektivt og samfunnsmessig fenomen.

## 6. REFERANSER

- Agar, M. (1996). *The Professional Stranger*. Academic Press.
- Agger, A. & Hedensted Lund, D. (2017). Collaborative Innovation in the Public Sector: New Perspectives on the Role of Citizens? *Scandinavian Journal of Public Administration*, 21(3), 17-37.  
[https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/61008441/Collaborative\\_innovation\\_in\\_the\\_public\\_sector.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/61008441/Collaborative_innovation_in_the_public_sector.pdf)
- Akaka, M. A., Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2013). The Complexity of Context: A Service Ecosystems Approach for International Marketing. *Journal of International Marketing*, 21(4), 1-20. <https://doi.org/10.1509/jim.13.0032>
- Alford, J. (2002). Why Do Public-Sector Clients Coproduce?: Toward a Contingency Theory. *Administration & Society*, 34(1), 32-56.  
<https://doi.org/10.1177/0095399702034001004>
- Alford, J. (2014). The Multiple Facets of Co-Production: Building on the work of Elinor Ostrom. *Public Management Review*, 16(3), 299-316.  
<https://doi.org/10.1080/14719037.2013.806578>
- Alford, J. (2016). Co-Production, Interdependence and Publicness: Extending public service-dominant logic. *Public Management Review*, 18(5), 673-691.  
<https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111659>
- Alty, A. & Rodham, K. (1998). The ouch! Factor: problems in conducting sensitive research. *Qual Health Res*, 8(2), 275-282. <https://doi.org/10.1177/104973239800800210>
- Alves, H., Ferreira, J. J. & Fernandes, C. I. (2016). Customer's operant resources effects on co-creation activities. *Journal of Innovation & Knowledge*, 1(2), 69-80.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jik.2016.03.001>
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2000a). Taking the Linguistic Turn in Organizational Research: Challenges, Responses, Consequences. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36(2), 136-158. <https://doi.org/10.1177/0021886300362002>
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2000b). Varieties of Discourse: On the Study of Organizations through Discourse Analysis. *Human Relations*, 53(9), 1125-1149.  
<https://doi.org/10.1177/0018726700539002>
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2007). Constructing Mystery: Empirical Matters in Theory Development. *The Academy of Management Review*, 32(4), 1265-1281.  
<https://doi.org/10.2307/20159366>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Andersen, C. (2005). Smid ikke metoderne ud med badevandet. Epistemologisk konstruktivisme og dens metodiske konsekvenser. *Dansk Sociologi*, 16(3).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.22439/dansoc.v16i3.723>
- Andersen, J. (2016). User councils for disabled people in Norway – from reactive to proactive? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(4), 284-294.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.1080/15017419.2015.1064028>
- Andersen, J. (2019). Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-14.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-05>
- Anderson, L., Spanjol, J., Jefferies, J., Ostrom, A. L., Nations Baker, C., Bone, S. A., Downey, H., Mende, M. & Rapp, J. M. (2016). Responsibility and Well-Being:

- Resource Integration under Responsibilization in Expert Services. *Journal of Public Policy & Marketing*, 35(2), 262-279. <https://doi.org/10.1509/jppm.15.140>
- Anderson, S., Nasr, L. & Rayburn, S. W. (2018). Transformative service research and service design: synergistic effects in healthcare. *The Service Industries Journal*, 38(1-2), 99-113. <https://doi.org/10.1080/02642069.2017.1404579>
- Ansell, C. & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Ansell, C. & Torfing, J. (Red.). (2014). *Public Innovation through Collaboration and Design*. Routledge.
- Arnetz, J. E., Winblad, U., Arnetz, B. B. & Höglund, A. T. (2008). Physicians' and Nurses' Perceptions of Patient Involvement in Myocardial Infarction Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.05.005>
- Arnould, E. J., Price, L. L. & Malshe, A. (2006). Toward a Cultural Resource-Based Theory of the Customer. I R. F. Lusch & S. L. Vargo (Red.), *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions* (s. 91-104). M. E. Sharpe.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/9788215031675-2019-02>
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be*. Pearson.
- Bahn, S. & Weatherill, P. (2013). Qualitative social research: a risky business when it comes to collecting 'sensitive' data. *Qualitative Research*, 13(1), 19-35. <https://doi.org/10.1177/1468794112439016>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878-883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Baron, S. & Harris, K. (2008). Consumers as resource integrators. *Journal of Marketing Management*, 24(1-2), 113-130. <https://doi.org/10.1362/026725708X273948>
- Benington, J. & Moore, M. H. (2011a). Public Value in Complex and Changing Times. I J. Benington & M. H. Moore (Red.), *Public Value: Theory and Practice*. Palgrave Macmillan.
- Benington, J. & Moore, M. H. (2011b). *Public value: Theory and practice*. Palgrave Macmillan.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.
- Bharti, K., Agrawal, R. & Sharma, V. (2015). Literature Review and Proposed Conceptual Framework. *International Journal of Market Research*, 57(4), 571-604. <https://doi.org/10.2501/ijmr-2015-000>
- Blaikie, N. (2010). *Designing social research*. Polity Press.
- Booth, T. & Booth, W. (1994). The use of depth interviewing with vulnerable subjects: Lessons from a research study of parents with learning difficulties. *Social Science & Medicine*, 39(3), 415-424. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90139-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90139-2)
- Botti, S. & Iyengar, S. S. (2006). The Dark Side of Choice: When Choice Impairs Social Welfare. *Journal of Public Policy & Marketing*, 25(1), 24-38. <https://doi.org/10.1509/jppm.25.1.24>

- Bovaird, T. & Löffler, E. (2018). Assessing the effect of co- production. I T. S. Brandsen & B. Verschuere (Red.), *Co- production and Co- creation: Engaging citizens to participate in collective co- production of public services* (s. 269-280). Routledge.
- Boztepe, S. (2007). User Value: Competing Theories and Models. *International Journal of Design*, 1(2). <http://www.ijdesign.org/index.php/IJDesign/article/view/61/29>
- Breidbach, C. F., Antons, D. & Salge, T. O. (2016). Seamless Service? On the Role and Impact of Service Orchestrators in Human-Centered Service Systems. *Journal of Service Research*, 19(4), 458-476. <https://doi.org/10.1177/1094670516666370>
- Bryson, J. M., Crosby, B. C. & Bloomberg, L. (2014). Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public administration review*, 74(4), 445-456. <https://doi.org/doi:10.1111/puar.12238>
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism* (2. utg.). Routledge.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*, 41(5), 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.Onf.545-547>
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qual Health Res*, 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Chell, E. (2014). The critical incident technique: Philosophical underpinnings, method and application to a case of small business failure. I E. Chell & M. Karatas-Özkan (Red.), *The critical incident technique: Philosophical underpinnings, method and application to a case of small business failure*. (s. 106-129). Edward Elgar.
- Chesbrough, H. (2003). *Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting From Technology*. Harvard Business Press.
- Christensen, T. & Lægheid, P. (2011). Complexity and Hybrid Public Administration—Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review*, 11(4), 407-423. <https://doi.org/10.1007/s11115-010-0141-4>
- Clarke, J. (2005). New Labour's citizens: activated, empowered, responsabilized, abandoned? *Critical Social Policy*, 25(4), 447-463. <https://doi.org/10.1177/0261018305057024>
- Cohn, E. & Larson, E. (2007). Improving participant comprehension in the informed consent process. *J Nurs Scholarsh*, 39(3), 273-280. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00180.x>
- Cole, M. & Parston, G. (2006). *Unlocking Public Value: A New Model for Achieving High Performance in Public Service Organizations*. Wiley.
- Collin, F. (2003). *Konstruktivisme*. Roskilde Universitetsforlag.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>
- Coulter, A. (2012). *Leadership for Patient Engagement*. King's Fund.
- Cresswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed method research* (2. utg.). Sage.
- D'Cruz, H. (2000). Social work research as knowledge/power in practice. *Sociological Research Online*, 5(1). <http://www.socresonline.org.uk/5/1/d'cruz.html>
- D'Cruz, H. (2004). *Constructing Meanings and Identities in Child Protection*. Tertiary Press.
- D'Cruz, H., Gillingham, P. & Melendez, S. (2007). Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature. *The British Journal of Social Work*, 37(1), 73-90. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl001>
- D'Cruz, H. & Jones, M. (2004). *Social Work Research: Ethical and Political Contexts*. Sage.



- Dahl, A. & Soss, J. (2014). Neoliberalism for the Common Good? Public Value Governance and the Downsizing of Democracy. *Public administration review*, 74(4), 496-504. <https://doi.org/doi:10.1111/puar.12191>
- Danaher, T. S. & Gallan, A. S. (2016). Service Research in Health Care: Positively Impacting Lives. *Journal of Service Research*, 19(4), 433-437. <https://doi.org/10.1177/1094670516666346>
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L. & Karlsson, J. C. (2003). *Att förklara samhället* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Davey, J. & Grönroos, C. (2019). Health service literacy: complementary actor roles for transformative value co-creation. *Journal of Services Marketing*, 33(6), 687-701. <https://doi.org/10.1108/JSM-09-2018-0272>
- Davies, M. & Elwyn, G. (2008). Advocating mandatory patient 'autonomy' in healthcare: adverse reactions and side effects. *Health Care Anal*, 16(4), 315-328. <https://doi.org/10.1007/s10728-007-0075-3>
- Dawson, L. & Kass, N. E. (2005). Views of US researchers about informed consent in international collaborative research. *Soc Sci Med*, 61(6), 1211-1222. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.004>
- Delanty, G. & Strydom, P. (2003). New directions and challenges. I G. Delanty & P. Strydom (Red.), *Philosophies of social science: The classic and contemporary readings* (s. 365-383). Open University Press.
- Demi, A. S. & Warren, N. A. (1995). Issues in conducting research with vulnerable families. *West J Nurs Res*, 17(2), 188-202. <https://doi.org/10.1177/019394599501700206>
- Den norske legeforening. (2007). *Hva er nevrologi?* . Hentet 01.03 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-nevrologisk-forening/for-publikum/>
- Dent, M. (2006). Patient choice and medicine in health care. *Public Management Review*, 8(3), 449-462. <https://doi.org/10.1080/14719030600853360>
- Denzin, N. K. (1978). *Sociological methods: A sourcebook*. McGraw-Hill.
- Deshpande, R. (1983). "Paradigms Lost": On Theory and Method in Research in Marketing. *Journal of Marketing*, 47(4), 101-110. <https://doi.org/10.2307/1251403>
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research*, 7(3), 327-353. <https://doi.org/10.1177/1468794107078515>
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. & Liamputtong, P. (2009). Researching sensitive topics: qualitative research as emotion work. *Qualitative Research*, 9(1), 61-79. <https://doi.org/10.1177/1468794108098031>
- Dietrich, T., Trischler, J., Schuster, L. & Rundle-Thiele, S. (2017). Co-designing services with vulnerable consumers. *Journal of Service Theory and Practice*, 27(3), 663-688. <https://doi.org/10.1108/JSTP-02-2016-0036>
- Disch, P. G. & Johnsen, H. (2015). *Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud* (7). (Rapportserie Senter for omsorgsforskning, Issue 7). Senter for omsorgsforskning. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2438321>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 4(10). <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
- Durham, A. (2002). Developing a Sensitive Practitioner Research Methodology for Studying the Impact of Child Sexual Abuse. *The British Journal of Social Work*, 32(4), 429-442. <http://www.jstor.org/stable/23716325>

- Durose, C., Justice, J. & Skelcher, C. (Red.). (2013). *Beyond the state: Mobilizing and co-producing with communities- Insights for policy and practice*. University of Birmingham.
- Echeverri, P. & Skålén, P. (2011). Co-creation and co-destruction: A practice-theory based study of interactive value formation. *Marketing Theory*, 11(3), 351-373. <https://doi.org/10.1177/1470593111408181>
- Edvardsson, B., Kleinaltenkamp, M., Tronvoll, B., McHugh, P. & Windahl, C. (2014). Institutional logics matter when coordinating resource integration. *Marketing Theory*, 14(3), 291-309. <https://doi.org/10.1177/1470593114534343>
- Edvardsson, B., Tronvoll, B. & Gruber, T. (2011). Expanding understanding of service exchange and value co-creation: a social construction approach. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39(2), 327-339. <https://doi.org/10.1007/s11747-010-0200-y>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Emerson, K., Nabatchi, T. & Balogh, S. (2011). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Engen, M., Fransson, M., Quist, J. & Skålén, P. (2020). Continuing the development of the public service logic: a study of value co-destruction in public services. *Public Management Review*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1720354>
- Eriksson, E. & Hellström, A. (2021). Multi-actor Resource Integration: A Service Approach in Public Management. *British Journal of Management*, 32(2), 456-472. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8551.12414>
- Eriksson, K. & Lindström, U. (1997). Abduction – a way to deeper understanding of the world of caring. *Scand. J. Caring Sci*, 11(4), 195-198.
- Eriksson, K. & Lindström, U. (1999). Abduktion och pragmatism – två vägar till framsteg inom vårdvetenskapen (Abduction and pragmatism – two ways towards progress within caring science). *Hoitotiede*, 11(5), 292-299.
- Etikkom. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Faden, R. R., Beauchamp, T. L. & King, N. M. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press.
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Farnese, M. L., Girardi, G., Fida, R., Bivona, U., Bartolo, M., De Tanti, A., Intiso, D., Scarponi, F. & Antonucci, G. (2020). Caregivers' engagement during in-hospital care of sABI's patients: Evaluation of informal co-production from the health providers' perspective. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 2086-2094. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.13019>
- Figved, N. (2007). *Neuropsychiatric aspects of multiple sclerosis* [Ph.d.- avhandling, Universitetet i Bergen]. Bergen.
- Findsrud, R., Tronvoll, B. & Edvardsson, B. (2018). Motivation: The missing driver for theorizing about resource integration. *Marketing Theory*, 18(4), 493-519. <https://doi.org/10.1177/1470593118764590>
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. I U. Flick, E. V. Kardoff & I. Steinke (Red.), *A companion to qualitative research* (s. 178-183). Sage.

- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 219- 245. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Fog, J. (2001). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag A/S.
- Fotaki, M. (2011). Towards Developing New Partnerships in Public Services: Users as Consumers, Citizens and/or Co- producers in Health and Social Care in England and Sweden. *Public Administration*, 89(3), 933-955. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01879.x>
- Frow, P., McColl-Kennedy, J. R. & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2016.03.007>
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and Invisible Innovation in Public Service. *Journal of Innovation Economics*, 5, 67-87. <https://doi.org/10.3917/jie.005.0067>
- Fuglsang, L. & Sundbo, J. (2016). Innovation in Public Service Systems. I M. Toivonen (Red.), *Service Innovation: Novel Ways of Creating Value in Actor Systems* (s. 217-234). Springer Japan. [https://doi.org/10.1007/978-4-431-54922-2\\_10](https://doi.org/10.1007/978-4-431-54922-2_10)
- Fure, B. (2008). Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag. *Demens & alderspsykiatri*, 12(4). [https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/DA\\_nr\\_4\\_2008.pdf](https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/DA_nr_4_2008.pdf)
- Fyrberg Yngfalk, A. (2013). ‘It’s not us, it’s them!’ – Rethinking value co-creation among multiple actors. *Journal of Marketing Management*, 29(9-10), 1163-1181. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2013.796318>
- Gadamer, H. G. (2008). *The universality of the hermeneutic Problem* (translated by David E. Linge). University of California Press.
- Gafni, A., Charles, C. & Whelan, T. (1998). The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med*, 47(3), 347-354. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00091-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00091-4)
- Geertz, C. (1994). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. I M. Martin & L. C. McIntyre (Red.), *Readings in the philosophy of social science* (s. 211- 232). MIT Press.
- George, L. K. & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 26(3), 253-259. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.253>
- Gheduzzi, E., Masella, C., Morelli, N. & Graffigna, G. (2021). How to prevent and avoid barriers in co-production with family carers living in rural and remote area: an Italian case study. *Research Involvement and Engagement*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40900-021-00259-0>
- Gheduzzi, E., Morelli, N., Graffigna, G. & Masella, C. (2021). Facilitating co-production in public services: Empirical evidence from a co-design experience with family caregivers living in a remote and rural area. *Health Services Management Research*, 34(1), 21-35. <https://doi.org/10.1177/0951484820971452>
- Giesler, M. & Veresiu, E. (2014). Creating the Responsible Consumer: Moralistic Governance Regimes and Consumer Subjectivity. *Journal of Consumer Research*, 41(3), 840-857. <https://doi.org/10.1086/677842>
- Glazer, M. (1980). The threat of the stranger. *Hastings Cent Rep*, 10(5), 25-31.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Green, J., Draper, A. & Dowler, E. (2003). Short cuts to safety: Risk and 'rules of thumb' in accounts of food choice. *Health, Risk & Society*, 5(1), 33-52. <https://doi.org/10.1080/1369857031000065998>
- Greenwell, K., Gray, W. K., van Wersch, A., van Schaik, P. & Walker, R. (2015). Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinsonism Relat Disord*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.10.013>
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, 20(4), 298-314. <https://doi.org/doi:10.1108/09555340810886585>
- Grönroos, C. (2011). Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory*, 11(3), 279-301. <https://doi.org/10.1177/1470593111408177>
- Grönroos, C. (2019). Reforming public services: does service logic have anything to offer? *Public Management Review*, 21(5), 775-788. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1529879>
- Grönroos, C. & Gummerus, J. (2014). The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic. *Managing Service Quality: An International Journal*, 24(3), 206-229. <https://doi.org/doi:10.1108/MSQ-03-2014-0042>
- Grönroos, C., Strandvik, T. & Heinonen, K. (2015). Value Co-Creation: Critical Reflections. In J. J. Gummerus & C. Von Koskull (Red.), *The Nordic School: Service Marketing and Management for the Future*. Hanken School of Economics.
- Grönroos, C. & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133-150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11747-012-0308-3>
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *Educational Communication and Technology*, 30(4), 233-252. <http://www.jstor.org/stable/30219846>
- Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (1997). *The New Language of Qualitative Method*. Oxford University Press.
- Guilbert, M., Amil, P., González-Mestre, A., Gil-Sánchez, E., Vila, A., Contel, J. C., Ansotegui, J. C., Solas, O., Bacigalupe, M. T., Fernández-Cano, P., Arteagoitia, M. & Mira, J. J. (2018). The Measure of the Family Caregivers' Experience. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 2040. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092040>
- Guldvik, I. (2002). Troverdighet på prøve. Om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 43(1), 30-49.
- Gummerus, J. (2013). Value creation processes and value outcomes in marketing theory: Strangers or siblings? *Marketing Theory*, 13(1), 19-46. <https://doi.org/10.1177/1470593112467267>
- Guneriussen, W. (1999). *Aktør, handling og struktur: grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*. Tano Aschehoug.
- Han, J. W., Ahn, Y. D., Kim, W.-S., Shin, C. M., Jeong, S. J., Song, Y. S., Bae, Y. J. & Kim, J.-M. (2018). Psychiatric Manifestation in Patients with Parkinson's Disease. *Journal of Korean medical science*, 33(47), e300-e300. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e300>

- Harbottle, C. (2007). Safeguarding Adults: some experiences from safeguarding managers who are at the forefront of the safeguarding plan (case conference). *The Journal of Adult Protection*, 9(2), 30-36. <https://doi.org/10.1108/14668203200700011>
- Hardy, C. & Grant, D. (2012). Readers beware: Provocation, problematization and ... problems. *Human Relations*, 65(5), 547-566. <https://doi.org/10.1177/0018726711435181>
- Hardyman, W. (2017). *Trajectories of value: an exploration of value co-creation and destruction in cancer services* [Cardiff University]. <http://orca.cf.ac.uk/104647/>
- Hardyman, W., Daunt, K. & Kitchener, M. (2015). Value Co-creation Through Patient Engagement in Health Care: A Micro-level Approach and Research Agenda. *Public Management Review*, 17, 90-107. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.881539>
- Hardyman, W., Kitchener, M. & Daunt, K. L. (2019). What matters to me! User conceptions of value in specialist cancer care. *Public Management Review*, 21(11), 1687-1706. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1619808>
- Harris, J. & White, V. (2013). *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford University Press.
- Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money & Management*, 25(1), 27- 34. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2005.00447.x>
- Hartley, J. (2013). Private and public features of innovation. I S. P. Osborne & L. Brown (Red.), *Handbook of Innovation in Public Services* (s. 44-59). Edward Elgar Publishing Ltd.
- Hartley, J., Sørensen, E. & Torfing, J. (2013). Collaborative Innovation: A Viable Alternative to Market Competition and Organizational Entrepreneurship. *Public administration review*, 73(6), 821–830 <https://doi.org/10.1111/puar.12136>
- Haugstveit, F. V., Otnes, B. & Jensen, A. (2019). *Eldre-utfordringen kan være større for mindre kommuner*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldre-utfordringen-kan-vaere-storre-for-mindre-kommuner>
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.). Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Omsorgsplan 2015* (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008)). [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/sartrykk\\_omsorgsplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/sartrykk_omsorgsplan_2015.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015*. Departementenes servicesenter. <https://www.regjeringen.no/link/3e2a2a6240154e1288e162f630dbab81.aspx?id=2291615>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjernehelsestrategi\\_2018-24\\_121217.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjernehelsestrategi_2018-24_121217.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vi- de pårørende.Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

