



# Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger

## User involvement as influence and participation – a study of care service managers' opinions

Jan Andersen

*Førsteamanuensis, Institutt for sosialvitenskap og veiledning, Høgskolen i Innlandet*

[jan.andersen@inn.no](mailto:jan.andersen@inn.no)

### Sammendrag

Brukermedvirkning som samproduksjon har blitt et mer sentralt perspektiv de senere åra i den offisielle omsorgspolitikken. Denne artikkelen retter søkelyset mot lederes forståelser av brukermedvirkning innen kommunale omsorgstjenester. Det empiriske grunnlaget er intervjuer med omsorgsledere på ulike nivåer og tjenesteområder i fem kommuner. Lederne vektla en individuell tilnærming der brukerne bør ha innflytelse både ved utforminga av tjenestetilbudet og ved sjølve tjenesteutførelsen. De hadde også en forventning om at brukerne skal være deltakende, aktive og benytte sine ressurser. Denne forventningen vil kunne skape spenninger mellom brukerne og fagpersonalet. I slike situasjoner blir styring ifølge lederne utøvd gjennom dialog, veiledning eller ulike former for motivering. Vi finner igjen sentrale elementer fra samproduksjonsperspektivet i omsorgsledernes vurderinger uten at de benytter samproduksjon som begrep.

Nøkkelord

Omsorgstjenester, samproduksjon, ressursorientering

### Abstract

In recent years, service user involvement understood as co-production has become a more important perspective in the official care services policy. This article directs attention to managers' understanding of user involvement in the municipal care services. Empirically, this study consists of interviews with managers of the care services at different levels and in different service areas in five municipalities. The results show that the managers emphasise an individual approach to the service users, with an understanding that the users should have an influence regarding both the design and the provision of services. There is also an expectation of the users' self-activation in that they should avail themselves of their resources in the service provision. This expectation may create tensions between users and professionals. According to the managers, administrative control is exercised by means of dialogue, guidance or other kinds of motivational approaches. We find elements from the perspective of co-production in the care managers' opinions, though they do not employ the concept of co-production themselves.

Keywords

Care services, co-production, resource orientation

**Hva vet vi om dette emnet?**

Samproduksjonsperspektivet har hatt økende betydning i nasjonale styringsdokumenter innen helse og omsorg, men vi vet mindre om i hvilken utstrekning det manifesterer seg i kommunene.

**Hva nytt tilfører studien?**

- Omsorgslederes forståelse av brukermedvirkning omfatter både brukerinnflytelse over utforminga av tjenestene og aktiv deltakelse fra brukerne i sjølve tjenesteproduksjonen. Dette kan imidlertid også innebære et spenningsforhold.
- I slike situasjoner vil det utøves en form for styring gjennom dialog, veiledning eller motivasjonsarbeid.
- Vi finner elementer av samproduksjon som fenomen i omsorgsledernes forståelse av brukermedvirkning, men uten at de benytter det som begrep.

**Innledning**

Brukermedvirkning har blitt stadig mer sentralt innen helse- og omsorgssektoren. Sjøl om fenomenet har eksistert tidligere, er det særlig fra 1990-tallet at brukermedvirkning som begrep har blitt brukt (Askheim, Christensen, Fluge & Guldvik, 2017). Det har vært to konkurrerende perspektiver knytta til brukermedvirkning; henholdsvis et demokratorientert perspektiv og et markedsorientert perspektiv (Andreassen, 2004; Andersen, 2011; Christensen & Fluge, 2016). Sjøl om disse perspektivene har ulike begrunnelser og legger vekt på forskjellige virkemidler, er de begge opptatt av brukernes innflytelse over eget tjenestetilbud (Askheim, 2017).

De senere åra har imidlertid et tredje perspektiv kommet sterkere, nemlig brukermedvirkning gjennom samproduksjon (*co-production*) (Askheim, 2016). Mens de tradisjonelle forståelsene av brukermedvirkning har dreid seg om at brukerne skal ha innflytelse over eget tjenestetilbud, retter samproduksjonsperspektivet søkelyset mot at brukerne skal ta et større ansvar for egen velferd og liv og benytte egne ressurser i tjenesteproduksjonen (Martin, 2009; Askheim, 2017). Derved er det en forståelse av brukermedvirkning som i tillegg til medvirkning og innflytelse framhever brukernes ansvar og deltakelse i tjenesteytingsprosessen.

Her i landet har samproduksjonsperspektivet kommet til uttrykk i offentlige dokumenter om omsorgspolitikken (Christensen & Fluge, 2016). I hvilken utstrekning ser vi spor av dette perspektivet i de kommunale omsorgstjenestene? I denne artikkelen er søkelyset retta mot forståelser av brukermedvirkning på individnivå blant ledere av kommunale omsorgstjenester. Studien som artikkelen bygger på, omfatter tjenester overfor voksne og inkluderer tjenesteområdene hjemmebasert omsorg, sjukehjem, bo- og omsorgstjenester for personer med utviklingshemming og psykisk helsearbeid. Det er et utvalg på fem kommuner som er med, og datagrunnlaget er intervjuer med ledere på ulike nivåer.

Lederne har stor betydning for implementering av politikken i velferdsorganisasjoner på flere måter, for eksempel fastsetting av rammebetingelser både ressursmessig og for tjenesteyternes skjønnsutøvelse (Evans, 2016). Videre er lederne sentrale når det gjelder å formidle og påvirke medarbeidernes verdier (Ellingsen, 2013). Derved vil de kommunale omsorgsledernes forståelse av og hvordan de legitimerer brukermedvirkning ha betydning for de ansattes vurderinger og praktisering av brukermedvirkning. Problemstillinga i artikkelen er: Hva slags forståelse av brukermedvirkning har ledere innen kommunale omsorgstjenester? Dette vil bli diskutert i relasjon til samproduksjonsperspektivet.

## Teoretiske perspektiver på brukarmedvirkning

Utviklinga av brukarmedvirkning utfordrer den tradisjonelle paternalistiske forståelsen i velferdsstaten om brukeren som passiv mottaker av tjenester, hvor brukeren hadde liten innflytelse, det var standardiserte tjenester, og det var de profesjonelle som visste hva som var det beste for brukerne. Wistow og Barnes (1993, s. 280) framhevet allerede på 1990-tallet at et sentralt skifte innen helse- og sosialtjenestene er kjennetegna av en økende prioritering av: «tailoring services to individual need; the quality and relevance of their outcomes for users; and the importance of user involvement in need identification and service delivery».