- Helsedirektoratet. (2012a). *Tilskudd til 3-årig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilpassede dag- og aktivitetstilbud for personer med neurologiske skader og sykdommer*. Helsedirektoratet. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2012b). *Tilskudd til 3-årig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilrettelagt treningstilbud for personer med neurologiske skader og sykdommer*. Helsedirektoratet. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2017a). *Statusrapport hjerneehelse (IS-2588)*. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1280/Statusrapport%20jerneehelse%20endelig.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (IS- 2587)*. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>
- Hibbard, J. H., Greene, J., Sacks, R., Overton, V. & Parrotta, C. D. (2016). Adding A Measure Of Patient Self-Management Capability To Risk Assessment Can Improve Prediction Of High Costs. *Health Aff (Millwood)*, 35(3), 489-494. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1031>
- Hironaka, L. & Paasche-Orlow, M. (2008). The implications of health literacy on patient - provider communication. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 428-432. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.131516>
- Hughes, O. (2010). Does governance exist? I S. P. Osborne (Red.), *The New Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. (s. 87- 104). Routledge.
- Humphries, B. & Truman, C. (Red.). (1994). *Re-thinking Social Research*. Avebury.
- Huxham, C. (1996). Collaboration and collaborative advantage. I C. Huxham (Red.), *Creating collaborative advantage* (s. 1-18). SAGE Publications Ltd.
- Huxham, C., Vangen, S., Huxham, C. & Eden, C. (2000). The Challenge of Collaborative Governance. *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358. <https://doi.org/10.1080/14719030000000021>
- Hämäläinen, P. & Rosti-Otajärvi, E. (2016). Cognitive impairment in MS: rehabilitation approaches. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(S200), 8-13. <https://doi.org/10.1111/ane.12650>
- Haase, M. & Kleinaltenkamp, M. (2011). Property Rights Design and Market Process: Implications for Market Theory, Marketing Theory, and S-D Logic. *Journal of Macromarketing*, 31(2), 148-159. <https://doi.org/10.1177/0276146710397662>
- Iaffaldano, P., Viterbo, R. G., Goretti, B., Portaccio, E., Amato, M. P. & Trojano, M. (2014). Emotional and neutral verbal memory impairment in Multiple Sclerosis. *J Neurol Sci*, 341(1-2), 28-31. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.03.038>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).
- Jazieh, A. R., Volker, S. & Taher, S. (2020). Involving the Family in Patient Care: A Culturally Tailored Communication Model. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 1(2), 33-37. [https://doi.org/10.4103/jqsh.Jqsh\\_3\\_18](https://doi.org/10.4103/jqsh.Jqsh_3_18)
- Jenhaug, L. M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), 39-58. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-03>
- Jenhaug, L. M. (2020). *Samskapning og brukerdrevet innovasjon i offentlige omsorgstjenester i et maktperspektiv* [Ph.d.- avhandling, Høgskolen i Innlandet]. Lillehammer. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2688845>
- Jenhaug, L. M. (2021). Suggestions for Developing Public Service Logic through a Study of Interactive Value Formation. *International Journal of Public Administration*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/01900692.2021.1900244>

- Johnson, B. & Clarke, J. M. (2003). Collecting Sensitive Data: The Impact on Researchers. *Qual Health Res*, 13(3), 421-434. <https://doi.org/10.1177/1049732302250340>
- Joiner, K. & Lusch, R. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, (3), 25-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/IEH.S93473>
- Jordansen, B. & Madsen, J. A. (2010). Introduktion til videnskabsteori. I P. Darmer, B. Jordansen, J. A. Madsen & J. Thomsen (Red.), *Paradigmer i praksis. Anvendelse af metoder til studier af organiserings- og ledelsesprocesser*. Handelshøjskolens Forlag.
- Juhila, K. & Raitakari, S. (2016). Responsibilities and Current Welfare Discourses. I K. Juhila, S. Raitakari & C. Hall (Red.), *Responsibilisation at the margins of welfare services* (s. 35-56). Routledge.
- Juhila, K., Raitakari, S. & Hall, C. (Red.). (2016). *Responsibilisation at the margins of welfare services*. Routledge.
- Juhila, K., Raitakari, S. & Löfstrand, C. H. (2016). Responsibilisation in governmentality literature. I K. Juhila, S. Raitakari & C. Hall (Red.), *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services* (s. 11- 25). Routledge.
- Jukić, T., Pevcin, P., Benčina, J., Dečman, M. & Vrbek, S. (2019). Collaborative Innovation in Public Administration: Theoretical Background and Research Trends of Co-Production and Co-Creation. *Administrative Sciences*, 9(4), 90. <https://www.mdpi.com/2076-3387/9/4/90>
- Järvi, H., Kähkönen, A. & Torvinen, H. (2018). When value co-creation fails: Reasons that lead to value co-destruction. *Scandinavian Journal of Management*, 34(1), 63-77. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scaman.2018.01.002>
- Jaakkola, E. & Alexander, M. (2014). The Role of Customer Engagement Behavior in Value Co-Creation: A Service System Perspective. *Journal of Service Research*, 17(3), 247-261. <https://doi.org/10.1177/1094670514529187>
- Jaakkola, E., Helkkula, A. & Aarikka-Stenroos, L. (2015). Service experience co-creation: conceptualization, implications, and future research directions. *Journal of Service Management*, 26(2), 182-205. <https://doi.org/10.1108/JOSM-12-2014-0323>
- Kickert, W. J. M. (1997). Public Governance in the Netherlands: An Alternative to Anglo-American 'Managerialism'. *Public Administration*, 75(4), 731-752. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9299.00084>
- Kiser, L. L. & Percy, S. L. (1980, March 13-16). The concept of coproduction and its implications for public service delivery. *1980 Annual Meetings of the American Society for Public Administration* The annual meeting of the American Society for Public Administration, San Francisco.
- Kjellevoid, A. (2006). Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. *Lov og Rett*, 45(01-02), 3-25. [http://www.idunn.no/lor/2006/01-02/idealet\\_om\\_brukerorientering\\_ihelse-og\\_sosialtjenesten\\_-\\_fagfellelvurdert\\_ar](http://www.idunn.no/lor/2006/01-02/idealet_om_brukerorientering_ihelse-og_sosialtjenesten_-_fagfellelvurdert_ar)
- Kjørup, S. (2001). Den ubegrundede skepsis – en kritisk discussion af socialkonstruktionismens filosofiske grundlag. *Sosiologi i dag*, 2, 5-22.
- Kleinaltenkamp, M., Brodie, R. J., Frow, P., Hughes, T., Peters, L. D. & Woratschek, H. (2012). Resource Integration. *Marketing Theory*, 12, 201-205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1470593111429512>
- Klijin, E.-H. (2008). Governance and Governance Networks in Europe. *Public Management Review*, 10(4), 505-525. <https://doi.org/10.1080/14719030802263954>
- Koskela-Huotari, K. & Siltaloppi, J. (2020). Rethinking the actor in service research: toward a processual view of identity dynamics. *Journal of Service Theory and Practice*, 30(4/5), 437-457. <https://doi.org/10.1108/JSTP-11-2018-0245>
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal norsk forlag.
- Kaartemo, V. & Käsäkoski, H. (2018). Information and Knowledge Processes in Health Care Value Co-Creation and Co-Destruction. *SAGE Open*, 8(4), 2158244018820482. <https://doi.org/10.1177/2158244018820482>
- Larkin, M. & Milne, A. (2014). Carers and Empowerment in the UK: A Critical Reflection. *Social Policy and Society*, 13(1), 25-38. <https://doi.org/10.1017/S1474746413000262>
- Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of Survey Research Methods* (Bd. 1-0). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963947>
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V. A., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267>
- Liamputtong, P. (2007). *Researching the Vulnerable: A Guide to Sensitive Research Methods*. Sage Publications.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosn006>
- Loeffler, E. & Bovaird, T. (2016). User and Community Co-Production of Public Services: What Does the Evidence Tell Us? *International Journal of Public Administration*, 39(13), 1006-1019. <https://doi.org/10.1080/01900692.2016.1250559>
- Lusch, R. P. & Vargo, S. L. (Red.). (2006). *The service-dominant logic of marketing: Dialogue, debate, and directions*. Scharpe.
- Laamanen, M. & Skålén, P. (2015). Collective–conflictual value co-creation: A strategic action field approach. *Marketing Theory*, 15(3), 381-400. <https://doi.org/10.1177/1470593114564905>
- Madhavaram, S. & Hunt, S. D. (2008). The service-dominant logic and a hierarchy of operant resources: developing masterful operant resources and implications for marketing strategy. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 67-82. <https://doi.org/10.1007/s11747-007-0063-z>
- Madsbu, J. P. (2004). *Realisme og relativisme innenfor sosial konstruktivisme* (Notat, Issue. <http://hdl.handle.net/11250/133588>
- Magnussen, S. (2016). *Lokalmedisinsk senter som nasjonal innovasjonsside og interkommunal innovasjonsprosess : En kvalitativ casestudie om utvikling av tre interkommunale lokalmedisinske sentre* (Publikasjonsnr. 7) [Ph.d.- avhandling, Høgskolen i Lillehammer]. Lillehammer. <http://hdl.handle.net/11250/2424868>
- Magnussen, S. & Rønning, R. (2021). Creating Value in Public Services: The Struggle between Private and Public Interests? *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 26: 1, 26(1), 1-17. [https://www.innovation.cc/scholarly-style/2021\\_26\\_1\\_1\\_magnussen-ronning\\_private-public-service.pdf](https://www.innovation.cc/scholarly-style/2021_26_1_1_magnussen-ronning_private-public-service.pdf)
- Mahajan, G. (2019). *Value Dominant Logic. Helping Individuals and Their Companies to Succeed* (1st. utg.). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780367030582>
- Malle, B. F., Moses, L. J. & Baldwin, D. A. (2001). Introduction: The significance of intentionality. I B. Malle, L. J. Moses & D. Baldwin (Red.), *Intentions and Intentionality: Foundations of Social Cognition* (s. 1--24). MIT Press.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>



- Mantzavinos, C. (2016). Hermeneutics, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2016 Edition). <https://plato.stanford.edu/entries/>
- Martinez-Martin, P., Rodriguez-Blazquez, C. & Forjaz, M. J. (2012). Quality of life and burden in caregivers for patients with Parkinson's disease: concepts, assessment and related factors. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(2), 221-230. <https://doi.org/10.1586/erp.11.106>
- McColl-Kennedy, J. R., Cheung, L. & Ferrier, E. (2015). Co-creating service experience practices. *Journal of Service Management*, 26(2), 249-275. <https://doi.org/10.1108/JOSM-08-2014-0204>
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C. & Kasteren, Y. v. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*, 15(4), 370-389. <https://doi.org/10.1177/1094670512442806>
- Medberg, G. & Grönroos, C. (2020). Value-in-use and service quality: do customers see a difference? *Journal of Service Theory and Practice*, Vol. 30 (No. 4/5), 507- 529. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JSTP-09-2019-0207>
- Meld. St. 24 (2015–2016). (2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20152016/id2483146/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)). Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 30 (2019 – 2020). (2020). *En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/14fce122212d46668253087e6301cec9/no/pdfs/stm201920200030000dddpdfs.pdf>
- Mitchell, L. A., Hirdes, J., Poss, J. W., Slegers-Boyd, C., Caldarelli, H. & Martin, L. (2015). Informal caregivers of clients with neurological conditions: profiles, patterns and risk factors for distress from a home care prevalence study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1010-1>
- Molander, A. & Torsvik, G. (2015). Getting People into Work: What (if Anything) Can Justify Mandatory Activation of Welfare Recipients? *Journal of Applied Philosophy*, 32(4), 373-392. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/japp.12132>
- Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value – Strategic Management in Government*. Harvard University Press.
- Morgan, D. L. (1990). *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage Publications, Inc.
- Moses, J. W. & Knutsen, T. L. (2012). *Ways of Knowing. Competing Methodologies in Social and Political Research*. Palgrave Macmillian.
- Musso, J. A., Young, M. M. & Thom, M. (2019). Volunteerism as co-production in public service management: application to public safety in California. *Public Management Review*, 21(4), 473-494. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1487574>
- Mustak, M., Jaakkola, E. & Halinen, A. (2013). Customer participation and value creation: a systematic review and research implications. *Managing Service Quality: An International Journal*, 23(4), 341-359. <https://doi.org/10.1108/MSQ-03-2013-0046>
- Mustak, M. & Plé, L. (2020). A critical analysis of service ecosystems research: rethinking its premises to move forward. *Journal of Services Marketing*, 34, 399-413. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JSM-02-2019-0084>
- Nabatchi, T., Sancino, A. & Sicilia, M. (2017). Varieties of Participation in Public Services: The Who, When, and What of Coproduction. *Public administration review*, 77(5), 766-776. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/puar.12765>

- Neill, O. (1984). Paternalism and partial autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 10(4), 173. <https://doi.org/10.1136/jme.10.4.173>
- Ng, I. C. L. & Smith, L. A. (2012). An integrative framework of value. I S. L. Vargo & R. F. Lusch (Red.), *Special issue – Toward a better understanding of the role of value in markets and marketing* (s. 207-243). Emerald Group Publishing.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>
- Oldenhof, L. & Wehrens, R. (2018). Who is ‘in’ and who is ‘out’? Participation of older persons in health research and the interplay between capital, habitus and field. *Critical Public Health*, 28(3), 281-293. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1435851>
- Olsen, H. (2003). Veje til kvalitativ kvalitet? Om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning. *Nordisk Pedagogik*, 3, 1-20.
- Olsen, J. P. (2004). *Demokratiets innovasjonsbehov og -evne*. Notat til Norges forskningsråd.
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377-387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Routledge.
- Osborne, S. P. (2018). From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Management Review*, 20(2), 225-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1350461>
- Osborne, S. P. (2021). *Public Service Logic. Creating Value for Public Service Users, Citizens, and Society Through Public Service Delivery*. Routledge.
- Osborne, S. P., Nasi, G. & Powell, M. (2021). Beyond co-production: Value creation and public services. *Public Administration*, 2021(n/a), 1–17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/padm.12718>
- Osborne, S. P., Powell, M., Cui, T. & Strokosch, K. (2021). New development: ‘Appreciate–Engage–Facilitate’—The role of public managers in value creation in public service ecosystems. *Public Money & Management*, 1-4. <https://doi.org/10.1080/09540962.2021.1916189>
- Osborne, S. P., Radnor, Z., Kinder, T. & Vidal, I. (2015). The SERVICE Framework: A Public-service-dominant Approach to Sustainable Public Services. *British Journal of Management*, 26(3), 424-438. <https://doi.org/doi:10.1111/1467-8551.12094>
- Osborne, S. P., Radnor, Z. & Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158. <https://doi.org/10.1177/0275074012466935>
- Osborne, S. P., Radnor, Z. & Strokosch, K. (2016). Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639-653. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A. & Owusu-Frimpong, N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(4), 443-462. <https://doi.org/10.1108/JSTP-03-2014-0062>
- Owens, E. (2006). Conversational Space and Participant Shame in Interviewing. *Qualitative Inquiry*, 12(6), 1160-1179. <https://doi.org/10.1177/1077800406293236>
- Palumbo, R. (2016). Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management*, 29(1), 72-90. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-07-2015-0125>

- Palumbo, R. & Manna, R. (2018). What if things go wrong in co-producing health services? Exploring the implementation problems of health care co-production. *Policy and Society*, 37(3), 368-385. <https://doi.org/10.1080/14494035.2018.1411872>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health services research*, 34(5 Pt 2), 1189-1208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591279>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089059/>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3. utg.). Sage Publications.
- Payne, A. F., Storbacka, K. & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 83-96. <https://doi.org/10.1007/s11747-007-0070-0>
- Pestoff, V. (2012). Co-production and third sector social services in Europe. I V. V. Pestoff, Brandsen, T. and Verschuere, B. (Red.), *New Public Governance, the Third Sector and Co-production* (s. 13-34). Routledge.
- Pestoff, V. (2016). *Co- production at the crossroads of public administration regimes- Implications for generic definitions?* ISTR- Conference, Stockholm.
- Peters, L. D., Löbner, H., Brodie, R. J., Breidbach, C. F., Hollebeck, L. D., Smith, S. D., Sörhammar, D. & Varey, R. J. (2014). Theorizing about resource integration through service-dominant logic. *Marketing Theory*, 14(3), 249-268. <https://doi.org/10.1177/1470593114534341>
- Petrescu, M. (2019). From marketing to public value: towards a theory of public service ecosystems. *Public Management Review*, 21(11), 1733-1752. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1619811>
- Pfiffner, J. P. (2004). Traditional public administration versus the new public management: Accountability versus efficiency. I A. Benz, H. Siedentopf & K. P. Sommermann (Red.), *Institutionenbildung in Regierung und Verwaltung: Festschrift für Klaus König* (s. 443- 454). Duncker & Humblot.
- Plé, L. (2017). Why Do We Need Research on Value Co-destruction? *Journal of Creating Value*, 3(2), 162-169. <https://doi.org/10.1177/2394964317726451>
- Plé, L. & Chumpitaz Cáceres, R. (2010). Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic. *Journal of Services Marketing*, 24(6), 430-437. <https://doi.org/10.1108/08876041011072546>
- Porr, C., Drummond, J. & Richter, S. (2006). Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers. *Family & Community Health*, 29(4), 328-335. [https://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/Fulltext/2006/10000/Health\\_Literacy\\_as\\_an\\_Empowerment\\_Tool\\_for.11.aspx](https://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/Fulltext/2006/10000/Health_Literacy_as_an_Empowerment_Tool_for.11.aspx)
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Prahalad, C. K. & Ramaswamy, V. (2003). The New Frontier of Experience Innovation. *MIT Sloan Management Review*, 44, 12-18.
- Prior, D. D. & Marcos-Cuevas, J. (2016). Value co-destruction in interfirm relationships: The impact of actor engagement styles. *Marketing Theory*, 16(4), 533-552. <https://doi.org/10.1177/1470593116649792>
- Radnor, Z. & Osborne, S. P. (2013). Lean: A failed theory for public services? *Public Management Review*, 15(2), 265-287. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.748820>
- Ramsey, S. & Schickedanz, A. (2010). How should we define value in cancer care? *Oncologist*, 15 Suppl 1, 1-4. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-S1-1>
- Reinhard, S. C., Given, B. & Petlick, N. H. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. I H. RG (Red.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based*

- Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
- Repstad, P. (1993). *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget.
- Rhodes, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Romøren, T. I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: Hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* (Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2006 nr 8 Issue. Senter for omsorgsforskning. [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/144312/rapport8\\_06.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/144312/rapport8_06.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rose, N. (1996). The death of the social? Re-figuring the territory of government. *Economy and Society*, 25(3), 327-356. <https://doi.org/10.1080/03085149600000018>
- Rubalcaba, L. (2007). *The New Service Economy. Challenges and Policy Implications for Europe*. Edward Elgar.
- Rydeman, I., Törnkvist, L., Agreus, L. & Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process--an excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 7(0), 1-9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.19678>
- Røhnebæk, M. & Bjerck, M. (2021). Enabling and Constraining Conditions for Co-production with Vulnerable Users: A Case Study of Refugee Services. *International Journal of Public Administration*, 44(9), 741-752. <https://doi.org/10.1080/01900692.2021.1908355>
- Røiseland, A. & Lo, C. (2019). Samskaping – nyttig begrep for norske forskere og praktikere? *NST*, 35(1), 51-58. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2019-01-03>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring - governance på norsk*. Fagbokforlaget.
- Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215046235-2021-00> ER
- Rønning, R., Knutagård, M., Heule, C. & Swärd, H. (2013). *Innovationer i velferdsmøjligheter och begränsningar*. Liber.
- Rønning, R. & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser: om brukermedvirkning i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget.
- Schneider, C. E. (1998). *The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions*. Oxford University Press.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. Sage.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities*. Sage Publications.
- Sharbafshaaer, M. (2018). Impacts of cognitive impairment for different levels and causes of traumatic brain injury, and education status in TBI patients. *Dementia & neuropsychologia*, 12(4), 415-420. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040012>
- Sharma, S. & Conduit, J. (2016). Cocreation Culture in Health Care Organizations. *Journal of Service Research*, 19(4), 438-457. <https://doi.org/10.1177/1094670516666369>
- Sheppard, M. (1998). Practice validity, reflexivity and knowledge for social work. *British Journal of Social Work*, 28, 763-781. <http://www.jstor.org/stable/23714862>.
- Sheppard, M., Newstead, S., Caccavo, A. & Ryan, K. (2000). Reflexivity and the development of process knowledge in social work: A classification and empirical study. *British Journal of Social Work*, 465-488. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/bjsw/30.4.465>
- Skarli, J. (2018). *Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer. En oppsummering av kunnskap*

- (Oppsummering nr. 9). NTNU. S. f. o. Omsorgsbiblioteket.  
<http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/nevrologiske-tilstander%281%29/attachment/259511?download=true&ts=16248857bea>
- Skarli, J. B. (2020). Sammensatte behov og store variasjoner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-08>
- Skarli, J. B. (2021a). Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users. *Administrative Sciences*, 11(1), 16. <https://doi.org/doi:10.3390/admsci11010016>
- Skarli, J. B. (2021b). Responsibilization and Value Conflicts in Healthcare Co-creation: A Public Service Logic Perspective. *Public Management Review*.  
<https://doi.org/10.1080/14719037.2021.2013070>
- Skinner, Q. (1975). Hermeneutics and the Role of History. *New Literary History*, 7(1), 209-232. <https://doi.org/10.2307/468286>
- Skålén, P., Gummerus, J., von Koskull, C. & Magnusson, P. R. (2015). Exploring value propositions and service innovation: a service-dominant logic study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(2), 137-158.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11747-013-0365-2>
- Skålén, P., Karlsson, J., Engen, M. & Magnusson, P. R. (2018). Understanding Public Service Innovation as Resource Integration and Creation of Value Propositions. *Australian Journal of Public Administration*, 77(4), 700-714.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8500.12308>
- Skålén, P., Aal, K. & Edvardsson, B. (2015). Cocreating the Arab Spring: Understanding Transformation of Service Systems in Contention. *Journal of Service Research*, 18(3), 250-264. <https://doi.org/10.1177/1094670514559700>
- Smith, A. M. (2013). The value co-destruction process: a customer resource perspective. *European Journal of Marketing*, 47(11-12), 1889-1909. <https://doi.org/10.1108/Ejm-08-2011-0420>
- Sorrentino, M., Badr, N. G. & De Marco, M. (2017). Healthcare and the Co-creation of Value: Qualifying the Service Roles of Informal Caregivers. I S. Za, M. Drăgoicea & M. Cavallari, *Exploring Services Science Cham*.
- Spanjol, J., Cui, A. S., Nakata, C., Sharp, L. K., Crawford, S. Y., Xiao, Y. & Watson-Manheim, M. B. (2015). Co-Production of Prolonged, Complex, and Negative Services: An Examination of Medication Adherence in Chronically Ill Individuals. *Journal of Service Research*, 18(3), 284-302.  
<https://doi.org/10.1177/1094670515583824>
- Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Holt, Rinehart and Winston.
- St. Meld. nr. 25 (2005- 2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (St. Meld. nr. 25 (2005- 2006)). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/sec1>
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>
- Stanley, L. & Wise, S. (1993). *Breaking Out Again: Feminist Ontology and Epistemology*. Routledge.
- Stewart, D. W. (1993). *Secondary research : information sources and methods*. Sage Publications.
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P. N. (1990). *Focus groups: theory and practice*. Sage Publisher.

- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7-20. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02> ER
- Strokosch, K. & Osborne, S. P. (2020). Co-experience, co-production and co-governance: An ecosystem approach to the analysis of value creation. *Policy & Politics*, 48(3), 425-442. <https://doi.org/10.1332/030557320X15857337955214>
- Stålnacke, B. M., Saveman, B. I. & Stenberg, M. (2019). Long-Term Follow-Up of Disability, Cognitive, and Emotional Impairments after Severe Traumatic Brain Injury. *Behav Neurol*, 2019, 9216931. <https://doi.org/10.1155/2019/9216931>
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S. & McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318-335. <https://doi.org/10.1177/1094670515572128>
- Sønderskov, M. & Rønning, R. (2021). Public Service Logic: An Appropriate Recipe for Improving Serviceness in the Public Sector? *Administrative Sciences*, 11(3), 64. <https://www.mdpi.com/2076-3387/11/3/64>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making Governance Networks Effective and Democratic through Metagovernance. *Public Administration*, 87(2), 234-258. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01753.x>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011a). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, 43(8), 842-868. <https://doi.org/10.1177/0095399711418768>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011b). Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor. I E. Sørensen & J. Torfing (Red.), *Samarbejdsdrevet innovation - i den offentlige sektor* (s. 19-37). Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2018). Governance on a bumpy road from enfant terrible to mature paradigm. *Critical Policy Studies*, 12(3), 350-359. <https://doi.org/10.1080/19460171.2018.1437461>
- Sørhaug, T. (1996). Tykke og tynne beskrivelser. I *Fornuftens Fantasi: Antropologiske Essays Om Moderne Livsformer* (s. 33- 52). Universitetsforlaget. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008061204074](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008061204074)
- Takvam, A. I. (2012). *Tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser. Mange tuer i kupert terreng* (5). (Senter for omsorgsforskning – rapportserie, Issue. Høgskolen i Bergen. <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144324/1/rapport5.2012.pdf>
- Taylor, C. & White, S. (2000). *Practising Reflexivity in Health and Welfare: Making Knowledge*. Open University Press.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Thompson, A. G. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med*, 64(6), 1297-1310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>
- Thomson, R., Murtagh, M. & Khaw, F.-M. (2005). Tensions in public health policy: patient engagement, evidence-based public health and health inequalities. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 398-400. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014175>
- Tilburt, J. C., Montori, V. M. & Shah, N. D. (2011). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 364(13), e26. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1101108>
- Tingvold, L. & Romøren, T. I. (2015). *Evaluering av Omsorgsplan 2015, Tjenestens innhold og fordeling* (5). (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.5/2015, Issue. Høgskolen i Gjøvik. <http://hdl.handle.net/11250/301423>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Torfig, J. (2012). Governance Networks. I D. Levi-Faur (Red.), *The Oxford Handbook of Governance*. OUP.
- Torfig, J. (2016). *Collaborative Innovation in the Public Sector*. Georgetown University Press.
- Torfig, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2016). Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation. *Administration & Society*, 1(31).  
<https://doi.org/10.1177/0095399716680057>
- Torfig, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2019). Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits, and Ways Forward. *Administration & Society*, 51(5), 795-825. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>
- Tortzen, A. (2019). *Samskabelse af velfærd. Muligheder og faldgruber*. Hans Reitzels Forlag.
- Vafeas, M., Hughes, T. & Hilton, T. (2016). Antecedents to value diminution: A dyadic perspective. *Marketing Theory*, 16(4), 469-491.  
<https://doi.org/10.1177/1470593116652005>
- van Berkel, R. & van der Aa, P. (2012). Activation Work: Policy Programme Administration or Professional Service Provision? *Journal of Social Policy & Politics*, 41(3), 493-510.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0047279412000062>
- Van Eijk, C. & Gasco, M. (2018). Unravelling the Co-Producers. Who are They and What Motivations do They Have? I T. Brandsen, T. Steen & B. Verschuere (Red.), *Co-production and Co-creation* (1. utg., s. 53- 76). Routledge.
- Van Eijk, C. & Steen, T. (2016). Why engage in co-production of public services? Mixing theory and empirical evidence. *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 28-46. <https://doi.org/10.1177/0020852314566007>
- Vargo, S. L. & Akaka, M. A. (2012). Value Cocreation and Service Systems (Re)Formation: A Service Ecosystems View. *Service Science*, 4(3), 207-217.  
<https://doi.org/10.1287/serv.1120.0019>
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic. *Journal of Marketing*, 68, 1-17. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1007/s11747-007-0069-6>
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2010). From Repeat Patronage to Value Co-creation in Service Ecosystems: A Transcending Conceptualization of Relationship. *Journal of Business Market Management*, 4(4), 169-179. <https://doi.org/10.1007/s12087-010-0046-0>
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(1), 5-23.  
<https://doi.org/10.1007/s11747-015-0456-3>
- Vargo, S. L., Maglio, P. P. & Akaka, M. A. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, 26(3), 145-152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.emj.2008.04.003>
- Varman, R., Vijay, D. & Skálén, P. (2021). The Conflicting Conventions of Care: Transformative Service as Justice and Agape. *Journal of Service Research*, 0(0), 10946705211018503. <https://doi.org/10.1177/10946705211018503>
- Verleye, K., Gemmel, P. & Rangarajan, D. (2014). Managing Engagement Behaviors in a Network of Customers and Stakeholders: Evidence From the Nursing Home Sector. *Journal of Service Research*, 17(1), 68-84. <https://doi.org/10.1177/1094670513494015>
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M. & Tummers, L. G. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333-1357.  
<https://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505>

- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. SEEK.
- Wagenaar, H. (2007). Governance, Complexity, and Democratic Participation: How Citizens and Public Officials Harness the Complexities of Neighborhood Decline. *The American Review of Public Administration*, 37(1), 17-50.  
<https://doi.org/10.1177/0275074006296208>
- Weber, M. (2012). Bureacrazy. I J. M. Schafritz & A. C. Hyde (Red.), *Public Administration Classic Readings* (7th. utg., s. 39- 44). Wadsworth, Cengage learning.
- Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. I P. Windrum & P. Koch (Red.), *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management* (s. 3-20). Edward Elgar Publishing.
- Xie, C., Bagozzi, R. P. & Troye, S. V. (2008). Trying to prosume: toward a theory of consumers as co-creators of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 109-122. <https://doi.org/10.1007/s11747-007-0060-2>
- Yang, Y., Tang, B.-s. & Guo, J.-f. (2016). Parkinson's Disease and Cognitive Impairment. *Parkinson's Disease*, 2016, 6734678. <https://doi.org/10.1155/2016/6734678>
- Zainuddin, N., Tam, L. & McCosker, A. (2016). Serving yourself: value self-creation in health care service. *Journal of Services Marketing*, 30(6), 586-600.  
<https://doi.org/10.1108/JSM-02-2016-0075>
- Aagaard, P., Sørensen, E. & Torfing, J. (Red.). (2014). *Samarbejdsdrevet innovation i praksis*. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- Aarikka-Stenroos, L. & Jaakkola, E. (2012). Value co-creation in knowledge intensive business services: A dyadic perspective on the joint problem solving process. *Industrial Marketing Management*, 41(1), 15-26.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2011.11.008>
- Aasen, E. M., Kvangarsnes, M., Wold, B. & Heggen, K. (2012). The next of kin of older people undergoing haemodialysis: a discursive perspective on perceptions of participation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1716-1725.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05854.x>





## **7. VEDLEGG**

Vedlegg 1: Tilbakemelding fra NSD

Vedlegg 2: Intervjuguide pårørende

Vedlegg 3: Intervjuguide brukere

Vedlegg 4: Intervjuguide ansatte

Vedlegg 5: Intervjuguide ledere

Vedlegg 6: Avhandlingens artikler



# Vedlegg 1: Tilbakemelding fra NSD

21.10.2021, 20:26

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Brukerorientering i helse- og omsorgstjenester Samproduksjon og samarbeidsdrevet innovasjon i utviklingen av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med nevrologiske skader og sykdommer

### Referansenummer

866161

### Registrert

25.10.2019 av Jim Broch Skarli - jim.skarli@inn.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Handelshøgskolen Innlandet - Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for organisasjon, ledelse og styring

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jim Åke Skarli, jim.skarli@inn.no, tlf: 97073890

### Type prosjekt

Forskerprosjekt

### Prosjektperiode

01.10.2019 - 01.06.2021

### Status

01.06.2021 - Avsluttet

## Vurdering (1)

### 20.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 20.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d00e8cc-5787-4b9c-890c-bcc7df6c5cb2>

1/3

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.6.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### TREDJEPERSONER

Det kan fremkomme enkelte personopplysninger om tredjeperson i intervju med pårørende, men dette forsøkes redusert til et minimum. Dette vil gjelde opplysninger om relasjon mellom informant og tredjeperson.

Behandlingen har hjemmelsgrunnlag i personvernforordningen 6 nr. 1 bokstav e), jf. art. 6 nr. 3 bokstav b), jf. art. 9 nr. 2 bokstav j), jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9.

Det legges til grunn at tredjepersonene, så langt det lar seg gjøre, får informasjon om behandlingen av personopplysninger dersom den finner sted. Dersom dette ikke er mulig, unntas det fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b). Det vises til prosjektets korte varighet og at prosjektansvarlig ikke har kontaktopplysninger eller direkte identifiserende informasjon om tredjepersonene.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

21.10.2021, 20:26

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



## **Vedlegg 2: Intervjuguide pårørende**

### Bakgrunnsopplysninger:

- Kjønn
- Alder
- Relasjon til bruker
- Familie-, arbeids- og boforhold

### Tjenester og tjenestebehov:

- Kan du si litt om brukerens diagnoser, hjelpebehov og hva slags hjelp hun eller han får eller har fått?
- Hvordan opplever du omfanget og kvaliteten på hjelpen som brukeren får?
- Mottar du noen hjelp eller tjenester rettet mot seg selv, i kraft av å være pårørende?  
Evt. hva?

### Samarbeid med kommunen og tilrettelegging for dette:

#### Tildeling:

- Kan du beskrive hvordan tildelingen av tjenestene foregikk/foregår?
- Ble du involvert på noe vis i tildelingsfasen? Gi gjerne konkrete eksempler.
- Kan du ved hjelp av konkrete eksempler beskrive hvordan samhandling med kommunen typisk foregår i tildelingsfasen og hvordan det legges til rette for dette?

#### Gjennomføring:

- Stilles det noen krav om at du deltar eller forventes det at du skal være aktiv i gjennomføringen av brukerens tjenester?
- Involveres du aktivt i gjennomføringen av tjenestene? Beskriv gjerne med konkrete eksempler.



## Generelt:

- Hvorvidt ønsker du å bli involvert i utviklingen og gjennomføring av tjenestetilbudet til brukeren?
- Hva opplever du at er din viktigste rolle som pårørende i denne sammenhengen?
- Opplever du at dine oppfatninger og ønsker rundt tjenestetilbudet blir hørt og tatt hensyn til av de ansatte? Bruk gjerne et konkret eksempel hvis du har.
- Opplever du at det legges det til rette for at du kan delta/medvirke i denne sammenhengen? Hva kan eventuelt gjøres for å legge bedre til rette for at du kan delta/medvirke?
- Hvor viktig tenker du at det er at du får innflytelse på og mulighet til å medvirke i tilknytning til brukerens tjenester?
- Opplever du at det er noen negative sider knyttet til slik deltagelse/ medvirkning?
- Hvordan opplever du kommunikasjonen med tjenesteyterne (kommunen) og i hvilken grad opplever du at du forstår informasjonen du får? Er det noen utfordringer knyttet til dette?
- I hvilken grad opplever du at brukeren forstår denne informasjonen? Er det noen utfordringer knyttet til dette?
- Hvordan opplever du brukerens muligheter til og evner knyttet til å medvirke/delta? Er det forhold som hindrer brukeren fra å delta/ medvirke?
- (Oppfølging): Hvordan kan det eventuelt legges bedre til rette for at brukeren kan delta/medvirke?
- Opplever du noen gang motstand hos de ansatte knyttet til din eller brukerens medvirkning? Gi gjerne eksempler.
- Hva opplever du som de største utfordringene i samarbeidet med tjenestene (kommunen)?
- Har du egne behov som ikke ivaretas av kommunen og hva kan eventuelt gjøres for å forbedre dette?
- Opplever du at det er samsvar mellom dine og brukerens behov?
- Er det andre ting du har lyst til å ta opp eller nevne i denne sammenhengen, som jeg kan ha glemt?

## Vedlegg 3: Intervjuguide brukere

### Bakgrunnsopplysninger:

- Kjønn
- Alder
- Diagnose
- Familie-, arbeids- og boforhold
- Funksjonsnivå

### Tjenester og tjenestebehov:

- Kan du beskrive hva du får hjelp til og fra hvem?
- Hvor lenge har du mottatt hjelp eller fått tjenester fra kommunen?
- Hvordan opplever du omfanget og kvaliteten på hjelpen (tjenestene) du får?
- Hva opplever du for din egen del at er den viktigste hjelpen du får og hvorfor?

### Samarbeid med kommunen og tilrettelegging for dette:

#### Tildeling:

- Kan du beskrive hvordan tildelingen av tjenestene foregikk/foregår?
- Kan du ved hjelp av konkrete eksempler beskrive hvordan samhandling med kommunen typisk foregår i tildelingsfasen og hvordan det legges til rette for dette?

#### Gjennomføring:

- Forventes det at du skal være aktiv i tjenesteproduksjonen (gjennomføringen av dine egne tjenester)?
- Involveres du aktivt i gjennomføringen av tjenestene? Beskriv gjerne med konkrete eksempler.

## Generelt:

- Opplever du at dine oppfatninger og ønsker rundt tjenestetilbudet blir hørt og tatt hensyn til av de ansatte? Bruk gjerne et konkret eksempel hvis du har.
- Hvor viktig tenker du at det er at du får innflytelse på og mulighet til å påvirke innholdet i tjenestene du får?
- Hvordan opplever du din egen mulighet til å medvirke/delta? Er det forhold som hindrer deg fra å delta/ medvirke?
- (Oppfølging): Hvordan kan det eventuelt legges bedre til rette for at du kan delta/medvirke?
- Opplever du at det er noen negative sider knyttet til å delta/medvirke i denne sammenhengen?
- Hvordan opplever du kommunikasjonen med tjenesteyterne (kommunen) og i hvilken grad opplever du at du forstår informasjonen du får? Er det noen utfordringer knyttet til dette?
- Opplever du noen gang motstand hos de ansatte mot din medvirkning eller involvering? Gi gjerne eksempler.
- Kan du beskrive hvordan pårørende involveres?
- Opplever du at det er samsvar mellom dine og pårørendes behov?
- Hva opplever du som de største utfordringene i samarbeidet med tjenestene (kommunen)?
- Er det andre ting du har lyst til å ta opp eller nevne i denne sammenhengen, som jeg kan ha glemt?

## **Vedlegg 4: Intervjuguide ansatte**

### Bakgrunnsopplysninger:

- Stilling/ funksjon

### Tjenester og brukerorientering:

- Har kommunen tjenester som er rettet direkte mot denne brukergruppen, evt. hvilke?
- Har kommunen tiltak for å sikre at tjenestene til brukerne er individuelt tilpasset, evt. hva?
- Hva er de største utfordringene knyttet til å sikre gode tjenester til brukergruppen?

### Brukermedvirkning i tjenesteutvikling og gjennomføring:

- Hva legger dere i begrepet brukermedvirkning?
- Hvor viktig er det å involvere brukere? Hva slags kompetanse har de?
- Er det ulikheter på hvordan dette skjer i tildelings- og gjennomføringen av tjenestene?
- I hvilken grad og hvordan involveres brukerne i utvikling og gjennomføring av tjenestene?
- Hvordan legges det til rette for at brukere kan medvirke?
- Hva opplever dere som de største utfordringene knyttet til brukermedvirkning?
- Opplever dere at brukere og pårørende ønsker å medvirke? Evt. hvorfor ikke?
- Hva kan gjøres for å legge bedre til rette for slik medvirkning og deltagelse i tildeling og gjennomføring av tjenestene?
- Stilles det krav til brukerne om å medvirke?
- Påvirker brukermedvirkning maktforholdet mellom brukere og fagpersoner og kan det være utfordringer knyttet til dette?
- Hvordan jobber dere for å sikre at tjenestene tilpasses den enkelte brukeren?
- Opplever dere noen utfordringer i denne sammenhengen?
- Hva tenker dere rundt brukernes muligheter og evner knyttet til å medvirke/delta? Er det forhold som hindrer brukerne fra å delta/ medvirke?
- (Oppfølging): Hvordan en eventuelt kan legge til rette for at medvirkning kan skje i henhold til brukernes funksjonsnivå?

- I hvilken grad har brukerne kapasitet til å skaffe og forstå helseinformasjon og hvordan påvirker det samarbeidet med brukerne?

### Pårørendemedvirkning

- I hvilken grad og hvordan involveres pårørende i tildeling og gjennomføring av tjenestene til brukerne?
- Stilles det krav til at pårørende deltar?
- I hvilken grad og hvordan legges det til rette for slik pårørendeinvolvering?
- Er det forhold som hindrer pårørende fra å delta/ medvirke?
- Hva oppleves som de største utfordringene knyttet til pårørendeinvolvering?
- Hva kan gjøres for å legge bedre til rette for pårørendes medvirkning og deltagelse i utvikling og gjennomføring av tjenestene?
- Har pårørende egne behov som ikke ivaretas av kommunene, og hva kan eventuelt gjøres for å forbedre dette?
- I hvilken grad oppleves brukere og pårørende å ha like behov og kan det være konflikter mellom brukere og pårørende når det kommer til dette?

## Vedlegg 5: Intervjuguide ledere

### Bakgrunnsopplysninger:

- Stilling/ funksjon

### Tjenester og brukerorientering:

- Hva er de største utfordringene knyttet til å sikre gode tjenester til brukergruppen?

### Brukermedvirkning i tjenesteutvikling og gjennomføring:

- Hva legger dere i begrepet brukermedvirkning?
- Hvor viktig er det å involvere brukere i utvikling- og gjennomføring av tjenestene?  
Hva slags kompetanse har de?
- Er det ulikheter på hvordan dette skjer i tildelings- og gjennomføringen av tjenestene?
- I hvilken grad og hvordan involveres brukerne i utvikling og gjennomføring av tjenestene?
- Hvordan legges det til rette for at brukere kan involveres?
- Hva opplever dere som de største utfordringene knyttet til brukermedvirkning?
- Opplever dere at brukere ønsker å bli involvert og medvirke i utformingen av egne tjenester? Evt. hvorfor ikke?
- Hva kan gjøres for å legge bedre til rette for slik medvirkning og deltagelse i tildeling og gjennomføring av tjenestene?
- Stilles det krav til brukerne om å medvirke?
- Påvirker brukermedvirkning maktforholdet mellom brukere og fagpersoner og kan det være utfordringer knyttet til dette?
- Hvordan jobber dere for å sikre at tjenestene tilpasses den enkelte brukeren?
- Opplever dere noen utfordringer i denne sammenhengen?
- Hva tenker dere rundt brukernes muligheter og evner knyttet til å medvirke/delta? Er det forhold som hindrer brukerne fra å delta/ medvirke?
- (Oppfølging): Hvordan en eventuelt kan legge bedre til rette for brukernes deltagelse/medvirkning?

- I hvilken grad har brukerne kapasitet til å skaffe og forstå helseinformasjon og hvordan påvirker det samarbeidet med brukerne?

#### Pårørendemedvirkning:

- I hvilken grad og hvordan involveres pårørende i tildeling og gjennomføring av tjenestene til brukerne?
- Hva er pårørendes viktigste rolle i denne sammenhengen?
- I hvilken grad og hvordan legges det til rette for slik pårørendeinvolvering?
- Stilles det krav til at pårørende deltar?
- Er det forhold som hindrer pårørende fra å delta/ medvirke?
- Hva oppleves som de største utfordringene knyttet til pårørendeinvolvering?
- Hva kan gjøres for å legge bedre til rette for pårørendes medvirkning og deltagelse i utvikling og gjennomføring av tjenestene?
- Har pårørende egne behov som ikke ivaretas av kommunene, og hva kan eventuelt gjøres for å forbedre dette?
- I hvilken grad oppleves brukere og pårørende å ha like behov og kan det være konflikter mellom brukere og pårørende når det kommer til dette?

#### Prosjekt nevroplan:

- Kommunen fikk jo prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å utvikle tjenester til denne brukergruppen. Kan dere si noe om hvordan dette prosjektet har hatt betydning for de kommunale tjenestene til disse brukerne i et bredere perspektiv? (bevisstgjøring, kompetanse og samhandling).

## **Vedlegg 6: Avhandlingens artikler**





Skarli, J. B. (2020). Sammensatte behov og store variasjoner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-08>



## Sammensatte behov og store variasjoner

*En studie av brukerorientering i kommunale tjenester til personer med neurologiske tilstander*

### Complex Needs and Large Variations

*A Study of User Orientation in Municipal Services for People with Neurological Conditions*

Jim Broch Skarli

*Ph.d.-stipendiat i Innovasjon i tjenesteyting- offentlig og privat (Intop), Høgskolen i Innlandet*

[jim.skarli@inn.no](mailto:jim.skarli@inn.no)

#### Sammendrag

**Bakgrunn:** Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til mange brukere med neurologiske tilstander, med store variasjoner i funksjonsnivå. Myndighetene har en målsetting om brukerorienterte tjenester, samtidig som de erkjenner at det mangler kunnskap om hvor godt tjenestene legger til rette for mestring og egenverdi for disse brukerne. Artikkelen retter søkelys på hvordan kommuner gjennom en brukerorientering i offentlige tjenesteinnovasjoner tilrettelegger for brukernes mestring og verdiskaping. Dette gjøres ved å kombinere en tradisjonell forståelse av brukerorientering i omsorgstjenestene med verdibegrep fra tjenesteforskning, hvor verdi forstås som bruksverdi for brukeren.

**Metode:** Artikkelen bygger på en dokumentstudie av rapporter fra 19 kommunale prosjekter som mottok tilskudd fra Helsedirektoratet for å utvikle tilbud til målgruppen. Datamaterialet er analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat og konklusjon:** Studien illustrerer at brukerorientering i form av tilgjengelighet, individuell tilpasning, samordnende og helhetlige tjenester og brukermedvirkning kommer til uttrykk i kommunenes beskrivelser. I prosjektenes utviklingsfase fremkommer dette først og fremst på gruppenivå, mens det i større grad er knyttet til den enkelte bruker i gjennomføringsfasen. Samtidig gir brukernes sammensatte behov og variasjoner i funksjonsnivå kommunene utfordringer knyttet til å etablere og tilby tjenester som fanger opp bredden av målgruppen, og samtidig ivaretar den enkelte brukers behov. Studien synliggjør et behov for ytterligere kunnskap om bruksverdi for brukerne, samt forholdet mellom kommunenes tilrettelegging av tjenestene og slik bruksverdi.

Nøkkelord

hjerneehelse, bruksverdi, samskaping

#### Abstract

**Background:** The municipalities have gotten responsibility for providing services to many users with neurological conditions, who have large variations in functional level. The authorities have a goal of user-oriented services, while acknowledging that there is a lack of knowledge about how well the services facilitate value creation. The article highlights how the municipalities describe their facilitation of value creation among users, through user orientation in service innovations. This is done by combining a traditional theoretical understanding of user orientation in the care services with a value understanding from public service research. This clarifies that value for the user is co-created through the interaction between the care services and the users and that the understanding of value should be linked to the users' experience of their own quality of life.

**Method:** The article is based on a document study of reports from 19 municipal projects that received grants from the Directorate of Health to develop services for this group. Data is analysed using qualitative content analysis.

**Outcome and conclusion:** The study illustrates that user orientation is expressed in the municipalities' descriptions. In the development phase of the projects, this emerges primarily at the group level, while it is largely linked to the individual user in the implementation phase. At the same time, the users' complex needs and variations in functional level challenge the municipalities when establishing and offering services that capture the entire breadth of the target group and at the same time take care of the individual user's needs. There is a need for further knowledge about value for the individual user, as well as the relationship between the municipalities' facilitation of the services and the users' actual experience of value in use.

Keywords

Brain health, value in use, co-creation

#### Hva vet vi om dette emnet?

- Myndighetene har en målsetting om brukerorienterte tjenester, samtidig som de erkjenner at det mangler kunnskap om hvor godt tjenestene legger til rette for mestring og verdi for brukere med nevrologiske tilstander.

#### Hva tilfører denne studien?

- Brukerorientering kommer tydelig til uttrykk i kommuners beskrivelser av tjenester til brukere med nevrologiske tilstander.
- Brukernes sammensatte behov og variasjoner i funksjonsnivå gir kommunene utfordringer knyttet til å etablere og tilby tjenester som fanger opp hele bredden av målgruppen og samtidig ivaretar den enkelte brukers behov.
- Studien kombinerer en tradisjonell teoretisk forståelse av brukerorientering i omsorgstjenestene med verdiforståelse fra offentlig tjenesteforskning. Slik tydeliggjøres det at verdi for brukeren samskapes gjennom interaksjonen mellom omsorgstjenestene og brukerne, og at forståelsen av verdi bør knyttes til brukernes opplevelse av egen livskvalitet.

## Introduksjon

De siste tiårene har kommunene fått ansvaret for tjenestetilbudet til mange brukere som tidligere enten fikk tilbud i spesialisthelsetjenesten eller var avhengig av hjelp fra familien. Mange av disse har nevrologiske tilstander som krever omfattende tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Romøren, 2006). Med nevrologiske tilstander menes skader eller kronisk sykdom i nervesystemet, samt enkelte muskelsykdommer (Den norske legeforening, 2007; Helsedirektoratet, 2012a, 2012b). Vanlig forekommende i omsorgstjenestene er blant andre multippel sklerose, Parkinsons sykdom, hjerneslag, epilepsi og hjerne- eller ryggmargsskader. Heterogeniteten er stor når det kommer til både fysisk og kognitivt funksjonsnivå (Romøren, 2006), og personer i målgruppen har ofte sammensatte behov, noe som blant annet kan inkludere kognitive og emosjonelle utfall (Fure, 2008; Härmäläinen & Rosti-Otajärvi, 2016; Iaffaldano et al., 2014; Sharbafshaaer, 2018; Yang, Tang, & Guo, 2016), og i noen tilfeller også psykiatriske symptomer som angst og depresjon (Figved, 2007; Han et al., 2018; Stålnacke, Saveman, & Stenberg, 2019).

Regjeringen poengterer at et brukerorientert helsetilbud skal gjøre det enklere for disse brukerne å mestre livet med sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kvalitet i tjenestene relateres til at de er samordnet og preget av kontinuitet, tilgjengelige og rettfærdig fordelt, samt at brukere involveres og gis innflytelse. Samtidig påpekes det at det er vanske-

lig å si noe om helheten på kvaliteten i tilbudet de mottar, og det finnes eksempler på både regionale forskjeller og svikt i tjenestene (Helsedirektoratet, 2017). Det hevdes at det må endring til for å kunne tilby tjenester som oppleves som gode av brukeren (Rambøll, 2016), at de opplever for liten innflytelse over tjenestetilbudet, samt at dette ofte ikke er tilstrekkelig fleksibelt og tilpasset deres behov (Helsedirektoratet, 2011; Martinsen, Kirkevold, & Sveen, 2015).

Myndighetene har altså en uttalt målsetting om brukerorienterte tjenester og knytter dette tett opp mot kvalitet i tjenestene, samtidig som de erkjenner at det mangler kunnskap om hvor godt de kommunale tjenestene legger til rette for mestring og verdi for disse brukerne.

I denne artikkelen settes det derfor søkelys på hvordan kommunene selv beskriver at de legger til rette for økt verdiskaping hos brukerne, gjennom brukerorientering i innovasjoner av tjenester til personer med nevrologiske tilstander. Datagrunnlaget utgjøres av rapporter fra 19 kommunale prosjekter som har mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet for å etablere tilbud til personer i målgruppen. Med utgangspunkt i en forståelse av at omsorg er noe som samskapes i interaksjonen mellom kommunene og brukerne, jfr. Askheim (2016); Osborne, Strokosch, and Radnor (2018); Stokke, Hellese, and Sogstad (2019), kombinerer analysen en tradisjonell forståelse av brukerorientering i omsorgstjenestene (Kjellevold, 2006) med verdibegrep fra offentlig tjenesteforskning. Verdi forstås i denne sammenheng som «value in use» og innebærer at verdi er knyttet til brukerens egen opplevelse av livskvalitet (Grönroos, 2008; Grönroos & Voima, 2013). I denne artikkelen er begrepet oversatt til bruksverdi. En innovasjon forstås i denne sammenheng som en målrettet, intensjonell innsats for å skape noe nytt og utvikle dette nye til goder eller tjenester som har økonomisk og sosial verdi eller betydning (Fuglsang & Rønning, 2014). Dette er i tråd med målene for de kommunale prosjektene, som var å utvikle det kommunale tjenestetilbudet slik at det traff den nye brukergruppens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Følgende forskningsspørsmål legges til grunn:

- Hvordan kommer brukerorientering i form av tilgjengelighet, individuell tilpasning, samordnende og helhetlige tjenester og brukermedvirkning til uttrykk i kommunenes egne beskrivelser av tjenesteinnovasjoner, og synliggjøres det utfordringer knyttet til dette?
- Hva kan kommunenes beskrivelser av brukerorientering fortelle om hvordan de tilrettelegger for brukernes verdiskapingsprosess og bruksverdi av tjenestene?

## Teori

### Brukerorientering

Brukerorientering fremstår som et sentralt moment når organiseringen av den offentlige forvaltning og dennes virksomhet diskuteres, og innebærer en forventning om å sette brukernes behov i sentrum (Kjellevold, 2006). Brukerorientering er derfor beslektet med begreper som personorientering og pasientorientering, som vektlegger individualiserte tilnærminger, jfr. Briseid (2019). I Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024) oppgis et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud som en av fire hovedmål, og det vektlegges at pasientenes behov og preferanser skal tillegges vekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Kjellevold (2006) påpeker at hensynet til brukeren likevel ikke er et entydig hensyn, men et begrep som inneholder flere elementer og refererer til flere sider av tjenesteytingen. Fire elementer er særlig sentrale. Det er krav om at tiltak og tjenester er lett tilgjengelige, at tjenestetilbudene er individuelt tilpasset, at tilbudene er samordnet, og at tjenestemottakerne

får medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenestetilbudene (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005; Kommunal- og regionaldepartementet, 2001). At tjenestene er tilgjengelige, betyr at det er enkelt å komme i kontakt med hjelpeapparatet og å få oversikt over aktuelle tjenester, utforming av og gjennomføring av disse. Dette innebærer at flere forhold er av betydning for graden av tilgjengelighet. Det kan være den fysiske tilgangen til offentlige instanser og tilgang til forskjellige produkter, så vel som tilgang til informasjon. Individuell tilpasning innebærer at tjenestene ytes ut fra den enkeltes individuelle behov, ikke ut fra en gruppevurdering. Det krever kjennskap til tjenestemottakerens situasjon, forutsetninger, verdier og mål. Samordnete tjenester betyr at tjenestene den enkelte har behov for, er helhetlige og sammenhengende. Dette medfører at tjenestene skal sees i sammenheng og fremstå som et helhetlig og koordinert tilbud i forhold til personens totalbehov. Det krever både samhandling mellom tjenesteytere og at tjenesteyterne samrår seg med tjenestemottakeren. Medvirkning innebærer at tjenestemottakeren får være med og sette premisser for hva som skal gjøres, og på hvilken måte. I dette ligger et krav om at tjenestemottaker får uttale seg og blir hørt og at hans eller hennes synspunkter tillegges vekt. Men det kan også ligge et krav om at tjenestemottaker selv får styre utforming og gjennomføring av tildelte tjenester. Den som har behov for hjelpetjenester, skal altså gis anledning til å medvirke ved planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av hjelpetilbudet (Kjellevoll, 2006).

#### Offentlig tjenestelogikk og verdi for brukeren

Offentlig tjenestelogikk (OTL) (Grönroos, 2018; Grönroos & Voima, 2013; Osborne, 2018) er inspirert av tjenesteforskning og representerer et brudd med den NPM-inspirerte tradisjonen som antyder at verdiskapning i offentlige organisasjoner skjer med lite eller ingen brukerinvolvering (Engen, Fransson, Quist, & Skálén, 2020). OTL antyder derimot at verdi blir samprodusert, eller samskapt, av de offentlige tjenesteyterne og brukerne så vel som tredjeparter (Osborne, 2018; Osborne, Radnor, & Nasi, 2013). Dette betyr at omsorg ikke kan ses på som noe som gis fra en ansatt til en bruker, men i stedet må ses på som noe som samskapes i interaksjonen mellom dem (Stokke et al., 2019). Samproduksjons- eller samskapingsperspektivet har blitt mer sentralt i forskningen de senere årene (Andersen, 2019). Ofte benyttes begrepene om hverandre i litteraturen (Voorberg, Bekkers, & Tummers, 2015), hvor begge innebærer en forståelse av brukeren som en fullverdig og kompetent samfunnsborger og medprodusent eller *likeverdig bidragsyter med en komplementær kompetanse til tjenesteyterne* (Askheim, 2017, s. 13). Både brukernes medvirkning og samskapingsprosessene kan forstås som verdifulle i seg selv (Andersen, 2016, 2019; Tortzen, 2019). Samtidig er det viktig å vurdere hvilke verdier resultatene av slike prosesser skaper, og for hvem (Bovaird & Löffler, 2018; Tortzen, 2019), noe samproduksjonsforskningen har vært lite opptatt av (Askheim, 2016; Voorberg et al., 2015). OTL bidrar til dette perspektivet med en forståelse av at verdien av de offentlige tjenestene bør knyttes til brukernes opplevelse av egen livskvalitet (Grönroos, 2018; Grönroos & Voima, 2013; Osborne, 2018).

Litteratur om tjenesteinnovasjon i offentlig sektor beskriver at brukerne skaper egne verdier som resultat av en offentlig tjeneste, mens tjenestetilbyderen tilrettelegger for denne prosessen gjennom å etablere og tilby tjenestetilbud eller verdiforslag samt å tilrettelegge for verdiskapingsprosessen (Grönroos, 2018; Osborne, 2018; Skálén, Gummerus, von Koskull, & Magnusson, 2015). Dette innebærer at tjenestenes bruksverdi for brukeren avhenger av dennes evne til å hente ut verdi av de kommunale tjenestene, gjennom bruk over tid. Egenverdi for brukeren skapes gjennom å integrere verdiforslagene med egne behov, personlige evner og opplevelser og deres samfunnsmessige kontekst (Osborne et al., 2018). Det i tråd

med en forståelse av at det er brukeren som er ekspert på sitt eget liv, som kjenner på hva som er viktig og hva som har verdi, jamfør Bason (2010).

At fokus er rettet mot hvilken verdi tjenestene kan tilføre brukeren, impliserer altså at det er resultatet av tjenestene (outcome) og ikke tjenestene i seg selv (output) som er sentralt, i tråd med Duckett and Swerissen (1996). Tjenester kan derfor forstås i betydningen «to help someone's relevant processes, such that his or her goal achievement is enabled in a way that is valuable to him or her» (Grönroos, 2018, s. 777–778). En tjeneste er således en prosess som fører frem til en output som kan legge til rette for verdiskaping for brukeren. I tråd med Nasjonal hjernehelsestrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2017) forstås brukerorientering som et uttrykk for kvalitet i tjenestene og omfanget av tilrettelegging for brukers verdiskaping. Graden av brukerorientering i rapportene fra de kommunale tjenesteinnovasjonene (output), operasjonalisert som tilgjengelighet, individuell tilpasning, samordnede tilbud og medvirkning, er derfor et uttrykk for hvordan kommunene beskriver at de legger til rette for at en slik verdiskaping kan finne sted hos brukerne (outcome).

Idealet om brukerorientering har en underliggende forventning om at det er brukernes behov som skal settes i sentrum, for å øke tjenestenes verdi for brukerne selv. I denne sammenheng kan verdi derfor forstås som bruksverdi (*value in use*) for brukeren.

Grönroos og Voima (2013, s. 134) hevder at *value in use* «implies that value in some way increases the customer's (or the user's) well-being, such that the user becomes better off in some respect.» «Well-being» kan forstås som knyttet til den enkelte brukers livskvalitet, i form av egenmestring, brukerinnflytelse og opplevelse av meningsfulle hverdager, i tråd med myndighetenes målsetninger for utvikling av tjenestene til denne brukergruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, 2017).

## Forskningsdesign og metode

Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) var en delplan under Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Planen hadde to utviklingsprogram, ett for dag- og aktivitetstilbud og ett for tilpassede treningstilbud, til personer med nevrologiske tilstander. Under de to programmene, som ble administrert av Helsedirektoratet, ble det gitt tilskudd til nitten prosjekter, fordelt på tretten kommuner. Ti av prosjektene fikk tilskudd til utvikling av dag- og aktivitetstilbud, og ni prosjekter fikk tilskudd til tilpassede treningstilbud.

I utlysningstekstene ble flere aspekter ved brukerorientering vektlagt, herunder at brukerne selv opplevde at tiltaket var mer i samsvar med eget behov, at det gav et mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud og inneholdt oppdatert kunnskap og informasjonstiltak. Videre skulle det i søknadene beskrives hvordan brukermedvirkning ble ivaretatt (Helsedirektoratet, 2012a, 2012b).

Det empiriske grunnlaget for denne artikkelen utgjøres av prosjektrapportene utarbeidet av kommunene som rapportering til Helsedirektoratet, på tildelt tilskudd. Rapportene ble utarbeidet i perioden 2014–2015. Samtlige består av besvarelser på et fastlagt rapporteringsskjema. I tillegg har en rekke av prosjektene utarbeidet mer utfyllende rapporter som vedlegg. Disse er inkludert i analysen.

Tabell 1 gir en oversikt over de kommunale prosjektene etter kommune, type prosjekt, fylke og kommunestørrelse. Den geografiske spredningen av kommunene forstås som god. Halvparten av kommunene i Norge har under 5 000 innbyggere (Haugstveit, Otnes, & Jensen, 2019), en gruppe som er underrepresentert i utvalget. I den grad kommunestørrelse



påvirker tjenestene, kan dette påvirke kommunenes representativitet. Eksempelvis er det funnet at omsorgstjenestene i større kommuner får mer og mer preg av spesialisering, enn i mindre kommuner (Tingvold & Romøren, 2015). Takvam (2012) påpeker at små kommuner viser stor oppfinnsomhet for å imøtekomme ønsker og behov for brukere med nevrologiske tilstander, samt at de ofte drar nytte av gode kommunikasjonskanaler. Samtidig vanskeliggjør mangel på fagfolk i større grad etablering av systemer og rutiner, sammenlignet med større kommuner.

**Tabell 1** Oversikt over kommunale prosjekter etter prosjekttype, geografisk beliggenhet og kommunestørrelse

Kommune	Prosjekttype		Fylke (per aug. 2020)	Kommunestørrelse etter antall innbyggere		
	Dag/aktivitets-tilbud	Tilpasset treningstilbud		0- 4999	5000- 19999	20000-
1	x	x	Agder		x	
2	x	x	Møre og Romsdal			x
3	x	x	Vestfold og Telemark			x
4	x	x	Innlandet			x
5	x	x	Viken	x		
6	x	x	Trøndelag			x
7	x		Viken			x
8		x	Agder			x
9	x		Vestfold og Telemark			x
10		x	Vestland			x
11	x		Viken			x
12		x	Trøndelag		x	
13	x		Troms og Finnmark			x
Sum:	10	9		1	2	10

Datamaterialet er analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse, som er en empirisk vitenskapelig metode som brukes for å trekke konklusjoner om innholdet i forskjellige typer kommunikasjon, for eksempel intervjuer eller ulike typer skriftlige kilder (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Metoden har en styrke i å kunne kombinere beskrivelser av både det manifeste innholdet i teksten og tolkninger av det latente innholdet. Det latente innholdet er tolkninger av den underliggende betydningen mellom linjene i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysen tok utgangspunkt i en deduktiv, eller konseptstyrt tilnærming jfr. Schreier (2012). De fire elementene som Kjellevold (2006) trekker frem som særlig sentrale når det kommer til brukerorientering – altså tilgjengelighet, individuell tilpasning, at tilbudene er samordnet og at tjenestemottakerne får medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenestetilbudene – ble lagt til grunn som kategorier. Tekstene (analyseenheter) ble gjennomgått flere ganger for å få en oversikt over helheten. Setninger eller fraser som inneholdt informasjon som var relevante for kategoriene, ble så valgt ut. Omgivende tekst ble inkludert der dette var nødvendig, slik at de forble i kontekst. Disse meningsbærende enhetene ble kondensert for å forkorte teksten, men uten å forringe meningsinnholdet. De kondenserte meningsenheterne ble så kodet og gruppert i kategoriene.

En deduktiv tilnærming innebærer at en går fra teori til data, eller fra et mer abstrakt til et mer konkret og spesifikt nivå (Graneheim et al., 2017). Eriksson and Lindström (1997, 1999) hevder at forskeren ved en konvensjonell deduktiv tilnærming risikerer å formulere

kategorier utelukkende basert på en etablert teori eller modell. I denne studien hvor intensjonen er å forstå og forklare data ved hjelp av en eksisterende teoretisk modell, forstås et deduktivt utgangspunkt for analysen som naturlig.

En annen utfordring knyttet til et deduktivt utgangspunkt kan være å bestemme hvordan en skal behandle resterende data som ikke passer til den valgte teorien eller forklaringen (Graneheim et al., 2017). Her ble data som illustrerte brukerorientering eller utfordringer knyttet til dette, inkludert i analysen, mens materiale som ikke falt inn under problemstillingen, ble utelatt.

Videre ble det på bakgrunn av de empiriske funnene etablert ulike underkategorier. Denne fasen, hvor analysen gikk fra empiriske data til etablering av mer abstrakte og generelle underkategorier, var i større grad preget av en induktiv tilnærming.

På bakgrunn av ulikheter i empiriske funn knyttet til prosjektfaser, ble tiltakene også kategorisert etter hvorvidt de fant sted i utviklingsfasen eller gjennomføringsfasen av prosjektene. Datamaterialet ble kategorisert og analysert ved hjelp av NVivo.

I likhet med andre data presenterer dokumenter en versjon av virkeligheten. Tjora (2017) påpeker at dokumenter som ikke er generert direkte for forskning, gir informasjon om forhold nedtegnet på et spesielt tidspunkt og sted, ofte med tanke på spesifikke lesere. Tekster som eksisterer uavhengig av forskningen, reiser derfor noen spesielle utfordringer, blant annet fordi det skjer en siling i flere ledd fra hendelser skjer til forskeren behandler tekstene. Det er derfor viktig å vurdere tekstens intensjon og funksjon i sin samtid (Repstad, 2007), dens hensikt og mandat, samt hva slags informasjon som faller utenfor dette mandatet (Stewart, 1993). Da datagrunnlaget består av kommunenes rapportering til Helse- og sosialtjenestedirektoratet, må det tas høyde for at materialets opprinnelige mottaker var prosjektene tilskuddsgiver. Rapportene må også forstås som kommunenes egne beskrivelser av virkeligheten, og må tolkes i lys av det.