«Skreddersøm» innebærer en tilpasning av tjenestene til individuelle behov. Det er to aspekter ved dette. For det første er det et innflytelsesaspekt; hva den enkelte bruker ønsker å få hjelp til og innflytelse over hvordan hjelpa skal gis. Det ligger som en sentral premis i lovverk, politikk og faglige tilnærminger at brukers synspunkter skal tillegges vekt (Kjelle-vold, 2006). For det andre skal det foregå en kartlegging av hjelpebehov som hver enkelt har og hva en kan gjøre sjøl og hva en må ha hjelp til. Hanssen, Humerfelt, Kjelle-vold, Norheim og Sommereth (2015) benevner det første aspektet som brukernes perspektiv og det andre som et faglig brukerperspektiv, og de mener at utøvelse av faglig skjønn bør innbefatte begge perspektivene. Bruken av uttrykkene «behov» og «ønsker» kan illustrere disse to aspektene. Brukernes ønsker og behov kan være sammenfallende, men de kan også være spenningsfylte (Newman & Vidler, 2006).

Som nevnt, opererer brukarmedvirkningslitteraturen ofte med et skille mellom et demokratorientert perspektiv og et markedsorientert perspektiv, eller diskurser. Ifølge Askheim (2017, s. 136) springer demokrati- og rettighetsdiskursen ut av «individets demokratiske rett til innflytelse over eget liv i kraft av å være fullverdig samfunnsborger». Dette perspektivet strekker seg altså utover brukerrolla, hvor medvirkning og innflytelse på velferdstjenester ses som en del av borgernes demokratiske rettigheter og skal bidra til at brukerne får større innflytelse i eget liv. I konsumentdiskursen er det brukeren som konsument av tjenester som er i fokus: «Enkeltindividet ses som den som best kjenner sine behov og derfor er i stand til å gjøre de beste valgene om hvilke tjenester en trenger» (Askheim, 2017, s. 137). Diskursen har en markedsorientering hvor brukeren betraktes som kunde og hvor valgfrihet er sentralt, særlig relatert til muligheter for å velge mellom ulike tjenesteytere. I konsumentperspektivet er det altså brukernes ønsker som er dominerende, og ønsker og behov er sammenfallende.

Samproduksjonsperspektivet eller diskursen har som nevnt innledningsvis blitt mer sentral i de senere åra. Ifølge Askheim (2017, s. 137) innebærer denne diskursen en forståelse av brukeren som fullverdig og kompetent samfunnsborger og ses som medprodusent eller «likeverdig bidragsyter med en komplementær kompetanse til tjenesteyterne». Diskursen knyttes til et sosialt medborgerskap som gir individet både rett og plikt til å ta ansvar for egen velferd (Christensen & Fluge, 2016; Askheim, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette innebærer en aktivisering og motivering av brukerne til å ta større ansvar for eget liv: «Co-production therefore seeks to go beyond an attempt to attune public services to the wishes of passive recipients. Its aim is to empower users to take greater control over, and responsibility for, their lives» (Martin, 2009, s. 286).

Hvis vi skiller mellom begrepene *output* og *outcome* (Duckett & Swerissen, 1996), hvor *output* dreier seg om tjenestene, mens *outcome* er hva slags resultater eller betydning for den enkelte bruker som tjenestene medfører (livssituasjonen), ser vi tydelig at samproduksjonsperspektivet er orientert mot *outcome*. Her skiller perspektivet seg fra konsumenttenkinga som er output-orientert, mens det er sammenfall med rettighetsdiskursen som også er outcomeorientert.

Samproduksjon har blitt karakterisert som et «ullent» begrep, og det har vokst fram en betydelig litteratur som forsøker å definere dette (se Nabatchi, Sancino & Sicilia, 2017 for en

oversikt). Voorberg, Bekkers og Tummers (2015) konkluderer etter en systematisk gjennomgang av litteraturen om «co-creation» (samskaping) og «co-production» (samproduksjon) med at disse begrepene benyttes om hverandre. Nabatchi et al. (2017) benytter *co-production* som et paraplybegrep som omfatter alle deler av tjenesteytingsprosessen. Dette er også i samsvar med Osborne, Radnor og Strokosch (2016, s. 640) som legger følgende definisjon av samproduksjon til grunn: «In this paper, we define co-production as the voluntary or involuntary involvement of public service users in any of the design, management, delivery and/or evaluation of public services». Her inkluderes også ufrivillig deltakelse fra brukerne, mens Nabatchi et al. (2017) reserverer samproduksjon til frivillig deltakelse.

I den offentlige utredningen om «Innovasjon i omsorg» beskrives samskaping som en videreutvikling av samproduksjon: «Samskaping blir i denne sammenheng en bevegelse bort fra et mottaker- og konsumentperspektiv til et medborgerperspektiv, der folks dagligliv og egne aspirasjoner, behov og mål blir tatt på alvor og lagt til grunn for tjenesteutforming» (NOU 2011:11, s. 57). Dette perspektivet følges opp i stortingsmeldinga om «Morgendagens omsorg» med den samme formuleringa om samskaping (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 51).

I denne artikkelen benytter jeg samproduksjon som en felles betegnelse på dette perspektivet og legger til grunn at når bruker forstås som samprodusent, innebærer det en oppfatning av at bruker bør delta i tjenesteytingsprosessen på en aktiv måte. Man vil være opp-tatt av aktivisering av brukerens egne ressurser i tjenesteproduksjonen. I utredningen om *Innovasjon i omsorg* kommer dette klart til uttrykk: «Like viktig som å rekruttere nytt fagpersonell til sektoren, vil det være å utnytte brukernes egne ressurser og utvikle folks evne til selv å ta ansvar» (NOU 2011:11, s. 57). Forståelsen som ligger under her, er at dette også er i de enkelte brukernes interesse.