En mulig følge av dette kan være at negative, eller problematiske sider blir underkommunisert (Lavrakas, 2008). En annen følge kan være at viktige faktorer knyttet til brukerorientering forstås å ligge utenfor dokumentets mandat og derfor ikke omtales.

## Resultater

I det følgende presenteres funnene i undersøkelsen. Disse er systematisert etter de fire elementene av brukerorientering, i tråd med fremstillingen i tabell 2. Kategoriene er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, da ulike tiltak kan være av betydning i flere faser og for flere av elementene.

**Tabell 2** Funn etter brukerorientering og prosjektfase

	Utviklingsfase	Gjennomføringsfase
Tilgjengelighet	Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse	Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse
	Informasjonsspredning og kunnskapsdeling med bl.a. spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner	Informasjonsspredning og kunnskapsdeling med bl.a. spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner
	Utfordringer knyttet til forholdet mellom tilgjengelighet og informasjon	Utfordringer knyttet til transport og logistikk
Individuell tilpasning	Utfordringer knyttet til gruppetilbud vs. individuelle tilbud	Kartlegging av fysisk og kognitivt funksjonsnivå ved hjelp av kartleggingssamtaler og verktøy
		Individuell målformulering og tilrettelegging av øvelser
		Brukerevalueringer
Samordnede og helhetlige tjenester	Samarbeid på tvers av enheter internt i kommunene, bl.a. hospiteringsordninger og samlokalisering med andre tilbud	Samarbeid med andre kommunale enheter, bl.a. hjemmetjenestene, knyttet til den enkelte bruker
	Samarbeid med spesialisthelsetjeneste, bl.a. gjennom hospitering	Samarbeid med spesialisthelsetjeneste, bl.a. i forbindelse med utskrivelse
	Samarbeid med andre aktører, bl.a. frivillig sektor og fastleger på systemnivå	
		Samarbeid med andre aktører, bl.a. frivillig sektor og fastleger, på individnivå
	Vektlegging av tverrfaglig kompetanse/ pasientforløp på systemnivå	Vektlegging av tverrfaglig kompetanse og pasientforløp på individnivå
	Utfordringer knyttet til kompetanse og ressurser	
Brukermedvirkning	Samarbeid med brukerorganisasjoner	Individuell medvirkning gjennom bl.a. samtaler, brukerevalueringer, kartlegging av individuelle behov og ønsker

### Tilgjengelighet

Informasjon og rekrutteringsstrategier fremstår som sentrale komponenter knyttet til tilgjengelighet i utviklingsfasen og blir beskrevet som viktig for å gjøre tilbudene kjent for både målgruppen og for hjelpeapparatet. Kommunene påpeker at informasjonsspredning og rekrutteringsarbeid er kontinuerlige og tidkrevende prosesser gjennom prosjektene. I tilbud som rekrutterer brukere ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, vektlegges informasjon mot dette nivået, både i forkant og ved oppstart av tilbudene. Personell som henviser pasienter til kommunen, trekkes frem som spesielt sentrale her.

Mange prosjekter vektlegger informasjon til brukerorganisasjonene og informasjonsspredning ved hjelp av disse som en nyttig og vellykket strategi, da organisasjonenes oversikt over brukergruppen bidrar til å nå frem til aktuelle brukere.

Det fremgår også at kommunene anser det som svært viktig å forankre tilbudet på en slik måte at ulike tjenesteområder i kommunen er kjent med innholdet og hvem de kan være til nytte for. Dette begrunnes med at de enklere når ulike brukergrupper, noe som gir en høyere rekrutteringsfrekvens og bidrar til at tilbudet lettere blir innarbeidet i det totale kommunale tilbudet.

For å nå ulike grupper beskrives det at informasjon foregår gjennom en rekke kanaler. Samtidig fremkommer det et spenningsforhold mellom hensynet til informasjon og tilgjengelighet. En kommune beskriver at «lavterskeltilbud har en utfordring med å informere om hva tilbudet innebærer, så tydelig at det er de som vil ha størst utbytte, som faktisk oppsøker det. Samtidig er det ikke ønskelig å lage rammene for deltakelse så smale at ingen melder sin interesse for å delta».

I noen av tilbudene innsnevres målgruppa ved at de benytter inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse. Inklusjonskriteriene beskriver ulike typer egenskaper som må være til stede for at en person skal kunne delta. De går på selve behovet for tilbudet, eller på evnen til å nyttiggjøre seg dette. Et eksempel på førstnevnte er krav om at deltagerne må ha en form for nevrologisk sykdom eller skade, eller en bestemt diagnose. Sistnevnte er typisk kriterier som går på den enkeltes evne til å kommunisere med tjenesteyterne eller andre deltagere (kognitivt funksjonsnivå), eller at en er selvhjulpel ved forflytning og i toalettsituasjon (fysisk funksjonsnivå).

Eksklusjonskriterier beskriver grunner til at en person ikke kan delta i tilbudet, selv om personen oppfyller inklusjonskriteriene som er satt. Slike kriterier benyttes i mindre grad enn inklusjonskriterier. De settes ofte med bakgrunn i erfaringer om at enkelte forhold medfører at personen ikke vil være i stand til å nyttiggjøre seg det aktuelle tilbudet, eller egn seg mindre godt til å delta i et gruppebasert tilbud. Eksempler på dette er store kognitive og språklige vansker, tung psykisk lidelse eller rusavhengighet.

Kriterier som går på funksjonsnivå, begrunnes noe ulikt. Kognitive begrensninger forstås å medføre at brukeren ikke kan nyttiggjøre seg selve innholdet i tilbudet, eller påvirker gruppeprosessene på en negativ måte, slik at andre brukere får mindre utbytte av tilbudet. Begrenset fysisk funksjonsnivå begrunnes derimot i at det medfører et større behov for personale og ressurser, enn rammene for tilbudet tillater.

Utfordringene knyttet til den fysiske tilgjengeligheten til tilbudene poengteres også i gjennomføringsfasen. Det synliggjøres at transport kan representere en utfordring for brukerne. Mange brukere mangler førerkort eller har kjøreforbud og kan ha vanskeligheter med å bruke offentlige transportmidler. Det påpekes at det ikke alltid er nok at tilbudet ligger nært et kollektivt knutepunkt, da det for noen brukere kan være så krevende å ta offentlig transport, at de takker nei til tilbudet. Det beskrives at noen løser dette ved at de har pårørende som kan stille opp, men at ikke alle har den muligheten. Om tilbudet er definert som helsehjelp eller ikke, er også førende for om det gir rett til pasienttransport eller ikke.

### Individuell tilpasning

Det fremgår at individuell tilpasning først og fremst foregår i gjennomføringsfasen av tilbudene. Det forklares at kartleggingssamtaler og -verktøy hyppig benyttes for å sikre at tilbudene tilpasses den enkelte brukerens fysiske og kognitive funksjonsnivå, samt den enkeltes behov og ønsker. Mange prosjekter påpeker også at ulike former for brukerevalueringer aktivt ble benyttet underveis, for å sikre at tjenestene tilpasses den enkelte brukeren.

Viktigheten av individuell tilpasning blir gjennomgående påpekt, og samtlige prosjekter skisserer ulike former for slik tilpasning. Dette spenner fra enkel målformulering på individnivå og tilrettelegging av treningsøvelser for den enkelte, til omfattende bruk av aner-

kjente verktøy for å skreddersy tjenestene til den enkelte. Mange skriver at de kartlegger både kognitiv og fysisk funksjon ved oppstart, blant annet gjennom ulike former for inntakssamtaler eller verktøy. Metoder som Motiverende intervju (MI) benyttes eksempelvis for å fremme deltakernes egen problemløsning og fokus på mestringsstrategier. Dette begrunnes i at ulikheter i funksjonsnivå gjør det nødvendig å tilpasse tjenestene til den enkelte, for at de skal kunne nyttiggjøre seg disse. Det poengteres også at mange brukere har godt utbytte av tilrettelagte gruppetilbud, mens andre har behov som vanskeliggjør dette. I noen tilfeller beskrives en utfordring knyttet til individuell tilpasning i gruppetilbud. Et prosjekt beskriver at «noen egner seg mindre godt til å delta i en gruppeprosess hvor flere med forskjellige behov møtes og skal bidra med sin stemme for å finne sin vei. Dette fordi rammene da vanskelig kan ivareta de spesifikke behov som hver enkelt deltaker har». I en del tilfeller løses dette ved å tilby individuelle opplegg i tillegg til gruppetilbudene.

### Samordnede og helhetlige tjenester

De fleste kommunene omtaler forhold som angår samordnede og helhetlige tjenester. Tverrfaglighet, sammenhengende behandlingsløp og samarbeid med både interne og eksterne aktører trekkes oftest frem. Selv om tilbudene er av ulik karakter og stiller ulike krav til faglig sammensetning og tilnærming, poengteres tverrfaglig kompetanse spesielt. I en rapport heter det at «viktigheten av tverrfaglighet rundt brukere med nevrologiske tilstander har vært nødvendig og lærerikt for både brukere og ansatte».

Også behovet for tverrfaglig kompetanse begrunnes i brukernes sammensatte sykdomsbilde og store variasjoner i funksjonsnivå. Samtidig illustreres det at kommunene, som et resultat av økt ansvar for nye brukergrupper, også ser behov for mer spesialisert kompetanse i tjenestene. En kommune trekker frem viktigheten av kompetanse på nevrologi og påpeker at det burde etableres et innsatsteam eller en koordinatorfunksjon med særlig kompetanse på dette området.

Internt samarbeid i kommunen skildres også hyppig. De overordnede begrunnelsene for dette er gjerne en målsetning om at tiltaket skal sees i sammenheng med øvrige kommunale tjenester og integreres i et helhetlig kommunalt tilbud. Det påpekes at slikt samarbeid kan foregå på flere måter og med ulikt siktemål. Kompetanseoverføring mellom kommunale enheter, deriblant gjennom interne hospiteringsordninger, trekkes frem som svært nyttig av noen. Det samme gjelder samlokalisering med andre tilbud, eksempelvis i kommunal fri-sklivssentral.

Samarbeid begrunnes i faglig samordning til brukernes beste. Noen kommuner beskriver at de etablerer kontakt med hjemmetjenesten, blant annet med tanke på rekruttering av brukere samt for å få fokus på brukernes kognitive utfordringer. Dette foregår gjennom ulike former for skriftlig informasjon, informasjonsmøter eller inkludering av representanter fra andre kommunale tjenester i arbeidet. I noen tilfeller synliggjøres det at begrensede ressurser kan være en utfordring knyttet til internt samarbeid, som når en kommune beskriver at «for å legge til rette for hjemmetrening for personer uten vedtak om hjemmetjenester var det nødvendig å leie inn personell for å få timer. Det var en utfordring.»

I noen tilbud skjer rekruttering i samarbeid med og i forbindelse med utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Tilbud til personer med nylig gjennomgått hjerneslag er et eksempel på dette. Samhandlingsreformen og en endret kommunerolle trekkes også frem som en viktig begrunnelse for behovet for samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette fordi kommunene mottar flere brukere med behov for god kartlegging av funksjonstap og ressurser, intensiv rehabilitering, tverrfaglig innsats og behandling på tvers av tjenester og nivåer i en tidligere fase enn før. Det beskrives som utfordrende av enkelte kommuner med hensyn til tilgjengelig kompetanse og ressurser.

Kompetansebehov illustreres også ved at hospitering i spesialisthelsetjenesten fremstilles som en viktig samarbeidsform, hvor målsetningen om økt kompetanse på nevrologi, først og fremst trekkes frem.

Samarbeid med andre aktører, inkludert frivillig sektor, poengteres også. Fastleger fremstår generelt som viktige samarbeidspartnere, ikke minst for å rekruttere brukere som ikke mottar andre helse- eller omsorgstjenester. Muligheten til å nyttiggjøre seg ulik kompetanse for å kunne tilby helhetlige tjenester til den enkelte brukeren, trekkes frem som et sentralt poeng i gjennomføringsfasen.

I noen tilfeller redegjøres det for etablering av samarbeid tidlig i utviklingsfasen. Et formål som fremheves da, er å kartlegge hull i behandlingsskjeden og undersøke hvilke grupper som har størst behov for tilbud. I en prosjektrapport heter det at:

«Etter møter med spesialisthelsetjenesten og MS- forbundet, og kartlegging av dagens tilbud til MS- pasienter, har vi konkludert med at følgende grupper av MS- pasienter har spesielt behov for tilbud om rehabilitering utenfor institusjon: Brukere med nylig gjennomgått attack. Brukere med ny diagnose innen siste året.»

Hyppig samarbeid på tvers av enheter innad i kommunene begrunnes i viktigheten av tverrfaglighet i tjenestene. Med bakgrunn i målgruppens sammensatte behov og variasjonen i berørte funksjoner, beskrives dette som en viktig faktor for å skape helhetlige tjenester. Et annet viktig funn knyttet til dette er beskrivelsene av samarbeid med spesialisthelsetjenesten i utviklingsfasen. Dette samarbeidet begrunnes blant annet i bedre pasientforløp (samordnede og helhetlige tjenester), rekruttering og informasjonsspredning (tilgjengelighet).

### Brukermedvirkning

Brukermedvirkning må forstås i tett sammenheng med de andre elementene av brukerorientering. Samtidig som det er et mål i seg selv, kan det også forstås som et virkemiddel for å oppnå tilgjengelige, helhetlige og individuelt tilpassede tjenester. Dette synliggjøres eksempelvis når mange av prosjektene redegjør for medvirkning i den tidlige utviklingsfasen. Brukermedvirkning i denne fasen beskrives i all hovedsak som samarbeid med relevante brukerorganisasjoner. Samarbeidet på dette stadiet betegnes utelukkende som positivt, både for utvikling av tjenestene og rekruttering av deltagere. «Slikt samarbeid ble fordelaktig med hensyn til innspill og tilpasning av treningstilbudet til målgruppen, samt ved rekruttering av deltagere til treningstilbudet», slik en kommune skildrer det. Brukermedvirkning omtales av samtlige kommuner og trekkes frem som en viktig faktor både for å utvikle og levere gode tjenester til brukerne. I et tilfelle beskrives det illustrerende at «fagpersonale og brukerne er likeverdige aktører som bidrar med sin kunnskap inn i hvert tema». I et enkelt tilfelle beskrives riktignok ikke brukermedvirkning utover å henwise til at brukerperspektivet ble ivarettatt gjennom å ta hensyn til fagrapporten som lå til grunn for utarbeidelsen av Nevroplan 2015, hvor brukerorganisasjonene deltok.

Mange kommuner forteller om gjennomføring av brukerundersøkelser og evalueringssamtaler med brukerne undervegs i prosjektene, og bruk av resultatene som grunnlag for endringer og forbedringer av tilbudene ved prosjektavslutning og overgang til ordinær drift. Kommunene beskriver likevel i liten grad hvordan brukernes medvirkning konkret har påvirket tjenestene. En rekke prosjekter vektlegger brukermedvirkning i selve gjennomføringen av tilbudene. Samtidig må bruken av ulike verktøy og kartleggingssamtaler forstås som viktige redskap for å få frem brukernes stemme. Det kan eksempelvis være gjennom å benytte oppstartssamtaler som en arena for å avklare den enkelte brukerens behov, evner og ønsker med hensyn til tjenesten. Det synliggjøres i liten grad utfordringer knyttet direkte til brukermedvirkning i datamaterialet.

## Diskusjon

I det følgende diskuteres kommunenes beskrivelser samt observerte utfordringer knyttet til brukerorientering. Funnene problematiseres så med hensyn til bruksverdi for brukeren, før trådene avslutningsvis samles.

### Kommunenes beskrivelser

Funnene viser at brukerorienteringen fremstår ulikt i prosjektenes utviklings- og gjennomføringsfase. Litteraturen om brukermedvirkning skiller gjerne mellom individ- og systemnivå (Andreassen, 2005; Barnes & Walker, 1996; Christensen & Fluge, 2016). Når brukere av offentlige tjenester involveres i utformingen av selve tjenestene, karakteriseres det som brukermedvirkning på et systemnivå gjennom ulike former for representasjoner (Andreassen, 2005; Glasby, 2012; Haukelien, Møller, & Vike, 2011). Dette synliggjøres gjennom kommunenes beskrivelser av samarbeidet med brukerorganisasjonene i utviklingsfasen, som først og fremst begrunnes i effektiv informasjonsspredning og rekruttering (tilgjengelighet), samt kartlegging av behov på gruppenivå (samordnede og helhetlige tjenester). Selv om mange kommuner bemerker at de ba brukerorganisasjoner om innspill til utformingen av tilbudet og fremhever organisasjonenes viktighet, synliggjøres det ikke hva de har hatt innflytelse over eller hvordan. Dette kan indikere at organisasjonenes medvirkning til informasjonsspredning og rekruttering har vært viktigere enn hensynet til innflytelse over utviklingen av tilbudene. Som Nevroplan 2015 påpeker, er informasjon på den annen side en forutsetning for medvirkning. Mange brukere opplever det som vanskelig å orientere seg om helse- og omsorgstjenestens tilbud, og det er en stor utfordring å sikre informasjons- og kunnskaps-spredning til disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette krever derfor varierte virkemidler og et nært samarbeid med brukerorganisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, 2013). I dette perspektivet kan informasjon og tilgjengelighet i utviklingsfasen derfor forstås som et svært sentralt brukerbidrag for å nå brukerne med størst behov for tilbudet. Det vil igjen være en grunnleggende forutsetning for brukermedvirkning på individnivå. Vektleggingen av disse hensynene i utviklingsfasen kan slik sees som et uttrykk for kommunenes tilrettelegging for verdiskapning på individnivå, i gjennomføringsfasen.

På individnivå dreier brukermedvirkning seg om muligheten og retten til å påvirke hjelpe- eller behandlingstilbudet i de individuelle hjelperelasjonene (Andreassen, 2005), for å sikre at tjenestene blir mer relevante og at brukeren får en aktiv rolle ved å være med på å bestemme tjenestens form og innhold (Ørstavik, 2002). Dette synliggjør at medvirkning på dette nivået er tett knyttet til individuell tilpasning og tilgjengelighet, noe som gjenspeiles i datamaterialet. Dette skjer blant annet gjennom ulike former for individuell kartlegging og brukerevalueringer som begrunnes i et behov for å sikre at tjenestene tilpasses den enkelte brukers behov, funksjonsnivå og muligheter til å benytte seg av et tilbud. Kommunene påpeker viktigheten av individuelt tilpassede tjenester for å skape nytte for brukeren. Dette støttes også av annen forskning som finner at kommunale ledere på tvers av kommuner og tjenesteområder vektlegger en individuell tilnærming til brukerne og tilstreber individorienterte tjenester innenfor de rammene som finnes (Andersen, 2019). Samtidig synliggjør kommunene i liten grad hvordan brukernes medvirkning konkret har påvirket tjenestene, hvilke resultater som skapes av dette, og hvordan dette påvirker brukerne.

### Sammensatte behov og store variasjoner- en utfordring

Sammensatte behov og store variasjoner med hensyn til fysisk og kognitivt funksjonsnivå, er trolig det fremste argumentet for behovet for brukerorientering av tjenestene til denne målgruppen, slik at brukeren kan nyttiggjøre seg tjenestene og slik igjennom skape verdi.

Erkjennelsen av denne kompleksiteten synliggjøres blant annet gjennom kommunenes vektlegging av og begrunnelser for tverrfaglighet og samarbeidsrelasjoner. Samtidig påpeker de at nettopp disse variasjonene kan være en utfordring når det kommer til å etablere tjenester som ivaretar den enkelte brukers behov. For å utvikle tjenester som tilrettelegger for verdiskaping hos noen brukere, beskrives det i mange tilfeller som nødvendig at andre brukere ekskluderes fra det aktuelle tilbudet, noe som representerer en utfordring med hensyn til brukerorientering. Osborne et al. (2018) påpeker riktignok at offentlige tjenester ofte har ulike sluttbrukere, med forskjellige og ofte konfliktfylte oppfatninger av hva som er et vellykket resultat av en tjeneste. Disse er ikke nødvendigvis samstemte når det gjelder behov og synspunkter, og behov som uttrykkes fra en individuell bruker, kan også komme i konflikt med behovene til brukergruppen som helhet (Lehtonen & Tuominen, 2011). I et brukerorienteringsperspektiv er det likevel naturlig å sette spørsmålsteget ved om forhold som kan forstås som symptomer på sykdommen eller skaden, er hensiktsmessige kriterier for å utelukke personer fra tilbudet. Spesielt gjelder det når dette rammer de personene som kanskje nettopp har størst behov for tjenester.

Samtidig illustrerer datamaterialet at brukernes sammensatte behov og variasjoner i funksjonsnivå krever betydelig kompetanse og ressurser. For kommunene fremstår det altså i praksis ofte som en avveining mellom å fange opp de med størst behov for et tilbud og den enkeltes mulighet til å nyttiggjøre seg dette, innenfor rammene for driften av tilbudet.

#### Output versus outcome – hva med brukeren?

De ulike elementene av brukerorientering kommer til uttrykk i målformuleringer, begrunnelser og aktivitetsbeskrivelser i prosjektene. Hvorvidt dette gir grunnlag for å konkludere med at kommunene tilrettelegger for verdiskaping hos brukerne, må likevel vurderes med bakgrunn i egenskaper ved datamaterialet.

Som nevnt, kan det ikke utelukkes at negative eller problematiske sider er underkommunisert i kommunenes rapporter, eller at viktige faktorer knyttet til brukerorientering ikke omtales. Et eksempel på sistnevnte er bruken av individuell plan. Kjellevold (2006) poengterer viktigheten av individuell plan knyttet til brukerorientering og påpeker at den er ment som et verktøy for å bidra til at personer med langvarige og sammensatte behov får et mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Like fullt er individuell plan lite omtalt i datamaterialet, uten at dette gir grunnlag for å slutte at kommunene ikke bruker dette aktivt som verktøy.