Forutsetningen om at den enkelte bruker ønsker å ta ansvar og benytte egne ressurser i tjenesteproduksjonen kan imidlertid problematiseres (Andersen, under utgivelse). En kan tenke seg situasjoner hvor et press for aktivisering og deltakelse ikke bidrar til «empowerment» av brukerne, men heller til «disempowerment» (Fotaki, 2011; Dent & Pahor, 2015; Christensen & Pilling, 2019). Dent og Pahor (2015) trekker fram tre mulige negative konsekvenser av samproduksjon som bidrar til «disempowerment» av brukerne. Det er en form for press til å akseptere løsninger som de profesjonelle tjenesteyterne kommer med («forced responsabilisation»); underordning under en paternalistisk relasjon («proto-professionalism»); eller manipulering gjennom opplæring og veiledning («manipulation»).

Vender vi tilbake til de to aspektene ved individuell tilpasning av tjenestene, så kan vi altså skille mellom «innflytelse» for bruker over tildeling og utføring av tjenestene på den ene sida, og kartlegging av hjelpebehov som vil kunne omfatte forventninger om «deltakelse» ved at brukeren skal benytte egne ressurser og være aktiv i tjenesteproduksjonen på den andre.

Hvis vi opererer med «innflytelse» (stor og liten som ytterpunkter) og «deltakelse» (passiv og aktiv som ytterpunkter) som dimensjoner, kan vi tenke oss fire typer av situasjoner eller utfall som er skissert i tabell 1.

**Tabell 1** Brukerroller og innflytelse

Bruker som/Bruker har	Liten innflytelse	Stor innflytelse
<b>Passiv mottaker</b>	1. Blir passiv mottaker	2. Velger å være passiv mottaker (aktivt-passiv)
<b>Aktiv deltaker Samprodusent</b>	3. Press for deltakelse og egen-aktivisering Disempowered	4. Velger å være aktiv deltaker Empowered

Bruker som passiv mottaker (rute 1) dreier seg om situasjonen i den tradisjonelle velferdsstaten hvor det er en paternalistisk tilnærming med brukernes rolle som passive mottakere av tjenester som de har liten innflytelse over, og hvor de profesjonelle i stor grad bestemmer.

Bruker som «aktivt-passiv» mottaker (rute 2) representerer situasjoner hvor brukerne har en mulighet for innflytelse over tjenestene og hvor de «aktivt» velger en rolle som passive mottakere, sjøl om de vil kunne klare å gjøre noen av oppgavene sjøl. Det vil være betydelige gråsoner her, hvor det vil være uklart om brukernes «aktive» valg er uttrykk for en avmaktssituasjon eller at de ikke orker å gjøre oppgavene sjøl om de vil kunne klare det. Hovedpoenget er likevel å kunne fange opp situasjoner hvor tjenesteyterne mener at brukerne kan klare å gjøre oppgaver sjøl og også vil «ha godt av det», men hvor brukerne ikke ønsker å gjøre det.

Ved bruker som «tvungen samprodusent» (rute 3) er det et krav eller press fra tjenesteapparatet om at brukerne skal delta aktivt i tjenesteutførelsen, men hvor brukerne ikke ønsker dette sjøl. Dette blir ikke forstått som individets frie valg, men som en plikt som medborger. Tvungen samproduksjon («forced co-production») kan også omfatte situasjoner hvor brukeren som følge av offentlige nedskjæringer i tilbudene tvinges til å engasjere seg sjøl for å skaffe hjelp på andre måter (Fotaki, 2011). Videre kan det være situasjoner hvor tjenesteyterne har oppfattet at brukerne deltar på frivillig grunnlag, mens brukerne på sin side kan føle seg presset til det. I denne situasjonen vil bruker bli «disempowered».

Bruker som frivillig samprodusent (rute 4) innebærer at det er samsvar mellom tjenesteapparatets ønske om egenaktivitet fra brukernes side og brukernes egen vilje. Brukerne gjør dette på et frivillig grunnlag fordi de mener at det er i deres egen interesse. Her vil bruker bli «empowered».

Disse typologiene er anvendt i analysene av datamaterialet hvor dimensjonene «innflytelse» og «deltakelse» var sentrale temaer.

## Datagrunnlag og metode

Artikkelen bygger på en studie i fem kommuner. Disse har blitt valgt ut på grunnlag av kriterier knytta til ulik organisering (med bestiller–utfører-organisering og tradisjonell organisering), varierende størrelse og ulik geografisk beliggenhet. Tabell 2 gir en oversikt over kommunene i utvalget. Disse er anonymisert.

**Tabell 2** Kommuneutvalget

Kommune	Landsdel	Innbyggere	Organisering
Distrikt i Fjordby	Vest	39 000	Bestiller-utfører organisering
Flatby (distrikt)	Øst	30 000 (11 000)	Tradisjonell organisering
Øyvær	Nord	11 000	Bestiller-utfører organisering
Lilleby	Sør	7 000	Tradisjonell organisering
Fjellbygda	Øst	2 000	Bestiller-utfører organisering

Datagrunnlaget består av intervjuer av ledere på ulike nivåer innen helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det var først individuelle intervjuer og deretter fokusgruppeintervju med et utvalg av informantene. Intervjuene ble foretatt over en periode på nesten 1,5 år (høsten 2015 og 2016).

De individuelle intervjuene er med ledere på ulike nivåer. Det øverste nivået er helse- og omsorgssjef eller kommunalsjef for helse og omsorg. Det neste nivået er ledere av omsorgstjenestene. I de kommunene som har bestiller–utfører-organisering, er ledere for tildelingskontorene intervjuet. Videre har jeg intervjuet ledere for tjenesteområdene sjukehem, hjemmebaserte tjenester, bo- og omsorgstjenester for personer med utviklingshemming og psykisk helsearbeid. Antallet individuelle intervjuer er 44, varierende mellom 6 og 11 i hver kommune. Blant informantene var det en klar dominans av kvinner (86 %), over halvparten var sjukepleiere, og de hadde som regel videreutdanning i ledelse og administrasjon, og mange hadde lang erfaring i stillingen.

Noen uker etter de individuelle intervjuene ble det gjennomført ett fokusgruppeintervju i hver kommune med 4–5 av de som ble intervjuet individuelt. Det er hovedsakelig ledere for ulike tjenesteområder, samt leder for tildelingskontoret i de kommunene som har dette. Fokusgruppene ble sammensatt av deltakere på samme nivå i organisasjonene for å unngå statusforskjeller mellom dem (Halkier, 2010).

Temaet om hvordan informantene vurderer brukermedvirkning, er hovedsakelig basert på to spørsmålsstillinger. Det ene er et åpent spørsmål som ble stilt i de individuelle intervjuene. Det var følgende spørsmål, med små variasjoner i spørsmålsstillinga: Hva er de viktigste mål eller hensikter med brukermedvirkning slik du ser det? I fokusgruppeintervjuene var temaet i utgangspunktet formulert omkring hvilke sider ved brukermedvirkning som informantene mente var viktigst. Dette ga grunnlag for å analysere likheter og forskjeller mellom tjenesteområdene. Alle intervjuene har blitt transkribert i sin helhet.

Dataanalysen har hatt en temasentrert tilnærming (Thagaard, 2009) og har foregått som en veksling mellom analyse av helhet og dypde. Den første fasen var en foreløpig analyse av materialet hvor jeg begynte med hvilke overordna tema som framkom. Deretter gikk jeg djupere inn i datamaterialet mer målretta for de ulike temaene og undertemaene som framkom gjennom den første analysen. Det har vært ei fortolkende vandring mellom rådata, subtema og tema med koding av materialet i kategorier og underkategorier.

På denne måten har det vært mulig å analysere informantenes vurderinger innen samme kommune mellom de ulike tjenesteområdene, mellom ledernivåer og mellom ledere for bestillerenheten og utførerenheten i kommuner med bestiller-utfører organisering. Videre har det vært mulig å analysere informantenes vurderinger innen samme tjenesteområde på tvers av kommuner.

Artikkelen er en del av et større prosjekt med tittelen «Making user participation work – from policy to practice», finansiert av Norges forskningsråd og personvernbehandlet av Norsk senter for forskningsdata (referansenummer 43414).

## Resultater

Svarene uttrykker hvilke verdier og holdninger omkring brukermedvirkning som lederne formidler, og som de mener tjenestene enten iverksetter i praksis («lever etter») eller som de mener at tjenestene bør strekke seg mot («ideal»). Det er også flere av lederne som har lang erfaring fra feltet, både som ansatte «på gulvet» og som ledere. Derved kan de også sammenlikne utviklinga over tid.

Det er et gjennomgående likhetstrekk på tvers av kommuner og tjenesteområder at informantene vektlegger ei individuell tilnærming til brukerne. De tilstreber individorienterte tjenester («skreddersøm») innafor de rammene som finnes. Informanter som har lang erfaring, hevder også at dette har blitt mer tydelig over tid. Hvordan dette kommer til

uttrykk, varierer noe mellom tjenesteområdene. Det er også forskjeller mellom kommunene hvor langt man mener å ha kommet når det gjelder individtilpasninga.

Med utgangspunkt i den individuelle tilnærminga til brukerne har analysen avdekket hvordan lederne forstår og vektlegger balansen mellom brukernes ønsker (innflytelse) og forventningen om at brukerne aktivt bidrar med egne ressurser i tjenesteutøvelsen (deltakelse). Dette er framstilt gjennom tre temaer. Det første temaet er forståelsen av innflytelsesaspektet ved brukermedvirkninga og hvordan man håndterer dette. Det andre temaet er ressursorientering og vekt på egenaktivisering. Til slutt er det gitt eksempler på situasjoner hvor det vurderes å være spenninger mellom hva brukerne har behov for og hva de sjøl ønsker.

### Innflytelse over egne tjenester (*output*) og egne liv (*outcome*)

Innen helse- og omsorgstjenestene har det fra 2014 blitt utviklet ei tilnærming og et læringsnettverk for gode pasientforløp mellom kommuner der målet er at brukerne skal oppleve av tjenestene er trygge og koordinerte (KS, 2019). Konkret dreier det seg blant annet om å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» som inngang til kartleggingssamtaler med nye brukere. Det er særlig en av kommunene som er tydelig inspirert av ideologien omkring «hva er viktig for deg?» (Lilleby), men dette uttrykket benyttes også i to av de andre kommunene (Fjellbygda og Flatby). Dette knyttes til hjemmebesøket som ved tildeling av tjenester til nye søkere av omsorgstjenester, framstår som en institusjonalisert arena for brukermedvirkning. Lederen for hjemmetjenesten i Lilleby uttrykker dette på følgende måte:

Vi bruker mye «hva er viktig for deg-filosofien» når vi kartlegger brukerne våre for å få fram hva dette egentlig dreier seg om. De har noen synspunkter og det handler ofte om ting som de trenger hjelp til og bli aktivisert i. Det er ikke nødvendigvis hjemmehjelp du skal ha, men det er det jeg har søkt om for da får jeg i hvert fall et besøk, noen kommer hjem til meg. Så viser det seg at du trenger hjelp til å bli fulgt ned trappa x antall ganger så du blir trygg nok til å gå på butikken å handle selv. Da er det der vi lander. Hjemmehjelp var bare inngangsporten til det du tror du må be om for å få en kommunal tjeneste (Leder for hjemmetjenesten i Lilleby).

Her formidles en oppfatning av at den hjelpa nye søkere av omsorgstjenester trenger, ikke nødvendigvis stemmer overens med de kategoriene som kommunen opererer med i et søknadsskjema. Det er behov for en dialog mellom bruker og representanter for hjelpeapparatet for å avklare hva brukeren ønsker hjelp til. I tillegg må det også «sorteres» hva ulike aktører kan bidra med:

Poenget er at vi skal levere tjenester brukeren har behov for og som brukeren definerer og som er innfor vårt område. De definerer mange behov. Men ikke alle skal nødvendigvis dekkes av det kommunale. Men det er viktig å kartlegge hvilke behov som brukerne uttrykker og så kan vi sortere i første omgang, hva vi kan hjelpe med, hva pårørende må hjelpe med og om vi kan sette dem i kontakt med noen andre som kan bidra. Hva er det som er viktig? Hvordan tenker du at det skal leveres? De kan medvirke, men det er ikke sikkert at vi kan følge dem på alt (Leder for hjemmetjenesten i Lilleby).

Denne dialogen benevner flere andre informanter som en form for forventningsavklaring, som vil omfatte både hva kommunen gir av tjenester og hvilke tjenester og omfanget av dem som kan være aktuelt. Dette vil kunne legge begrensninger på brukernes muligheter for å få sine ønsker imøtekommet. Flere av informantene framhever imidlertid viktigheten av denne dialogen som virkemiddel for at brukerne skal være fornøyd sjøl om de ikke får det de ønsker seg. En leder for tildelingskontor uttrykker dette slik: «Vi opplever at når vi

kommer i dialog og kommunikasjon med dem og de ikke får det de ønsker sjøl så blir de som regel tilfreds fordi vi har en god dialog med dem».