Askheim (2016) fremhever at de ulike aktørene i samskappingsprosesser ikke nødvendigvis har sammenfallende interesser, men kan ha ulike forventninger og motivasjoner. Samtidig illustrerer datamaterialet at det er en tydelig erkjennelse hos kommunene knyttet til de ulike elementene av brukerorientering. Prosjekt målsetningene viser en intensjon om at brukernes behov skal settes i sentrum, og aktivitetsbeskrivelser indikerer at disse intensjonene aktivt følges opp. Videre er mange av tiltakene og virkemidlene begrunnet ut fra hensynet til brukernes beste. Dette peker i retning av at kommunene utvikler og tilbyr tjenester som forsøker å legge til rette for verdiskaping hos brukerne.

Ved å knytte sammen en tradisjonell forståelse av brukerorientering med forståelsen av verdi som bruksverdi for brukeren, synliggjøres det på den annen side at det mangler sikkert empirisk grunnlag for å si noe om hvilke resultater som skapes av dette, og hvordan dette faktisk påvirker den enkelte brukers livskvalitet, i tråd med helsemyndighetenes målsetninger (jfr. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, 2017). Kommunenes rapporter har i begrenset utstrekning beskrevet brukernes opplevelser av tiltakene som var et sentralt effektmål ved utlysningen av prosjektene fra Helsedirektoratet.



## Avslutning

Denne artikkelen har analysert hvordan kommuner selv beskriver at de legger til rette for økt verdiskapning hos brukerne, gjennom brukerorientering i offentlige tjenesteinnovasjoner til personer med nevrologiske tilstander.

Analysen illustrerer at ulike elementer ved brukerorientering kommer tydelig til uttrykk i kommunenes målformuleringer, begrunnelser og aktivitetsbeskrivelser, og at dette fremstår noe ulikt i prosjektenes utviklings- og gjennomføringsfase. Videre synliggjøres det at de ulike elementene ved brukerorientering i stor grad henger sammen med hverandre. Samtidig gir brukernes sammensatte behov og store variasjoner i funksjonsnivå kommunene noen utfordringer med hensyn til å utvikle tilbud som fanger opp hele bredden av målgruppen, og samtidig ivaretar den enkelte brukers behov. I om lag halvparten av prosjektene har tilgjengeligheten blitt begrenset ved at deler av målgruppen har blitt ekskludert fra deltakelse.

I tråd med offentlig tjenestelogikk ble verdi forstått som bruksverdi for brukeren, og tjenester som prosesser som tilrettelegger for slik verdiskapning. Analysen illustrerer at det er en tydelig erkjennelse hos kommunene knyttet til brukerorientering, hvilket peker i retning av at kommunene forsøker å utvikle tjenester som tilrettelegger for å skape verdi hos brukerne. Det mangler likevel grunnlag for å trekke konklusjoner om hvordan dette faktisk påvirker bruksverdi for brukerne over tid, jfr. Grönroos (2008); Grönroos and Voima (2013), samt forholdet mellom kommunenes tilrettelegging (output) og slik bruksverdi (outcome). Det er derfor behov for ytterligere empirisk baserte studier av disse forholdene.

## Referanser

- Andersen, J. (2016). User councils for disabled people in Norway – from reactive to proactive? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(4), 284–294. <http://doi.org/10.1080/15017419.2015.1064028>
- Andersen, J. (2019). Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1–14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-05>
- Andreassen, T. A. (2005). Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal Akademi.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24–36. [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2016/01/samproduksjon\\_som\\_velferdssektorens\\_kinderegg](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/01/samproduksjon_som_velferdssektorens_kinderegg)
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134–149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Barnes, M. & Walker, A. (1996). Consumerism versus empowerment: a principled approach to the involvement of older service users. *Policy and Politics*, 24(4), 375–393. <http://dx.doi.org/10.1332/030557396782148417>
- Bason, C. (2010). Leading public sector innovation: Co-creating for a better society. Bristol: Policy press.
- Bovaird, T. & Löffler, E. (2018). Assessing the effect of co- production. In T. S. Brandsen & B. Verschuere (Eds.), *Co- production and Co- creation: Engaging citizens to participate in collective co- production of public services* (pp. 269–280). New York: Routledge.
- Briseid, K. (2019). Personorientering i en norsk velferdsstatskontekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(1), 1–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-09>

- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261–277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Den norske legeforening. (2007). *Hva er nevrologi?* <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-nevrologisk-forening/hva-er-nevrologi/>
- Duckett, S. & Swerissen, H. (1996). Specific Purpose Programs in Human Services and Health: Moving from an Input to an Output and Outcome Focus. *Australian Journal of Public Administration*, 55(3), 7-17. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.1996.tb01218.x>
- Engen, M., Fransson, M., Quist, J. & Skålen, P. (2020). Continuing the development of the public service logic: a study of value co-creation in public services. *Public Management Review*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1720354>
- Eriksson, K. & Lindström, U. (1997). Abduction – a way to deeper understanding of the world of caring. *Scand. J. Caring Sci*, 11(4), 195–198. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1997.tb00455.x>
- Eriksson, K. & Lindström, U. (1999). Abduktion och pragmatism – två vägar till framsteg inom vårdvetenskapen (Abduction and pragmatism – two ways towards progress within caring science). *Hoitotiede*, 11(5), 292-299.
- Figved, N. (2007). *Neuropsychiatric aspects of multiple sclerosis* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Fuglsang, L. & Rønning, R. (2014). Introduction: Framing innovation in public service sectors. A contextual approach. In L. F. R. R. B. Enquist (Ed.), *Framing innovation in public service sectors* (pp. 1–17). New York: Routledge.
- Fure, B. (2008). Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag. *Demens & alderspsykiatri*, 12(4). <https://www.aldringoghelse.no/om-aldring-og-helse/tidsskriftet-aldring-og-helse/>
- Glasby, J. (2012). *Understanding health and social care*. Bristol: Polity Press.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, 20(4), 298–314. <https://doi.org/10.1108/09555340810886585>
- Grönroos, C. (2018). Reforming public services: does service logic have anything to offer? *Public Management Review*, 21(5), 775–788. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1529879>
- Grönroos, C. & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133–150. <https://doi.org/10.1007/s11747-012-0308-3>
- Han, J. W., Ahn, Y. D., Kim, W.-S., Shin, C. M., Jeong, S. J., Song, Y. S., ... & Kim, J.-M. (2018). Psychiatric Manifestation in Patients with Parkinson's Disease. *Journal of Korean medical science*, 33(47), e300–e300. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e300>
- Haugstveit, F. V., Otnes, B. & Jensen, A. (2019). *Eldre-utfordringen kan være større for mindre kommuner*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldre-utfordringen-kan-vaere-storre-for-mindre-kommuner>
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. <http://hdl.handle.net/11250/2439303>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Omsorgsplan 2015*. (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Omsorgsplan-2015-i-sartrykk/id766566/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nevroplan-2015/id666747/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal hjernehelsetrategi (2018–2024)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsetrategi-20182024/id2581669/>
- Helsedirektoratet. (2011). *Fleksible tjenester – for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer (IS-1875)*.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Tilskudd til 3-årig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilpassede dag- og aktivitetstilbud for personer med nevrologiske skader og sykdommer*. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2012b). *Tilskudd til 3-årig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilrettelagt treningstilbud for personer med nevrologiske skader og sykdommer*. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2017). *Statusrapport hjernehelsetrategi (IS-2588)*. <http://hdl.handle.net/11250/2495619>
- Hämäläinen, P. & Rosti-Otajärvi, E. (2016). Cognitive impairment in MS: rehabilitation approaches. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(S200), 8–13. <https://doi.org/10.1111/ane.12650>
- Iaffaldano, P., Viterbo, R. G., Goretti, B., Portaccio, E., Amato, M. P. & Trojano, M. (2014). Emotional and neutral verbal memory impairment in Multiple Sclerosis. *J Neurol Sci*, 341(1-2), 28–31. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.03.038>
- Kjellefald, A. (2006). *Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. Lov og Rett*, 45(01-02), 3–25. <http://hdl.handle.net/11250/184074>
- Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of survey research methods (Vols. 1-0)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412963947>
- Lehtonen, M. & Tuominen, T. (2011). Multiple voices of the user in public sector services. In J. Sundbo & M. Toivonen (Eds.), *User-based Innovation on Services* (pp. 227–250). Cheltenham: Edward Elgar.
- Martinsen, R., Kirkevold, M. & Sveen, U. (2015). Young and Midlife Stroke Survivors' Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(1), 27–35. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000107>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Osborne, S. P. (2018). From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Management Review*, 20(2), 225–231. <https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1350461>
- Osborne, S. P., Radnor, Z. & Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135–158. <https://doi.org/10.1177%2F0275074012466935>
- Osborne, S. P., Strokosch, K. & Radnor, Z. (2018). Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services. A Perspective from Service Management. In T. Brandsen, B. Verschuere & T. Steen (Eds.), *Co-Production and Co-Creation. Engaging Citizens in Public Services* (1st ed., pp. 18–26). New York: Routledge.
- Prop. 46 (2004–2005). *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-46-2004-2005-/id210402/>
- Rambøll. (2016). *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelsetrategi. Rapport til Helsedirektoratet*. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Hjernehelsetrategi-2020-2024/2020rapport.pdf>
- Repstad, P. (2007). *Melom nærhet og distanse* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Romøren, T. I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: Hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* <http://hdl.handle.net/11250/144312>

- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage.
- Sharbafshaaer, M. (2018). Impacts of cognitive impairment for different levels and causes of traumatic brain injury, and education status in TBI patients. *Dementia & neuropsychologia*, 12(4), 415–420. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040012>
- Skålén, P., Gummerus, J., von Koskull, C. & Magnusson, P. R. (2015). Exploring value propositions and service innovation: a service-dominant logic study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(2), 137–158. <https://doi.org/10.1007/s11747-013-0365-2>
- Stewart, D. W. (1993). *Secondary research : information sources and methods* / David W. Stewart, Michael A. Kamins. Newbury Park: Sage Publications.
- St.meld. nr. 31 (2000–2001). *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling*. Kommunal- og regionaldepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-31-2000-2001-/id194354/>
- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7–20. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Stålnacke, B. M., Saveman, B. I. & Stenberg, M. (2019). Long-Term Follow-Up of Disability, Cognitive, and Emotional Impairments after Severe Traumatic Brain Injury. *Behav Neurol*, 2019, 9216931. <https://doi.org/10.1155/2019/9216931>
- Takvam, A. I. (2012). *Tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser. Mange tuer i kupert terreng*. <http://hdl.handle.net/11250/2495482>
- Tingvold, L. & Romøren, T. I. (2015). *Evaluering av Omsorgsplan 2015, Tjenestens innhold og fordeling*. <http://hdl.handle.net/11250/301423>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tortzen, A. (2019). *Samskabelse af velfærd. Muligheder og faldgruber*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M. & Tummers, L. G. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333–1357. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505>
- Yang, Y., Tang, B.-s. & Guo, J.-f. (2016). Parkinson's Disease and Cognitive Impairment. *Parkinson's Disease*, 2016, 6734678. <https://doi.org/10.1155/2016/6734678>
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.




**Skarli, J. B. (2021). Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users. *Administrative Sciences*, 11(1), 16. <https://doi.org/doi:10.3390/admsci11010016>**



Article

# Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users

Jim Broch Skarli 

Inland School of Business and Social Sciences, Inland Norway University of Applied Sciences, Box 400, N-2418 Elverum, Norway; jim.skarli@inn.no

**Abstract:** Theoretically based on public service logic (PSL), this article addresses how users' cognitive impairments can affect co-creation processes and value outcomes in a public sector environment, and how the service providers can handle this issue. It directs attention to value creation in the context of vulnerable and unwilling service users and contributes to understanding how cognitive gaps between public health care services and users inhibit value co-creation. Based on qualitative interview data, findings substantiate that cognitive impairments reduce the users' health literacy and therefore affect both their ability and willingness to participate in co-creation. The study recognizes that there is a built-in asymmetry between the involved actors and that failing to reduce this asymmetry through adequate facilitation by the service providers, can result in co-destruction of value in use. It is acknowledged that the users might not be cognitively able to determine whether they actually come better or worse off in the end. Therefore, it is suggested that the service provider might need to play a larger role in determining what is positive or negative value in use. Hence, this article adds to PSL by clearly emphasizing the key role played by public service organizations (PSCs) in facilitating the value creation process, which takes place during service delivery.



**Citation:** Skarli, Jim Broch. 2021. Creating or Destructing Value in Use? Handling Cognitive Impairments in Co-Creation with Serious and Chronically Ill Users. *Administrative Sciences* 11: 16. <https://doi.org/10.3390/admsci11010016>

Received: 21 December 2020

Accepted: 11 February 2021

Published: 15 February 2021

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2021 by the author. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Keywords:** public service logic; co-creation; co-destruction; value in use; health care; health literacy; cognitive impairments; vulnerable users

## 1. Introduction

Co-creation of value during delivery of health care services receives a great deal of attention (Hardyman et al. 2015; McColl-Kennedy et al. 2012; Osei-Frimpong et al. 2015). It is assumed that the synergies between the users and the providers in the design and delivery of public services pave the way for the establishment of a co-creating partnership, which is able to enhance the process of value creation (Pestoff 2012; Voorberg et al. 2015). When the patient's knowledge and experience are appreciated and used in conjunction with the professional competence in developing the services, these services will be better provided for the end-users (Ministry of Health and Care Services 2017; NOU 2011). Nevertheless, some challenges of co-creation seem to be somewhat neglected, especially when it comes to users with serious and chronic illnesses. As pointed out by Zainuddin et al. (2016), patients or users need to make behavioral or cognitive contributions to co-create value. Therefore, they need to have the proper knowledge, skills, and motivation to do so (Kaartemo and Käsäkoski 2018). If the health care organization's knowledge is communicated poorly, and the knowledge resources of the patients and their families are inadequate, there is a high risk for ineffective collaboration, resulting in value co-destruction (Frow et al. 2016). Hence, the possibility of negative value outcomes should be acknowledged. Value creation in the interaction between citizens and public administration can refer to the creation of public value (Bryson et al. 2017; Meynhardt 2009). Other scholars direct attention to value for the individual service users (Capolupo et al. 2019; Grönroos et al. 2015; Grönroos and Voima 2013; Hardyman 2017; Hardyman et al. 2015; Palumbo and



Manna 2018). This article follows the latter direction, responding to requests for empirical studies of value-in-use, which take into consideration both the positive and negative nature of the concept (Medberg and Grönroos 2020). Focusing on the interaction between the individual user and the health care provider, it also responds to calls for empirical analyses of value co-creation in micro-level patient encounters (Hardyman et al. 2015; Joiner and Lusch 2016; Osei-Frimpong et al. 2015; Sweeney et al. 2015). The study is theoretically based on public service logic (PSL) (Alford 2016; Osborne 2010; Osborne et al. 2018) applying its understanding of value creation and value in use (Grönroos 2008, 2011, 2019; Grönroos et al. 2015; Grönroos and Voima 2013).

The following research questions are addressed:

- How do cognitive impairments affect users' ability and willingness to participate in value co-creation?
- How do public service providers handle this co-creation, and how can they facilitate the creation of value in use in this context?

Drawing on a study of users with neurological conditions in the municipal health care services, the article addresses how the users' cognitive impairments can affect co-creation processes and value outcomes, and how the service providers can handle this issue. By doing so, attention is directed to knowledge gaps concerning value creation in the context of vulnerable and unwilling service users, as pointed out in the literature (Dietrich et al. 2017; Osborne 2018). It contributes to understanding how cognitive gaps between public health care services and users inhibit value co-creation. An understanding identified as unclear by scholars (Kaartemo and Käsäkoski 2018; Palumbo 2016). Furthermore, it adds to PSL by drawing attention to the key role played by public service organizations (PSOs) and frontline service staff in facilitating the value creation process, which takes place during service delivery.

The term "neurological conditions" refers to disorders and diseases in the nervous system (Ministry of Health and Care Services 2011). Some muscle diseases are also included in the definition (The Norwegian Medical Association 2007). Most common in the Norwegian municipal health care services are multiple sclerosis, Parkinson's disease, stroke, epilepsy, and brain or spinal cord injuries. People in this group often have complex needs, which frequently include cognitive manifestations (Fure 2008; Hämäläinen and Rosti-Otajärvi 2016; Iaffaldano et al. 2014; Sharbafshaaer 2018; Yang et al. 2016). This reinforces the understanding that the development and provision of services to these users should take their needs and situation into consideration, strongly underlining the importance of user involvement in both. On the other hand, users may experience challenges due to the severity of the symptoms and cognitive manifestations originating from their conditions.

The Norwegian Ministry of Health and Care services states that the health care services must take into account the users' abilities and prerequisites in its organizational and service development. This includes making it easier for users to find the right service offerings, and that these are customized to the user (Ministry of Health and Care Services 2019). Pointing to the service providers' responsibility to support ease of access and engagement by eliminating barriers, it also shifts the burden of responsibility from the users to the service provider (McCormack et al. 2017).

This article is structured into five main sections. First, it presents the theoretical approach based on PSL, including how value, co-creation, and co-destruction is understood in this context. Second, it describes the methodological approach, including the sample and settings, and how the data collection and analyses were conducted. Third, the empirical findings are presented, such as the occurrence of cognitive impairments among the users, how these impairments are expressed, and how the service providers facilitate co-creation with the users at the individual level. Fourth, it discusses the findings, focusing on implications on co-creation and value in use. Lastly, it draws some conclusions and presents some limitations of the study.

## 2. Theoretical Approach

### 2.1. Public Service Logic

PSL introduces a break with the New Public Management (NPM)—inspired school of thought in public management theory and practice (Alford 2016; Osborne 2010, 2018), suggesting that value is co-created, by PSOs and users, in addition to third parties (Osborne 2018; Osborne et al. 2016; Osborne and Strokosch 2013). According to PSL, the service users create the value of public service, with PSOs acting as a facilitator of this process. The users do this by integrating the service offering of the PSO with their needs, personal abilities, and experiences, and their societal context (Grönroos 2019; Osborne 2018; Skälén et al. 2015). They may invite the service providers to engage with them in their value creation, implying that the users, not the providers, are in charge of value creation. Hence, it is not a matter of the service users co-creating value with the service organization, but rather the opposite way around. PSL, therefore, understands the service user as the basic unit of analysis (Osborne 2018). This challenges more paternalistic and asymmetric approaches to engagement that are provider-determined, rather than patient- or co-determined (cf. Thompson 2007). The PSL approach also shifts the focus away from the performance of the public service organizations as the key metric of successful services and instead articulates value as the key metric and purpose of such services (Osborne 2018). In this context, services can be understood in the meaning “to help someone’s relevant processes, such that his or her goal achievement is enabled in a way that is valuable to him or her” (Grönroos 2019, pp. 777–78). The emphasis on goal achievement seems to presuppose some level of user intention and awareness. However, individuals may not always have clear pre-determined conceptions of their goals, or they may be unwilling to participate (Grönroos 2019; Osborne 2018), which demonstrates that different types of actions are required by the service provider depending on the situation (Grönroos 2019), setting the frame for this study.

### 2.2. Co-Creation, Value, and the Importance of Health Literacy

A discussion of services through interaction between the public services and the users leads us to the concept of co-creation. It refers to a resource integration process between the provider and the customer (Aarikka-Stenroos and Jaakkola 2012; Vargo and Lusch 2008). Osborne (2018) points out that co-creation assumes an interactive and dynamic relationship where value is created at the nexus of interaction. The value thus is created by this interaction occurring within the context of the service user’s wider life experience (Grönroos 2011; Grönroos and Voima 2013).

The literature pertaining to value is vast, with definitions of value spanning across many disciplines (Ng and Smith 2012; Ramsey and Schickedanz 2010). A common feature in all definitions is that value is recognized as a multidimensional concept (Hardyman 2017). The importance of specific attributes, however, varies depending on the perspective of the individual or organization (Boztepe 2007; Ramsey and Schickedanz 2010).

PSL centers on value to individual service users, the public, and society (Alford 2016). Focusing on outcomes for the individual end-user, this article understands value as value in use. The nature of value in use is the extent to which the user feels better off (positive value) or worse off (negative value) (Grönroos and Voima 2013). As pointed out by several authors, value creation thus entails a process that increases the customer’s (or in this case the user’s) well-being (Grönroos 2008; Grönroos and Voima 2013; Vargo et al. 2008). Grönroos and Voima (2013) identify that when the value is perceived this way, value creation becomes an ongoing process that emphasizes the user’s experiences, logic, and ability to extract value out of products and other resources used. Understanding value this way also directs our attention to the importance of context (Eriksson 2019; Kaartemo and Käsäkoski 2018). Value in context emphasizes the importance of time and place dimensions and network relationships in the creation and determination of value. This indicates the necessity to understand how patients have different needs, and how their access to resources in a service system varies in contexts (Vargo et al. 2008).

Directing attention to ability and access to resources in co-creation with vulnerable and cognitively impaired users underscores the importance of the user's health literacy. Baker (2006) defines health literacy as "the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions." Palumbo and Manna (2018) explore positive and negative concerns of value creation in the patient-provider relationship, presenting individual health literacy as a critical requisite for success in these processes. In contrast, problematic health literacy is considered to hinder the establishment of collaborative relationships between the patients and the health care professionals, producing patient disengagement (Porr et al. 2006). Low health literacy also prevents the opportunity to fill the cognitive gaps that are produced by inadequate individual skills through the establishment of clear and comfortable relationships with the providers of care (Hironaka and Paasche-Orlow 2008). The side effects of inadequate health literacy are particularly significant for people suffering from multiple chronic conditions (Hardyman et al. 2019). Studies have also shown that patients may be unwilling to participate in the provision of care due to the physical and psychological weaknesses that are associated with the illness (Arnetz et al. 2008).

Research on co-creation typically has been based on an assumption that it is a harmonious process resulting in positive outcomes (Grönroos and Gummerus 2014; Vafeas et al. 2016). However, the significance of individual health literacy suggests some possible challenges in the context of vulnerable and cognitive impairment users, which again leads to the possibility of failed interaction processes.