Det å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» som inngang til ei kartleggingssamtale er ei tilnærming som kan være retta mot både *output* og *outcome*. Det kan ses som en invitasjon til brukerne om å formidle hva som er viktig i livet og hvilke konsekvenser det bør få for tjenestene, altså hva som er det viktigste for bruker å få hjelp til for å bidra til økt livskvalitet. Typiske mål for *outcome* som informantene uttrykker, er at brukerne skal få større innflytelse over eget liv.

Når det gjelder tjenester for personer med utviklingshemming, uttrykker informantene formuleringer omkring sjølbestemmelse i hverdagen: «Poenget er at brukerne skal kunne påvirke sin egne hverdag og kunne leve sitt eget liv slik de sjøl ønsker det» (Leder for botjenester for personer med funksjonshemninger i Flatby). Noen vektlegger at brukerne er forskjellige når det gjelder å uttrykke sine ønsker og at personalets kompetanse til å tolke brukerne blir viktig:

Det blir å legge til rette for at brukernes interesser og ønsker blir ivaretatt utfra det nivået brukerne er på. Vi har mange forskjellige brukere, noen er veldig klare på hva de ønsker og uttrykker det, mens andre kan ikke det. Da kommer personalkompetansen inn, det å kunne observere og kunne lese bruker (Leder for botjenester til utviklingshemmede i bydelen i Fjordby).

Videre nevnes at det vil kunne være begrensninger i hvor mye den enkelte er i stand til å bestemme og at veiledning vil være sentralt for at brukere skal fatte beslutninger som ikke er til skade for seg sjøl eller andre. Dette illustrerer avveininger som pekes på i litteraturen om personer med utviklingshemming om at sjølbestemmelse også består av ferdigheter som kan læres, men hvor det kan være uklarheter knytta til om den enkelte på en tilfredsstillende måte behersker avveininga mellom alternativer og mulige konsekvenser (Ellingsen, 2005).

Innen psykisk helsearbeid er formuleringer som informantene benytter, gjerne knytta til medvirkning i eget liv: «Medbestemmelse over eget liv er det viktigste for meg. Det å få lov til å styre det man kan over eget liv. Det er alfa og omega. Får du bruker med på laget er det utrolig hva man kan få til, hvis ikke blir det vanskelig» (Leder for tildelingsenheten for psykisk helse i Fjordby).

Også på sjukehjemmene er det flere som er opptatt av at en individuell tilnærming til brukerne kan bidra til at de får et bedre liv. De vektlegger at dette handler om respekt for hvert enkelt menneske som et sjølstendig individ og at man skal oppleve mestring i eget liv.

Den individorienterte tilnærminga dreier seg altså om at den enkelte bruker skal kunne ha en innflytelse over tjenestetilbudet med sikte på å få tjenester som er mer tilpasset den enkeltes ønsker og som kan bidra til et bedre liv (*outcome*). Samtidig vil denne innflytelsen utøves innafor den tjenestestrukturen og de rammer for kommunalt ansvar som gjelder.

### Forventning om egenaktivisering

En annen rammebetingelse for brukerinnflytelsen i tjenesteutforminga er en forventning om egenaktivisering. Ei ressursorientering med vekt på aktivisering og ansvarliggjøring av brukerne ser ut til å komme sterkere inn i omsorgstjenestene i forbindelse med tjenesteutforminga. Omsorgslederen i Lilleby uttrykker det på denne måten: «Vi er mye mer ressursfokusert i dag enn vi var for noen år sida».

Dette søkelyset på at brukerne skal mobilisere egne ressurser synes også å være et felles underliggende perspektiv på tvers av tjenesteområdene. Informanter fra sjukehjem forteller om at hjelpa differensieres mye mer enn tidligere utfra hva brukerne kan klare å gjøre sjøl:



Vi jobber annerledes og det handler mye om at du er bevisst på å følge pasientens behov. Det å ikke gjøre alt for alle, men variere, noen trenger den hjelpa og andre trenger noe annet. Alle trenger ikke hjelp til akkurat det samme. Før var det mer samleband hvor alle fikk det samme. Vi differensierer mye mer nå (Avdelingsleder sjukehus i Flatby).

Denne måten å jobbe på framstilles også som et bidrag til effektivisering av ressursbruken ved at det blir frigjort ressurser som kan benyttes til andre ting.

I hjemmetjenestene legges det også vekt på hvordan det ressursorienterte fokuset bidrar til effektivisering, samt at det kan påvirke brukernes innstilling til sitt personlige ansvar:

Fokuset har dreid fra sykdom til ressurser. Hvilke ressurser har du, hva klarte du før, hva klarer du nå, hva har vi hjelpemidler til, hvordan kan vi tilrettelegge her hjemme for at du skal klare å bevege deg rundt omkring? Det har også noe å si for brukernes innstilling og hva de tenker om seg sjøl. Tenker de på seg sjøl som en som er syk eller en som har ressurser? Det har mye å si for hvordan du kan håndtere din hverdag. Brukerinnflytelse har endra seg mer til at brukerne sier noe om hva de kan bidra med inn i tjenesten. Og så at vi sier hva vi kan bidra med. Vi går inn og støtter mer enn at vi overtar (.....). For mange gamle har tenkt at når de først har fått hjelp fra det offentlige så kan de slippe alt. Sånn er det ikke lenger. Hvis vi skal inn å gjøre den type jobb har vi ikke ressurser nok. Derfor har dette fokuset på å kartlegge ressursene til brukerne kommet mye mer enn det var før (Leder for hjemmetjenesten i Lilleby).

Ressursorienteringa kommer også fram i tjenestene for personer med utviklingshemming: «Det er høyt fokus på å bruke de ressursene som bruker selv har på den beste måten» (Leder for botjenester til utviklingshemmede i bydelen i Fjordby). Samtidig viser informantene til at dette må tilpasses den enkelte sine ønsker og behov i den konkrete hverdags situasjonen:

Det med aktivitet er veldig viktig, legge opp til mestring og få bruke seg sjøl. Samtidig er det noen som har dårlige dager og en må vurdere dagsformen og legge stor vekt på det de mener sjøl. Det er så varierende dagsform (Leder for miljøarbeidertjenester for personer med funksjonshemminger i Fjellbygda).

Innen psykisk helsearbeid knyttes ressursorienteringa til en bedringsprosess:

Vårt mål i psykisk helseteam er mestring og vekst. Det er rettesnora vår, det å gjøre oss overflødige i folks liv, bidra til mestring og vekst og egenomsorg og ivaretagelse. Brukerne hos oss er med på å utforme vedtaket. Hva er det viktigste vi skal jobbe med, har du hatt det slik før, hva var det som hjalp deg tidligere? Vi tar fatt i ressursene og den friske siden og har fokus på det i arbeidet (Leder for psykisk helseteam i Flatby).

Innen psykisk helsearbeid er «recovery» et begrep som benyttes. Dette har ulike betydninger i ulike kontekster (Biong & Borg, 2016). I denne studien er det to av informantene fra psykisk helsearbeid som bruker begrepet *recovery*. Formuleringene som benyttes av øvrige informanter innen dette tjenesteområdet kan imidlertid knyttes til *recovery* forstått som en bedringsprosess.

Sjøl om den ressursorienterte tenkninga er gjennomgående blant omsorgslederne, synes kommunene i utvalget å ha kommet ulikt i implementeringa av den i praksis. Den er tydeligst uttrykt i Lilleby, mens man i Øyvær mener at de har kommet kortere enn det som er ønskelig:

Vi er kanskje litt lite flinke til å få brukerne til å benytte egne ressurser. Det er litt lett å glemme. Jeg tenker litt på kultur også. Vi er veldig på tilbudssida, det er godt ment, men vi kunne vært mer opptatt av hva som skal til av tilrettelegging for at du kan klare å dusje sjøl (Leder for tildelingsenheten i Øyvær).

I den ressursorienterte tenkninga er det viktig å skille mellom oppgaver som brukerne klarer å gjøre sjøl i utgangspunktet, og oppgaver de kan klare å gjøre med litt trening og veiledning. Veiledning og trening med sikte på økt mestring krever ekstra tid og ressurser. Innen hjemmetjenestene synes det vanskelig å prioritere i den ordinære virksomheten. Det kan være mer effektivt at hjelperne gjør jobben enn å bruke tid på å veilede brukerne til å kunne klare det sjøl.

Kommunene systematiserer trening og veiledning i ulike former for rehabilitering. Dette dreier seg om korttidsopphold for rehabilitering på sjukehjem, innsatser fra hverdagsmestringsteam i hjemmetjenestene som en spesialisert funksjon (Flatby) og forsøk med hverdagsrehabilitering (Fjordby). I slike tilfeller er det en avtalt virksomhet mellom bruker og hjelpeapparatet om aktivisering og veiledning, og det er avsatt ressurser til det.

Innen botjenester for personer med utviklingshemming og psykisk helsearbeid vil det være en mer integrert del av arbeidet med veiledning og motivasjonsarbeid for at brukerne skal oppøve ferdigheter eller bedring og vekst.

Brukerne skal få det de har behov for, men ikke nødvendigvis det de ønsker

Etter ledernes oppfatning ligger det i en individorientert praksis at brukerne skal ha innflytelse over tjenestetilbudet samtidig som det forventes at de skal mobilisere egne ressurser i løsningen av oppgavene. En skal ta hensyn til den enkelte brukers ønsker og hva den enkelte kan klare å gjøre sjøl. I mange tilfeller vil behov og ønsker være sammenfallende, men det kan også være situasjoner hvor de er spenningsfylte og hvor brukernes uttrykte ønsker må balanseres mot behov. Ifølge informantene kommer dette særlig fram i tre situasjoner:

- Bruker ønsker å være i fred, ønsker ikke å motta hjelp sjøl om andre (for eksempel både pårørende og hjelpeapparatet) mener at en trenger hjelp.
- Bruker vil være passiv mottaker av hjelp sjøl om vedkommende klarer å gjøre oppgava sjøl.
- Hvis bruker skader seg sjøl eller andre.

Dette er gjerne situasjoner hvor bruker etter fagansattes vurderinger, ikke handler i egen interesse. Her vil da de fagansatte forsøke å motivere, overtale eller veilede brukerne til å foreta «fornuftige valg». Ifølge informantene vil tvang i rettslig forstand begrenses til situasjoner hvor atferden er til fare for egen eller andres liv og helse.

## Diskusjon

Resultatene fra studien gir støtte til å skille mellom «innflytelse» og «deltakelse» som to aspekter ved individorienteringa av tjenesteutforminga. Ved tildeling av tjenester skal brukerne ifølge omsorgslederne kunne utøve innflytelse knytta til typer og omfang av tjenester de ønsker. Samtidig er det forventninger om egenaktivitet fra brukerne ved at man tar utgangspunkt i hvilke ressurser brukerne har og hva de kan klare å gjøre sjøl. Lederne legitimerer denne tilnærminga på en paternalistisk måte ved å hevde at dette er i brukernes egen interesse (Andersen, under utgivelse).

Det er et felles underliggende perspektiv at egenaktivisering og bruk av egne ressurser er bra for brukerne, sjøl om det benyttes noe forskjellige begreper innen de ulike tjenestemrådene: som *recovery*, tilfriskning, mestring og vekst innen psykisk helsearbeid; som forebygging av forverring av helsetilstand og økt hjelpebehov i hjemmebasert omsorg; som

oppretholdelse av respekt, verdighet og integritet i institusjonsomsorgen; som ledd i habilitering og/eller øking av livskvaliteten for personer med utviklingshemming.

Det er altså en vektlegging av personlig ansvar for å delta, og det forutsettes også at de fleste brukerne vil være enige i dette, i hvert fall etter at man har «snakket om det» eller drevet motivasjonsarbeid eller veiledning. Her er dialogen som styring sentral, som en forventningsavklaring når det gjelder hva bruker ønsker hjelp til, hva som forventes av bruker sjøl og hva andre kan bidra med. Et sentralt poeng vil kunne være å «justere ned forventningene» om hva kommunen kan bidra med (Vike, Debesay & Haukelien, 2016). Styringselementet understrekes ytterligere ved vurderingene av at hvis denne dialogen gjennomføres på en god måte, vil brukeren kunne bli fornøyd sjøl om han/hun ikke får sine ønsker oppfylt. Dette illustrerer at brukerinnsflytelsen i forbindelse med tjenesteutforminga utøves innafor visse rammer. I en annen artikkel fra denne studien har jeg diskutert ulike strukturelle faktorer i kommunene som bidrar til å begrense mulighetene for brukerinnsflytelse (Andersen, under utgivelse).