### 2.3. Co-Destruction and Failed Interaction

Although the creation of value is the goal for any co-creation process, scholars have acknowledged that such a goal is not always realized. Sometimes these processes might even produce undesired effects (Echeverri and Skålén 2011; Engen et al. 2020; Plé and Cáceres 2010). Value co-destruction implies a notion that relationships and interactions do not always result in positive or value-creating outcomes. Sometimes, they even result in negative outcomes (Echeverri and Skålén 2011; Plé and Cáceres 2010). Plé and Cáceres (2010, p. 431) define value co-destruction as "an interaction process between service systems that results in a decline in at least one of the system's wellbeing," which given the nature of a service system, can be individual or organizational. Thus, co-destruction captures the diminishment of value for one or more actors that are involved in direct interactions with each other (Engen et al. 2020). In accordance with defining value as value in use, this article refers to co-destruction as a failed interaction process that has a negative outcome, resulting in a decline in the users' well-being.

Previous studies of co-destruction have called for the need for studies in different fields to provide a more comprehensive picture of the phenomenon (Echeverri and Skålén 2011; Prior and Marcos-Cuevas 2016; Vafeas et al. 2016). Alford (2016) identifies that any collaborative action with the end-users of public services is likely to have positive and negative effects on the value created. However, still little is known about its distinguishing attributes and its consequences, including deeper insight into value co-destruction in the public sector environment. This is especially true dealing with the provision of health services (Palumbo et al. 2016).

Plé and Cáceres (2010) argue that the involvement of users in the delivery process may entail value co-destruction, rather than value co-creation. This is most likely to happen when either the user, the provider, or both participate in the design and delivery of services adopting conflicting perspectives, bringing incongruent inputs, and aiming at the achievement of diverging ends (Smith 2013). Co-destruction can also emerge due to reasons such as insufficient or absence of information (Vafeas et al. 2016) or when the actors involved do not possess certain resources (Smith 2013). In the health care environment, this can be related to factors such as patients lacking the knowledge, skills, experience, and expertise to be effectively involved, leading to inequity in access to care

(Thomson et al. 2005), which underpins the argument that problematic health literacy increases the likelihood of co-destruction.

The responsibility of public services is to support ease of access and engagement by eliminating barriers (Ministry of Health and Care Services 2019), which clarifies the relevance of PSL's goal of exploring how public services can be designed to facilitate value creation of service users, in accordance with Osborne (2018). The importance of handling problematic individual health literacy in this context underlines the point made by Grönroos (2019) that different types of measures are required by the service provider, depending on the situation.

### 3. Materials and Methods

#### 3.1. Design, Sample, and Settings

The study had a qualitative design, combining data from in-depth interviews and group interviews in two strategically chosen municipalities in Norway. Municipalities are the lowest administrative and political organizational level in Norway. As of 1 January 2020, there are 356 municipalities in Norway, with differing sizes and demography (Ministry of Local Government and Modernisation 2020).

The cases were chosen from a total of 13 municipalities that received a grant from the Norwegian Directorate of Health through Neuroplan 2015 (Ministry of Health and Care Services 2011). The plan was based on the recognition that the care services were not adequately designed and adapted for people with neurological conditions. This meant that changes in the care service's competence, working methods, service content, and professional focus were considered necessary. The aim was to strengthen the academic breadth of the municipal service offering with a stronger emphasis on activation, rehabilitation, and assistance in everyday life so that it met the needs of the user group (Ministry of Health and Care Services 2011). The plan had two, three-year development programs—one for day and activity programs and one for adapted training programs—for people with neurological conditions. The target groups for measures in the former program were users and relatives, while only users were listed as the target group for the second program. Under the two programs, managed by the Directorate of Health, grants were awarded for 19 projects, divided into 13 municipalities. Overall, 10 of the projects received grants for the development of day and activity programs, and nine projects received grants for customized training programs.

Choosing from these 13 cases insured that the included municipalities had made an actual effort to develop services for the target group. They were strategically chosen for diversity because they represented two typical and very different local communities in Norway. The first municipality includes one of Norway's 15 largest cities according to the number of inhabitants (+60,000). The second is in a rural region with about 6000 inhabitants. They are geographically spread with one located in the northern part of the country and one in mid-Norway. The first municipality developed a day and activity service, while the other developed a customized training program.

A contact person in each municipality recruited the individual respondents according to a set of pre-set criteria. Users had to be in the agespan 18–70 years old with a neurological condition. They had to receive municipal services or have received this earlier due to their neurological condition. Relatives had to be close relatives to users with neurological conditions, meaning the users' spouse, child, parent, or sibling, depending on the users' family situation. The municipal leaders were to be recruited from middle managers with responsibility for specific services to the target group, adjacent services with significance for the target group, or with responsibility for the allocation of services. Employees had to be recruited among professionals working directly with users in the target group.

A total of 28 respondents were included in the study, including nine users, seven relatives, five employees, and seven municipal leaders. The users' main conditions were multiple sclerosis (four users), stroke (three users), Parkinson's disease (one user), and optic neuromyelitis (one user). In addition, a number of additional conditions were reported,

i.e., epilepsy, diabetes, substance abuse, and psychiatric symptom pressure. There were six women and three men among the users. As for the relatives, there were four women and three men. Four of these were children of a user, two were siblings, and one was a spouse. Six of these were relatives to one of the included users.

All included employees worked directly with the users—in the first municipality in a daycare center (three respondents), and in the second, in the municipal physiotherapy service (two respondents). In the latter municipality, these two respondents constitute all of the employees in the service aimed directly at the target group. All of the employees were female.

Seven leaders were included in the study, three in the first municipality and four in the second. In the first one, they were the heads of a daycare center for rehabilitation, work and activity, and the allocation office. In the latter, the heads of home services, occupational therapy, physiotherapy, and the allocation office were included.

Respondents are relatively evenly distributed across the two municipalities. Three different types of relative relationships are represented in the material. The user's diagnoses cover both acute and progressive conditions and additional, secondary diagnoses that frequently occur among people with neurological conditions and can be important for, among other things, functional level. The data material is therefore understood as trustworthy. Table 1 provides an overview of the number of respondents included in the study.

Table 1. Included respondents by type and municipality.

Municipality.	Users	Relatives	Employees	Leaders	Total
1	4	4	3	3	14
2	5	3	2	4	14
Total	9	7	5	7	28

### 3.2. Data Collection and Analyses

In-depth interviews were used to collect data from service users and relatives. These qualitative interviews seek to understand the world as viewed by the respondent and aim to convey the meaning of people's experiences and to reveal their experience of the world before scientific explanations (Kvale and Brinkmann 2009). The purpose was to understand the informant's experiences and how the informant reflects on them in accordance with Spradley (1979). In-depth interviews of people with a serious illness or their close relatives touch on topics that often naturally affect the informant's life situation and, in many cases, can be perceived as very personal, emotional, and sensitive. The relationship between informant and researcher in the interview situation is therefore very central and the quality of the interviews is consequently based on the fact that trust has been established between informant and researcher (Tjora 2017). To assure this, only one interviewer conducted all interviews and started with information about the study, including the respondent's right to withdraw from the study at any time. The interviews were either conducted at the municipality's premises or at the respondent's home in accordance with the latter's own wishes.

Furthermore, group interviews were conducted to collect data from municipal leaders and employees. These interviews aimed to generate data based on the synergy of the group interaction in accordance with Green et al. (2003). Due to logistical challenges, it was not possible to conduct a group interview with employees in one of the municipalities. These were therefore interviewed individually. A total of 18 in-depth interviews and three group interviews were conducted. This is illustrated in Table 2. All interviews had a duration of one to two hours and were conducted in February 2020.

Table 2. Conducted interviews.

Respondents	In-Depth Interviews	Group Interviews	Total
Users	9	-	9
Relatives	7	-	7
Employees	2	1	3
Leaders	-	2	2
Total	18	3	21

A semi-structured interview guide was prepared for each of the respondent categories prior to the data collection. These were the basis for all the interviews. Table 3 provides an overview of the topics and subtopics addressed in the interviews. Some topics were only relevant for one or some of the respondent groups (e.g., relation to the user). In these cases, the relevant respondents are listed in parentheses.

Table 3. Interview topics.

Main Topics	Background Information	Cognitive Impairments	Received and Needed Services	Interaction between User and Service Providers	Role of Relatives
Sub-topics	Gender, age, family, work, living conditions (users, relatives), relation to the user (relatives), position/function (employees, leaders)	Expressions of users' cognitive impairments	Users' need for help and services received (users, relatives)	User involvement and interaction	Perceptions of roles
				Importance of user involvement and influence	Relatives' involvement and interaction with the service provider
Sub-topics	Users' diagnoses, cognitive and physical functional level	Users' ability and willingness to participate	Experiences of scope and quality of services (users, relatives)	Perceived user influence	Importance of involvement and influence
				Communication/Information	Perceived influence
				Other municipal facilitation (e.g., individual adaptations)	Barriers/challenges for relatives' involvement
				Barriers/challenges for user involvement	Municipal facilitation

All interviews were audio-recorded and fully transcribed verbatim. Transcriptions were analyzed thematically by a stepwise deductive-inductive analysis in accordance with Tjora (2017), using NVivo. The transcripts were analyzed starting with detailed coding. The codes were then merged and condensed and grouped into fewer categories. These categories were explored further, resulting in broad themes. All quotes presented from the interviews are translated from Norwegian to English by the author.

### 3.3. Ethical Assessments

The project was approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD), with project number 866161. Prior to the interviews, all included respondents gave a written consent to participate. They were informed about the study and received information about the possibility of withdrawing at any time. The interview recordings were deleted after transcription, and all information was anonymized before the transcripts were stored.

## 4. Results

The following section reports findings from the interview study. First, it presents the occurrence of cognitive impairments among the users and how these were expressed in the interaction with the service providers. Second, findings on how the service providers facilitate co-creation with these users are presented. Findings on this topic focus on how this actually appeared at the individual level.

### 4.1. Occurrence and Expressions of Cognitive Impairments

In raising the question about cognitive functional level, it should be noted that the assessment of cognitive function level described here is not based on formal diagnoses of cognitive function but on the users' cognitive impairments and their effects as described by users, relatives, employees, and leaders.

In the interview data, cognitive impairments and expressions of these were described in five out of the nine users. The interviews uncovered that, in some cases, there was a discrepancy between the users on one hand and relatives and professionals on the other, when it came to considering the users' cognitive functional level. In cases where the users were described as significantly cognitively impaired by relatives and employees, the users themselves reported that they experienced these impairments to a lesser extent. So the stronger the experience of these impairments was among relatives and employees, the less aware the user usually was of the impairment her- or himself.

It was also found that the users who did not suffer from any cognitive impairments did not need or receive many services from the municipality beyond participating in a training program. Therefore, they had limited interaction with the municipal services. When they did, they represented themselves and their interests in an adequate way, according to all respondent groups.

Among the users described as having cognitive impairments, these were expressed in several different ways directly affecting both the users' ability and willingness to participate in co-creation. In the following, these expressions are described briefly and sorted into five main categories.

#### Five Expressions of Cognitive Impairments

##### 1. Lack of reality orientation and ability to see one's own situation:

Both relatives, professionals, and managers, consistently pointed this out in the interviews. It was demonstrated through descriptions of users having unrealistic expectations of what they can achieve or what can be arranged for them and their inability to take long-term perspectives linked to their own illness situation and future prospects. The latter is related to both rehabilitation and the need for help and services.

##### 2. Difficulty understanding and remembering information:

Respondents in all groups acknowledged these challenges, although to a lesser degree among the users, as is the case with the expressions of cognitive impairments in general. Two users described how they had realized that they had problems receiving and absorbing information.

##### 3. Inability to make their own choices and see their consequences:

The respondents often pointed out the users' inability to make choices on their own behalf and understanding their consequences. The employees described this as an obstacle for good interaction between user and services and for tailoring the services to the individual user's needs.

##### 4. Problems expressing one's own needs and representing one's own interests:

Lack of ability to process and understand information, memory impairments, and inability to see future perspectives made this challenging for the users when interacting with the municipalities. The users often described uncertainty about their rights and

possibilities regarding services. In addition, different levels of speech impairments and even aphasia occurs in the user group, adding another obstacle in this regard.

5. Participation can be perceived as demanding, stressful, and degrading to the user:

Both users and relatives reported this problem. Some users experienced that their needs and wishes regarding the services were not given much consideration. Others described that they just wanted to be done with the meetings because it felt like a load or they felt alone, surrounded by all the professionals. Users also described the recognition of not being able to participate in a good way as degrading.

The findings presented above are well known from the literature on cognitive impairments (Hämäläinen and Rosti-Otajärvi 2016; Levin et al. 1992; Sharbafshaaer 2018). They are illustrative of challenges that service providers face in co-creation with these users. The following sections describe how service providers handle these challenges and facilitate co-creation with the users.

#### 4.2. Municipal Facilitation—General Procedures and Informal Approaches

Both municipal leaders and professionals acknowledged the importance of user influence and their competencies concerning their own situation. At the same time, they admitted that cognitive impairments are challenging when it comes to adequate user involvement, possibly affecting both the value creation process and their outcomes. Findings illustrate that the service providers dealt with this issue through measures following both general overall procedures and approaches that were more informal. Measures following overall procedures included the use of mapping tools and home visits to all new users to map their needs, abilities, interests, and goals. Home visits were highlighted as important to capture information about who the person is. They grounded these approaches on gaining a better knowledge base to ensure that interaction is carried out at a level adapted to the individual user's cognitive abilities. On the more informal side, service providers underlined the significance of interpersonal factors. Health care workers explained that building a solid relationship with the user is of great importance, describing how it is about creating good contact and being sure that they see the user for who they are. They pointed out that it makes the user feel seen and heard, bringing them a long way in laying the ground for fruitful interaction, which indicates that trust is the decisive factor in this context. The main reason is that it opens the door to addressing the effects of cognitive impairments such as lack of reality orientation and ability to see one's own situation. As described by one of the employees:

It is a lot about trust. Because then you can move into the slightly difficult conversations. It is also important to proceed cautiously in the difficult conversations. Because, it is a form of negative conversation, but find something positive in it. Find some positive paths that one can take. However, it is difficult, very difficult.

Other informal approaches were more characterized by improvisation and ad hoc-solutions when challenges arose. An example of this was described in conjunction with review meetings, addressing the user's perception of it being demanding, stressful, and degrading to participate. When realizing that a user feels this way, an employee explained that they have a "mini-meeting" in advance. Here, the user can talk about what they want to bring to the review meeting, reducing stress on the user. They also reported this as strengthening the users' abilities to express their own needs and represent their own interests.

This illustrates how flexibility and the ability to adapt measures to the individual user can be an important tool for the service provider. On the other hand, ad hoc measures can also be an expression of dependence on the individual employee, rather than institutionalized procedures that ensure the care of the user.



### 4.3. The Importance of Information

In line with Baker's (2006) understanding of health literacy, the empirical findings suggest that adequate, necessary, and adapted information is a critical point in reducing the negative effects of users' cognitive impairments. The importance of adapted information was expressed through the users' difficulties understanding and remembering information. Some of the challenges associated with this point were described as related both to their ability to process information and to memory impairments. A daughter pointed out that the user was able to understand information, but short-term memory failure made her forget it all within a short period of time.

She understands. She does. However, then she forgets. That short-term memory or whatever you want to say, it is completely gone. Because . . . yes, at least that is how it feels. Yes, it is like I say, we can talk about something one day, and then she forgets about it the next day.

In the interviews, the leaders focused on their responsibility related to adapting information, stating that user participation must be based on necessary and sufficient information. Hence, the information should be adapted to the abilities of the person who will receive it and must be provided gradually. As put by one of the leaders:

It is foolish of us to pounce on all sorts of information if we see that the person in question does not have the mental capacity to receive or make use of it. Therefore, we have to adapt. We must also use the next of kin or the person speaking on their behalf. We have a responsibility for doing that. To find the level and adjust it individually.

Employees and leaders also brought another interesting topic to the table here, describing that the users often are quite skilled when it comes to covering up problems regarding memory and understanding. It is uncertain whether this is due to a lack of self-awareness, or they are deliberate actions. However, it is consistent with the study's findings related to cognitive impairment in general, which were recognized to a lesser extent by the users themselves than by the other respondent groups. It also illustrates the users' lacking abilities to see their own situation.

Although the leaders focused on the importance of information, several users and relatives described that lack of information in fact was quite problematic and challenging. They related this to different areas, such as information about the users and relatives' rights. One of the relatives explained that:

It is about two weeks since we had a meeting with the administration office, about services and offers. I did not know that you could get care pay for example. I have been to several meetings before, including three years ago. However, we have received very little information.

Users described that they felt they had little influence on the services they received and had little faith that they could get more comprehensive services if they expressed a need for it. Other users and relatives explained that they had experienced that decisions about services had been made without the user knowing. They stated that it would be a clear advantage informing the user in advance of the decisions and that the opposite lead to poorer services, frustration, and a feeling of disempowerment.

The health care workers acknowledged that information can be very difficult and underlined the importance of regarding it as an evolving process. To ensure fruitful interaction processes and good and customized outcomes, they emphasized the need to adapt the information to the individual user in each case. Explaining to users with low insight and inability to handle information necessitates patience and the need for thorough and repeated explanations; this is especially important when the user lacks the ability to take perspectives linked to their own illness situation and future prospects. A physiotherapist illustrated this with an example case:

I have to go back to it all the time, because she has her own explanatory models for things. Which I have to dismiss or explain away with real explanatory models.

This illustrates the complexity of providing good information and the need for time, patience, and secure relationships in order to do so.

#### 4.4. Relatives—Valuable Actors in Co-Creation

When cognitive impairments affected the users' ability to interact properly with the service providers, the study revealed the increasing importance of involving relatives. Users without cognitive impairments did not include their relatives in the interaction with the municipal services to any large extent. On the other hand, when the user suffered from cognitive impairments, the relatives were active and important participants in these processes.

All respondent groups highlighted the importance of including the relatives in these cases. It was found that the relative's most important role in this particular context was to be a representative for the users' interests and to make sure the user got the information they needed. They did this through participation in meetings and dealing with much, or often most, of the communication with the municipal services on behalf of the user. Both relatives and users related the importance of this to the latter's inability to remember and perceive information and lack of ability to communicate their own needs. One of the users explained that:

I may have received information, but I have not retained it. So now, when I realized that I did not retain it, I started to bring people to meetings and stuff.

Sometimes the relatives had to act as a mediator between the users' perceptions of their own situation and prospects and the municipal actors' perception of the same. This happened in cases where there was a large discrepancy between the users and the service providers' perception of what was realistic. Illustrating an important role in reducing incongruent understandings of reality between the actors, possibly laying the ground for better interaction.

Both users and relatives also pointed out the aspect that the relatives' participation in meetings directly influenced well-being by making the user feel safe. Relatives also questioned if the user actually would have participated on their own without the relative attending.

The professionals working directly with the users acknowledged the importance of involving relatives. As a rule of thumb, the bigger the cognitive challenges, the more important this is. However, they pointed out that this involvement was largely a result of professional judgment in each individual case rather than a consequence of given guidelines, stating that every case is individual, so it would be problematic to standardize the way and degree to which the relatives ought to be involved. A physiotherapist described this as follows:

In a way, you can say how you would do it, but it is based on the patient's challenges and needs. Therefore, everything is individually tailored. It is foolish to have a schematic on someone who has other needs than what the schematic is made for.

Even though the service providers emphasized the importance of involving relatives, both relatives and users in some cases pointed out that relatives are not necessarily invited by the service provider to participate. Instead, this participation often is a result of their own initiatives to do so. This points in the direction of the service providers not always making the appropriate arrangements to involve relatives, despite their important role in this context, suggesting that when this facilitation takes place, it might be a result of individual assessments and initiatives rather than a generalized approach.

## 5. Discussion

In this section, the findings are discussed with a theoretical backdrop in PSL, focusing on implications of co-creation and value in use.

The findings substantiate that cognitive impairments reduce the users' health literacy and therefore affect both their ability and willingness to participate in co-creation with the service providers. Following [Frow et al. \(2016\)](#), this points to a high risk for ineffective collaboration resulting in value co-destruction if the health care organization's knowledge is communicated poorly, and the knowledge resources of the user and their relatives are inadequate. Based on the understanding that users need to make behavioral or cognitive contributions to co-create value, as pointed out by [Zainuddin et al. \(2016\)](#), the study underlines the critical importance of adequate facilitation to ensure fruitful co-creation and positive value outcomes for these users.

The findings illustrate a comprehensive asymmetry between the service providers and the users when it comes to factors such as knowledge, skills, and expertise to be involved effectively. As pointed out in the literature, value realization and fulfillment are dependent on actors being prepared for, and able to make effective use of, the value co-creation opportunity ([Grönroos and Voima 2013](#); [Vafeas et al. 2016](#)). Understanding value co-creation as a resource integration process between the provider and the user ([Aarikka-Stenroos and Jaakkola 2012](#); [Vargo and Lusch 2008](#)) implicates that facilitation has to reduce this asymmetry to enable the users to participate effectively. Studies have found that asymmetries in health care creates an unequal power relationship between experts and clients ([Bloom et al. 2008](#)), can constraint the progress of service co-creation ([Tung 2009](#)), and often are related to information ([Barile et al. 2014](#)). This study shows that leaders acknowledge the importance of proper and adapted information on one side, while several users and relatives describe the information to be inadequate on the other. This discrepancy demonstrates a deficit in the service providers' facilitation, maintaining or maybe even increasing the asymmetry between the involved actors when it comes to health literacy. One could argue that this finding can be explained through the users' impaired ability to understand and process information and covering up problems regarding memory and understanding. However, because the relatives recognized this more than the users, this argument falls short in this case.

Nevertheless, the users' impaired ability to understand and process information is important to understand the complexity and challenges of co-creation in this setting, for example, related to individual adaptation. The findings verify the importance of customizing service offers to the individual user, as pointed out by the [Ministry of Health and Care Services \(2019\)](#). They also illustrate that this can be a time-consuming process, highly depending on building trustful relationships with the users to fill cognitive gaps through establishing clear and comfortable relationships, as identified by [Hironaka and Paasche-Orlow \(2008\)](#).