Omsorgslederne benytter ikke samproduksjon som begrep. Likevel er det mulig å finne elementer fra dette perspektivet i deres vurderinger, noe som kan tyde på at samproduksjon er et gryende fenomen i kommunene. Det gjelder den økende forståelsen av brukermedvirkning som deltakelse og ansvar og vekt på mobilisering av brukernes egne ressurser, samt at dette også er i brukernes egen interesse; outcomeorienteringa i vurderingene av målet med brukerinnsflytelsen; balansen mellom brukerinnsflytelsen og kartlegginga av behov og vektlegginga av dialogen.

Vi finner også spor av de viktigste begrunnelsene som ligger bak samproduksjonsperspektivet i det empiriske materialet. Askheim (2016) opererer med en tredelt begrunnelse for samproduksjonstanken: demokratisk, kvalitetsmessig og økonomisk.

Det demokratiske elementet kommer til uttrykk ved at brukernes kompetanse anerkjennes som en komplementær kompetanse til de profesjonelles fagkompetanse. Videre er det rimelig å tolke ledernes framheving av at målet med brukerinnsflytelsen er retta mot *outcome*, at den skal bidra til et bedre liv, som et demokratiaspekt. Kvalitetselementet finner vi i vektlegginga av at individuell tilpasning av tjenestetilbudet vil gi bedre og mer «skreddersydde» tjenester til den enkelte. Samtidig må den individuelle tilpasninga skje som en kombinasjon av realisering av behov og ønsker. Brukerinnsflytelsen skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene, men uten at den profesjonelle tjenesteyteren skal fratras sitt faglige ansvar. Derved vil det være ei grense for hvor langt brukernes innsflytelse kan gå (Haukelien, Møller & Vike, 2011). Økonomelementet, som jeg her vil knytte til effektivitet, er relatert til at en gjennom differensiering av hjelpa kan frigjøre ressurser. Intensjonen er å endre praksis fra å «ta over» og hjelpe brukerne med alt, til at hjelpa mer skal supplere hva bruker kan gjøre sjøl. Mobilisering av brukernes egne ressurser kan altså vurderes som mer effektivt, samtidig som det er bedre for brukerne og det kan forebygge ytterligere hjelpebehov.

Askheim (2016) hevder også at et grunnleggende harmoniperspektiv ligger til grunn for samproduksjonstenkninga. De ovennevnte elementene kan virke sammen som en helhet. Derved kan det framstilles som en «vinn-vinn-situasjon» (Askheim et al., 2017), hvor både brukere og tjenesteytere blir «empowered» (Needham & Carr, 2009).

Relaterer vi dette til oversikten i tabell 1, vil en rimelig tolkning av uttalelsene fra omsorgslederne være at den ønskede situasjonen for dem er rute 4, det vil si å forene brukernes muligheter for innsflytelse med en forståelse av at de må gjøre en innsats sjøl. Ved tildeling av tjenester er det forventninger om egenaktivitet fra brukerne i utføringa, at man tar utgangspunkt i hvilke ressurser brukerne har og hva de kan klare å gjøre sjøl. Tilnærminga

bygger på at det er i brukernes egen interesse at de bidrar i utførelsen av tjenestene og at denne er innretta mot hjelp til sjølhjelp.

Dette innebærer å bevege seg bort fra brukerne som passive mottakere (rute 1) ved at brukerne medvirker gjennom både innflytelse over tjenestene og aktiv deltakelse ved utføring av tjenestene. Situasjonen i rute 2 vil også være problematisk sett fra omsorgsledernes side fordi det er en løsning som verken er i brukernes egen interesse eller i hjelpeapparatets (mindre effektivt). Derved vil man forsøke å bevege seg bort fra en slik situasjon. Den potensielle risikoen for negative konsekvenser for brukerne er hvis utfallet blir som i rute 3 hvor de blir presset til å ta et ansvar som de ikke ønsker. Omsorgslederne har vist til eksempler hvor det er spenninger mellom hva brukerne ønsker og hva fagpersonalet mener er i brukernes interesse. I slike situasjoner vil hjelpeapparatet forsøke å overtale, veilede eller manipulere brukerne slik at man kan bevege seg i retning rute 4. Et annet forhold ved «tvungen samproduksjon» (rute 3) er at bruker som følge av offentlige nedskjæringer i tilbudene tvinges til å engasjere seg sjøl for å skaffe hjelp på andre måter (Fotaki, 2011). Dette har over tid skjedd innen hjemmebaserte tjenester som en form for ansvarsprivatisering ved at oppgaver som de kommunale tjenestene utførte tidligere, har blitt overlatt til andre aktører å gjøre (Vabø & Szebehely, 2012; Andersen, under utgivelse).

Det er ingen av omsorgslederne som argumenterer for at egenaktivisering gjennomføres som en plikt i betydningen krav eller vilkår for å få tjenester. Det vil antakelig heller ikke være juridisk holdbart, fordi medvirkning fra bruker må være basert på frivillighet; brukeren kan ikke tvinges til å medvirke under trussel om dårligere hjelpetilbud (Kjellebold, 2006). Samtidig er det jo en grunnleggende asymmetri mellom tjenesteyter og bruker, og det kan skje en maktutøvelse gjennom veiledning og omsorg med sikte på at brukeren skal treffe sjølstendige, men samtidig riktige og gode valg (Askheim, 2012). Hvorvidt det i praksis skjer manipulering, press eller andre former for «tvangslignende» situasjoner har jeg ikke grunnlag i det empiriske materialet til å kunne vurdere. Hvordan blandingsforholdet mellom brukernes eget ansvar og deres innflytelse blir i praksis, vil i stor grad bestemmes i relasjonene.