As individual adaptations and flexible measures are important to facilitate co-creation in this context, it might also indicate a possible problem. Although individual adaptations per se do not directly contradict institutionalized approaches, there are some factors pointing to the dependence of the individual professional, such as the finding that involving relatives was largely a result of individual assessments. Without underestimating the importance of the efforts of the individual service provider, this may represent a challenge leading to inequity in the access to care, as described by [Thomson et al. \(2005\)](#), indicating the importance of institutionalizing procedures for reducing personal dependency. Another aspect of inequity also arises in connection with the role of relatives. All users do not necessarily have relatives that can be involved, and not all relatives have the ability, capacity, or wish to be involved ([Meld. St. 29 \(2012–2013\) 2013](#)). Therefore, despite the important role the relatives can play in this context, it is important to note that the responsibility of proper facilitation still lies with the service provider regardless of whether relatives are involved.

#### *Co-Creation or Co-Destruction of Value in Use?*

The study demonstrates the importance of proper facilitation when the users suffer from cognitive impairments for enabling the co-creation of value and increasing the users'

well-being. As described in the literature, inadequate health-related knowledge, poor self-efficacy perception, and limited ability to handle health information perform as the main determinants of biased patient–provider relationships, determining co-destruction rather than co-creation of value (Osborn et al. 2011). It was found that lack of proper facilitation affected value in use negatively in both direct and more indirect ways. The provision of sufficient information serves as an example. Failing here directly affected the users' well-being in a negative way, as perceiving participation as stressful and even degrading, due to inability to participate properly. It also leads directly to frustration and feelings of disempowerment. More indirectly, it was found to hinder the users' ability to co-create, resulting in poorer services in the end. These findings illustrate how failed interaction processes resulted in negative value outcomes through a decline in the users' well-being.

When comparing co-creation to other user groups, it is important to recognize that when the users suffer from cognitive impairments, there is a built-in asymmetry between the involved actors. Reducing this asymmetry through adequate facilitation and enabling the users to co-create is therefore crucial. As supported by the empirical findings, failing to do so can result in co-destruction of value in use.

However, given this asymmetry between the involved actors, a more theoretical implication also arises. Referring to value co-creation as an interactive and dynamic relationship between the involved actors (Osborne 2018) lays the ground for the argument that the users have to be able to interact with the service provider to co-create value. On the other hand, when co-destruction is defined in terms of interaction (Plé and Cáceres 2010), it can be argued that it implies that each actor also plays an important role in value co-destruction, even when all actors do not participate equally (Prior and Marcos-Cuevas 2016). As described, the empirical data showed that the service providers sometimes made decisions about services without the user being involved, which again lead to reduced value in use. Pointing to the actual absence of interaction as the main cause for negative value outcomes here, one can ask if value co-destruction is an accurate term in this context. At least, as Hardyman (2017) states, the emphasis on co-destruction of value as a collaborative process, as implied by the term “co,” should be carefully considered.

The expressions of cognitive impairments among the users, such as reduced reality orientation, inability to make choices, and problems expressing their needs and representing their own interests, also illustrate that the users do not always have clear pre-determined conceptions of their goals. It can be argued that this has some important implications. First, that co-creating value in this setting presupposes establishing some level of user intent and awareness related to what is valuable for the user itself. This means that the service providers' facilitation must have a basic focus on clarifying the user's own goals to enable goal achievement to take place.

Second, if the users are not cognitively capable to determine what actually is important to themselves, it brings in to question if they are able to consider whether they actually come better or worse off in the end. Because the nature of value in use is the extent to which the user feels better or worse off (Grönroos and Voima 2013), this should be taken into consideration. When the users lack cognitive and volitional capacities, they may want relief from hard decisions and the burden of autonomy. Even when they do not want decisions made for them, they may be unable to make them or to make them well (O'Neill 1984). In such a case, one needs to ask both who and how one decides what actually is a positive or negative value in use.

Here, one could again point to the role of relatives acting as the users' representatives, in line with Eriksson (2019). However, as described, users do not necessarily have relatives that can be involved. Because the responsibility of facilitation lies with the PSO, this implies a potentially extended facilitator role for the service provider, which suggests the possibility that the service provider might need to play a larger role in deciding what is a positive or negative value outcome when the users are not capable of this themselves.

## 6. Conclusions and Limitations

This article has discussed how cognitive impairments affect users' ability and willingness to participate in co-creation, how public service providers handle this, and how they can facilitate the creation of value in use. The article contributes to empirical analyses on value creation in the context of vulnerable and unwilling service users in the public sector while also pointing to some theoretical implications of the findings.

The findings substantiate that cognitive impairments reduce the users' health literacy and therefore affect both their ability and willingness to participate in co-creation with the service providers. The study recognizes that there is a built-in asymmetry between the involved actors and that failing to reduce this asymmetry through adequate facilitation by the service providers can result in co-destruction of value in use. However, it is argued, that given the asymmetry between the involved actors, the emphasis on value co-destruction as an interactive, collaborative process should be carefully considered in further research. It is also suggested that the service provider might need to play a larger role in determining what is a positive or negative value in use if the users are not cognitively capable of doing this themselves. This article, therefore, adds to PSL by clearly emphasizing the key role played by PSOs and frontline service staff in facilitating the value creation process, which takes place during service delivery, and the importance of the PSO's communication of information with vulnerable service users.

Even though the sample is understood as trustworthy, there are some limitations to consider. The sample was restricted to users with neurological conditions. It had a limited size and was studied in a Norwegian municipal context, suggesting the need for broader studies in different countries. The way the cognitive impairments are expressed, there is also reason to believe that this can affect the users' ability to participate properly in an interview situation. Therefore, the municipalities might have excluded the users with the most severe impairments from the sample to ensure a feasible and fruitful interview situation, resulting in a possible underrepresentation of these users.

**Funding:** This research received no external funding.

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD) (protocol code 866161, date of approval 20 December 2019).

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. Written informed consent has been obtained from the patients to publish this paper.

**Data Availability Statement:** Further details regarding data, can be obtained by contacting the author.

**Acknowledgments:** I thank all participants for their participation in the study. I also thank Jan Andersen, Ole Petter Askheim and Marit Engen at Inland Norway University of Applied Sciences, for valuable feedback on the article.

**Conflicts of Interest:** The author declares no conflict of interest.

## References

- Aarikka-Stenroos, Leena, and Elina Jaakkola. 2012. Value co-creation in knowledge intensive business services: A dyadic perspective on the joint problem solving process. *Industrial Marketing Management* 41: 15–26. [\[CrossRef\]](#)
- Alford, John. 2016. Co-Production, Interdependence and Publicness: Extending public service-dominant logic. *Public Management Review* 18: 673–91. [\[CrossRef\]](#)
- Arnetz, Judith E., Ulrika Winblad, Bengt B. Arnetz, and Anna T. Höglund. 2008. Physicians' and Nurses' Perceptions of Patient Involvement in Myocardial Infarction Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7: 113–20. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Baker, David W. 2006. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21: 878–83. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Barile, Sergio, Marialuisa Saviano, and Francesco Polese. 2014. Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal (AMJ)* 22: 205–17. [\[CrossRef\]](#)
- Bloom, Gerald, Hilary Standing, and Robert Lloyd. 2008. Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. *Social Science & Medicine* 66: 2076–87. [\[CrossRef\]](#)
- Boztepe, Suzan. 2007. User Value: Competing Theories and Models. *International Journal of Design* 1: 55–63.

- Bryson, John, Alessandro Sancino, John Benington, and Eva Sørensen. 2017. Towards a multi-actor theory of public value co-creation. *Public Management Review* 19: 640–54. [CrossRef]
- Capolupo, Nicola, Gabriella Piscopo, and Carmela Annarumma. 2019. Value co-creation and co-production in the interaction between citizens and public administration: A systematic literature review. *Kybernetes* 49: 313–31. [CrossRef]
- Dietrich, Timo, Jacob Trischler, Lisa Schuster, and Sharyn Rundle-Thiele. 2017. Co-designing services with vulnerable consumers. *Journal of Service Theory and Practice* 27: 663–88. [CrossRef]
- Echeverri, Per, and Per Skålén. 2011. Co-creation and co-destruction: A practice-theory based study of interactive value formation. *Marketing Theory* 11: 351–73. [CrossRef]
- Engen, Marit, Martin Fransson, Johan Quist, and Per Skålén. 2020. Continuing the development of the public service logic: A study of value co-destruction in public services. *Public Management Review*: 1–20. [CrossRef]
- Eriksson, Erik M. 2019. Representative co-production: Broadening the scope of the public service logic. *Public Management Review* 21: 291–314. [CrossRef]
- Frow, Pennie, Janet McColl-Kennedy, and Adrian Payne. 2016. Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management* 56: 24–39. [CrossRef]
- Fure, B. 2008. Kognitive og emosjonelle utfall etter hjemleslag. *Demens & Alderspsykiatri* 12.
- Green, Judith, Alison Draper, and Elisabeth Dowler. 2003. Short cuts to safety: Risk and 'rules of thumb' in accounts of food choice. *Health, Risk & Society* 5: 33–52. [CrossRef]
- Grönroos, Christian. 2008. Service logic revisited: Who creates value? And who co-creates? *European Business Review* 20: 298–314. [CrossRef]
- Grönroos, Christian. 2011. Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory* 11: 279–301. [CrossRef]
- Grönroos, Christian. 2019. Reforming public services: Does service logic have anything to offer? *Public Management Review* 21: 775–88. [CrossRef]
- Grönroos, Christian, and Johanna Gummerus. 2014. The service revolution and its marketing implications: Service logic vs service-dominant logic. *Managing Service Quality: An International Journal* 24: 206–29. [CrossRef]
- Grönroos, Christian, and Päivi Voima. 2013. Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science* 41: 133–50. [CrossRef]
- Grönroos, Christian, Tore Strandvik, and Kristina Heinonen. 2015. Value Co-Creation: Critical Reflections. In *The Nordic School: Service Marketing and Management for the Future*. Edited by Johanna Gummerus and Catharina Von Koskull. Helsinki: Hanken School of Economics.
- Hämäläinen, Päivi, and Eija Rosti-Otajärvi. 2016. Cognitive impairment in MS: Rehabilitation approaches. *Acta Neurologica Scandinavica* 134: 8–13. [CrossRef]
- Hardyman, Wendy. 2017. Trajectories of Value: An Exploration of Value Co-creation and Destruction in Cancer Services. Ph.D. Thesis, Cardiff University, Cardiff, Wales. Available online: <http://orca.cf.ac.uk/104647/> (accessed on 15 December 2020).
- Hardyman, Wendy, Kate Daunt, and Martin Kitchener. 2015. Value Co-creation Through Patient Engagement in Health Care: A Micro-level Approach and Research Agenda. *Public Management Review* 17: 90–107. [CrossRef]
- Hardyman, Wendy, Martin Kitchener, and Kate Daunt. 2019. What matters to me! User conceptions of value in specialist cancer care. *Public Management Review* 21: 1687–706. [CrossRef]
- Hironaka, L. Kari, and Michael K. Paasche-Orlow. 2008. The implications of health literacy on patient-provider communication. *Archives of Disease in Childhood* 93: 428–32. [CrossRef] [PubMed]
- Iaffaldano, Pietro, Rosa Gemma, Benedetta Goretti, Emilio Portaccio, Maria Pia Amato, and Maria Trojano. 2014. Emotional and neutral verbal memory impairment in Multiple Sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 341: 28–31. [CrossRef]
- Joiner, Keith A., and Robert F. Lusch. 2016. Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 25–33. [CrossRef]
- Kaartemo, Valtteri, and Helena Känsäkoski. 2018. Information and Knowledge Processes in Health Care Value Co-Creation and Co-Destruction. *SAGE Open* 8: 2158244018820482. [CrossRef]
- Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsinterviewju*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Levin, Bonnie, Rachel Tomer, and Gustavo Rey. 1992. Cognitive Impairments in Parkinson's Disease. *Neurologic Clinics* 10: 471–85. [CrossRef]
- McColl-Kennedy, Janet R., Stephen L. Vargo, Tracey S. Dagger, Jillian C. Sweeney, and Yasmin Van Kasteren. 2012. Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research* 15: 370–89. [CrossRef]
- McCormack, Lauren, Veronica Thomas, Megan A. Lewis, and Rima Rudd. 2017. Improving low health literacy and patient engagement: A social ecological approach. *Patient Education and Counseling* 100: 8–13. [CrossRef]
- Medberg, Gustav, and Christian Grönroos. 2020. Value-in-use and service quality: Do customers see a difference? *Journal of Service Theory and Practice* 30: 507–29. [CrossRef]
- Meld. St. 29 (2012–2013). 2013. Tomorrows Care. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Available online: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (accessed on 15 December 2020).
- Meynhardt, Timo. 2009. Public Value Inside: What is Public Value Creation? *International Journal of Public Administration* 32: 192–219. [CrossRef]

- Ministry of Health and Care Services. 2011. Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015. Departementenes Servicesenter. Available online: <https://www.regjeringen.no/contentassets/cca646be99be45af96eaec07a7739234/nevroplan2015.pdf?id=2291615> (accessed on 15 December 2020).
- Ministry of Health and Care Services. 2017. Nasjonal Hjernehelseterapi (2018–2024). Available online: [https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjemehelseterapi\\_2018-24\\_121217.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjemehelseterapi_2018-24_121217.pdf) (accessed on 15 December 2020).
- Ministry of Health and Care Services. 2019. Strategy to Increase Health Literacy in the Population 2019–2023. Available online: <https://www.regjeringen.no/contentassets/977b7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (accessed on 15 December 2020).
- Ministry of Local Government and Modernisation. 2020. Kommunereform. Available online: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/id751048/> (accessed on 15 December 2020).
- Ng, Irene C. L., and Laura A. Smith. 2012. An integrative framework of value. In *Special Issue—Toward a Better Understanding of the Role of Value in Markets and Marketing*. Edited by S. L. Vargo and R. F. Lusch. Bingley: Emerald Group Publishing, pp. 207–43.
- NOU. 2011. Innovation in the Care Services. Norwegian Official Report (NOU). Available online: <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/nou-2011-11/id646812/?q=nou2011:11> (accessed on 15 December 2020).
- O’Neill, Onora. 1984. Paternalism and partial autonomy. *Journal of Medical Ethics* 10: 173. [CrossRef]
- Osborn, Chandra Y., Michael K. Paasche-Orlow, Stacy C. Bailey, and Michael S. Wolf. 2011. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American Journal of Health Behavior* 35: 118–28. [CrossRef] [PubMed]
- Osborne, Stephen P. 2010. Delivering Public Services: Time for a new theory? *Public Management Review* 12: 1–10. [CrossRef]
- Osborne, Stephen P. 2018. From public service-dominant logic to public service logic: Are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Management Review* 20: 225–31. [CrossRef]
- Osborne, Stephen P., and Kirsty Strokosch. 2013. It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspectives. *British Journal of Management* 24. [CrossRef]
- Osborne, Stephen P., Kirsty Strokosch, and Zoe Radnor. 2018. Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services. A Perspective from Service Management. In *Co-Production and Co-Creation. Engaging Citizens in Public Services*, 1st ed. Edited by Taco Brandsen, Bram Verschuere and Trui Steen. New York: Routledge, pp. 18–26.
- Osborne, Stephen P., Zoe Radnor, and Kirsty Strokosch. 2016. Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services: A suitable case for treatment? *Public Management Review* 18: 639–53. [CrossRef]
- Osei-Frimpong, Kofi, Allan Wilson, and Nana Owusu-Frimpong. 2015. Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: A CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice* 25: 443–62. [CrossRef]
- Palumbo, Rocco. 2016. Contextualizing co-production of health care: A systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management* 29: 72–90. [CrossRef]
- Palumbo, Rocco, and Rosalba Manna. 2018. What if things go wrong in co-producing health services? Exploring the implementation problems of health care co-production. *Policy and Society* 37: 368–85. [CrossRef]
- Palumbo, Rocco, Carmela Annarumma, Paola Adinolfi, Marco Musella, and Gabriella Piscopo. 2016. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy, Elsevier* 120: 1087–94. [CrossRef] [PubMed]
- Pestoff, Victor. 2012. Co-production and third sector social services in Europe. In *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production*. Edited by Victor Pestoff, Taco Brandsen and Bram Verschuere. New York and London: Routledge, pp. 13–34.
- Plé, Loïc, and Ruben Chumpitaz Cáceres. 2010. Not always co-creation: Introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic. *Journal of Services Marketing* 24: 430–37. [CrossRef]
- Porr, Caroline, Jane Drummond, and Solina Richter. 2006. Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers. *Family & Community Health* 29: 328–35.
- Prior, Daniel D., and Javier Marcos-Cuevas. 2016. Value co-destruction in interfirm relationships: The impact of actor engagement styles. *Marketing Theory* 16: 533–52. [CrossRef]
- Ramsey, Scott, and Adam Schickedanz. 2010. How should we define value in cancer care? *Oncologist* 15: 1–4. [CrossRef]
- Sharbafshaaer, Minoo. 2018. Impacts of cognitive impairment for different levels and causes of traumatic brain injury, and education status in TBI patients. *Dementia & Neuropsychologia* 12: 415–20. [CrossRef]
- Skálén, Per, Johanna Gummerus, Catharina von Koskull, and Peter Magnusson. 2015. Exploring value propositions and service innovation: A service-dominant logic study. *Journal of the Academy of Marketing Science* 43: 137–58. [CrossRef]
- Smith, Anne. 2013. The value co-destruction process: A customer resource perspective. *European Journal of Marketing* 47: 1889–909. [CrossRef]
- Spradley, James P. 1979. *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sweeney, Jillian C., Tracey S. Danaher, and Janet R. McColl-Kennedy. 2015. Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. *Journal of Service Research* 18: 318–35. [CrossRef]
- The Norwegian Medical Association. 2007. Hva er nevrologi? Available online: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-nevrologisk-forening/hva-er-nevrologi/> (accessed on 15 December 2020).
- Thompson, Andrew G. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64: 1297–310. [CrossRef]
- Thomson, Richard, Madeleine Murtagh, and Fu Meng Khaw. 2005. Tensions in public health policy: Patient engagement, evidence-based public health and health inequalities. *Quality and Safety in Health Care* 14: 398–400. [CrossRef]

- Tjora, Aksel. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tung, Cheng-Mei. 2009. Service Co-Creation Activity in Health Industry. Paper presented at the Service Science, S-D Logic and Network Theory, Giannini, Napoli. Available online: <http://www.naplesforumonservice.it/uploads//files/TUNG%20SERVICE%20CO-CREATION%20ACTIVITY%20IN%20HEALTH%20INDUSTRY.pdf> (accessed on 15 December 2020).
- Vafeas, Mario, Tim Hughes, and Toni Hilton. 2016. Antecedents to value diminution: A dyadic perspective. *Marketing Theory* 16: 469–91. [[CrossRef](#)]
- Vargo, Stephen L., and Robert Lusch. 2008. Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36: 1–10. [[CrossRef](#)]
- Vargo, Stephen L., Paul P. Maglio, and Melissa A. Akaka. 2008. On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal* 26: 145–52. [[CrossRef](#)]
- Voorberg, William H., Victor J. J. Bekkers, and Lars G. Tummens. 2015. A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review* 17: 1333–57. [[CrossRef](#)]
- Yang, Yang, Bei-sha Tang, and Ji-feng Guo. 2016. Parkinson's Disease and Cognitive Impairment. *Parkinson's Disease* 2016: 6734678. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Zainuddin, Nadia, Wing Yin Leona Tam, and Angie McCosker. 2016. Serving yourself: Value self-creation in health care service. *Journal of Services Marketing* 30: 586–600. [[CrossRef](#)]





Skarli, J. B. (2021). Responsibilization and value conflicts in healthcare co-creation: a public service logic perspective. *Public Management Review*, 1-22.

<https://doi.org/10.1080/14719037.2021.2013070>

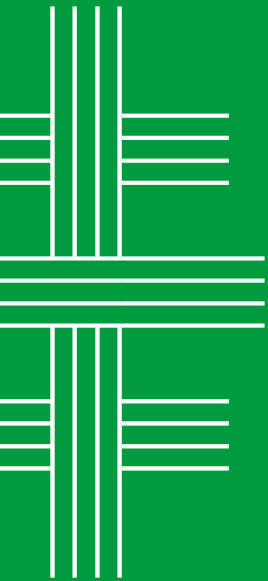
Lenke til artikkel:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14719037.2021.2013070><sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> På grunn av begrensninger i opphavsrettighetene er denne artikkelen ikke vedlagt i fulltekst.





Høgskolen  
i Innlandet

Formålet med denne avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan verdi kan skapes, men også ødelegges for sårbare brukere og deres pårørende i offentlige helse- og omsorgstjenester, gjennom en økt forståelse av deres roller som aktører i samskaping. Med empirisk utgangspunkt i tjenesteinnovasjoner rettet mot sårbare brukere, studerer avhandlingen samskapingsprosesser som involverer brukere, pårørende og tjenestetilbydere.

Avhandlingen er teoretisk forankret i offentlig tjenestelogikk (OTL) og tar utgangspunkt i perspektivets forståelse av brukeren som den grunnleggende analyseenheden, hvor brukerne oppfattes som aktive og likeverdige partnere i samskaping. Det argumenteres for at fremstillingen av brukeren som aktør i OTL, bygger på fire forutsetninger om brukernes ressurser og egenskaper. Gjennom de empiriske studiene problematiserer avhandlingen disse forutsetningene, og utforsker sammenhenger mellom brukernes og pårørendes ressurser og egenskaper og harmoniperspektivet i samskaping. Avhandlingen synliggjør at sårbare brukere ofte mangler ressurser og egenskaper som gjør de i stand til å delta som aktive og likeverdige partnere i samskaping og at pårørendes viktige rolle som aktør i denne konteksten, nettopp må forstås med bakgrunn i brukernes manglende ressurser og egenskaper. Samtidig underbygges det at pårørendes evne til å fylle denne rollen også må sees i sammenheng med deres egne ressurser og egenskaper, samt den konteksten de befinner seg i.