Ei interessant problemstilling i forlengelsen av denne studien er om noen av de tre hensynene ved samproduksjon vil være mer dominerende enn andre når det i praktiske situasjoner oppstår konflikt mellom dem? Hvis vi tar hjemmebaserte tjenester som eksempel, er dette punktjenester med en kombinasjon av detaljerte oppgavebeskrivelser og tidsknapphet (Andersen, under utgivelse). Tidspresset i tjenestene har økt som en følge av tidsnormering av oppgavene og økt standardisering (Vabø & Szebehely, 2012; Førland, Fagertun, Hansen & Kverndokk, 2017). Det kortsiktige effektiviseringspresset vil da kunne tvinge de ansatte til å gjøre jobben fordi de ikke har tid til å vente eller veilede brukerne til å gjøre oppgava sjøl. Voorberg et al. (2015) konkluderer med at i den grad forskningen har vært opptatt av resultater eller effekter av samproduksjon, så handler det om en økt effektivitet i tjenesteutøvelsen. På denne bakgrunnen er det grunn til å stille spørsmålet om kortsiktige effektiviseringshensyn ved samproduksjon vil trumfe de andre hensynene når det er konflikt mellom dem?

## Avslutning

Studien viser at det etter omsorgsledernes vurderinger har skjedd en sterkere individorientering av tjenestene over tid. Forståelsen av brukermedvirkning på individnivå omfatter at brukerne skal ha innflytelse over egne tjenester. Samtidig er det en økende oppmerksomhet mot brukermedvirkning forstått som egenaktivisering av brukerne og deres deltakelse i tjenesteytingsprosessen. Dette betyr at brukerinnflytelsen vil rammes inn av en forventning om ressursmobilisering og egenansvar fra brukernes side.

Omsorgslederne er i stor utstrekning outcomeorientert når de vurderer hensikten med brukermedvirkning. Hva brukerne synes er viktig for å gi et bedre liv, er et sentralt element i prioriteringene av hva slags hjelp brukerne skal få, samtidig som det er en underliggende forståelse av at det er i brukernes egen interesse at de er aktive og benytter egne ressurser i tjenesteproduksjonen. Omsorgslederne argumenterer med at dette bidrar til bedre resultat (*outcome*) for brukerne i form av økt livskvalitet, egenmestring og sjølfølelse. Vi finner altså elementer av samproduksjon som fenomen i omsorgsledernes forståelse av brukermedvirkning, men de benytter det ikke som begrep.

Studien har avdekket potensielt spenningsfylte situasjoner mellom hva brukerne ønsker og hva fagpersonalet mener er i brukernes interesse. I slike situasjoner vil det utøves en form for styring gjennom dialog, veiledning eller ulike former for motivering. I forlengelsen av denne studien ville det være interessant å undersøke hvordan disse situasjonene faktisk håndteres, samt hvordan de ulike hensynene knytta til samproduksjon avveies i praksis når det oppstår konflikter mellom dem.

## Referanser

- Andersen, J. (2011). Brukerinnflytelse i kommunale velferdstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(4), 248–260.
- Andersen, J. (under utgivelse). The Scope of Possibilities for User Influence in Norwegian Municipal Care Services. *Journal of Social Policy*.
- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat* (Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 13) Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Brukermedvirkning-politikk-og-velferdsstat>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 24–36. Hentet fra [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>
- Askheim, O. P., Christensen, K., Fluge, S. & Guldvik, I. (2017). User participation in the Norwegian Welfare Context: an Analyses of Policy Discourses. *Journal of Social Policy*, 46(3), 583–601. <https://doi.org/10.1017/s0047279416000817>
- Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F.L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18–29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitikken – 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>
- Christensen, K. & Pilling, D. (2019). User Participation Policies in Norway and England – the case of Older People and Social Care. *Journal of Social Policy*, 48(1), 43–61. <https://doi.org/10.1017/S0047279418000272>
- Dent, M. & Pahor, M. (2015). Patient involvement in Europe – a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 546–555. <http://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0078>
- 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. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8500.1996.tb01218.x>
- Ellingsen, K. E. (2005). Selvbestemmelse og brukermedvirkning. I A. Selboe, L. Bollingmo & K.E. Ellingsen (Red.), *Selvbestemmelse for tjenestenytere* (s. 39–69). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, P. (2013). *Brukerorientert ledelse i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Evans, T. (2016). Street-level bureaucracy, management and the corrupted world of service. *European Journal of Social Work*, 19(5), 602–615. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1084274>
- 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. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01879.x>
- Førland, O., Fagertun, A., Hansen, R. & Kverndokk, S. (2017). *Normtider til besvær* (Rapportserie nr. 4/ 2017). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444232>
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2015). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukervedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2. utg.) (s. 17–47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren* (Rapport nr. 284). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/brukermedvirkning-i-pleie-og-omsorgssektoren/1911/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kjellevoid, A. (2006). Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. *Lov og Rett*, 45(1–2), 3–25. Hentet fra [https://www.idunn.no/lor/2006/01-02/idealet\\_om\\_brukerorientering\\_i\\_helse-ogsosialtjenesten\\_-\\_fagfelleverdert\\_ar](https://www.idunn.no/lor/2006/01-02/idealet_om_brukerorientering_i_helse-ogsosialtjenesten_-_fagfelleverdert_ar)
- KS (2019). Hva er viktig for deg?-dagen markeres for sjette år på rad. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg-dagen-markeres-for-sjette-ar-pa-rad/>
- Martin, S. (2009). Engaging with citizens and other stakeholders. I T. Bovaird & E. Löffler (Red.), *Public Management and Governance* (Second edition) (s. 279–296). London: Routledge.
- 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. <http://doi.org/10.1111/puar.12765>
- Needham, C. & Carr, S. (2009). *Co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation* (Research Briefing 31). Hentet fra <https://lx.iriss.org.uk/content/co-production-emerging-evidence-base-adult-social-care-transformation-research-briefing-31>
- Newman, J. & Vidler, E. (2006). Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism, and the Modernisation of Health Care. *Journal of Social Policy*, 35(2), 193–209. <https://doi.org/10.1017/S0047279405009487>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- 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. <http://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. & Szebehely, M. (2012). A caring state for all older people? I A. Anttonen, L. Häikö & K. Stefánsson (Red.), *Welfare State, Universalism and Diversity* (s. 121–143). Cheltenham: Edward Elgar
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velferdsstat i endring. I H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (Red.), *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester* (s. 14–39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. <http://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505>
- Wistow, G. & Barnes, M. (1993). User Involvement in Community Care: Origins, Purposes and Applications. *Public Administration*, 71(3), 279–299. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1993.tb00975.x>