Roskilde University

Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester

Bikova, Mariya; Christensen, Karen

Published in:
Tidsskrift for Omsorgsforskning

DOI:
10.18261/tfo.8.1.9

Publication date:
2022

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Bikova, M., & Christensen, K. (2022). Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, *8*(1). https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.9

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 04. Dec. 2025

Tidsskrift for omsorgsforskning

Universitetsforlaget

VITENSKAPELIG PUBLIKASJON

Årgang 8, nr. 1-2022, s. 1–13
ISSN online: 2387-5984
DOI: https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.9

Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester

Co-production in the scope of possibilities for user involvement in Norwegian health- and care services

Mariya Bikova
Førsteamanuensis, Institutt for helse og funksjon, Fakultet for helse og sosialvitskap, Høgskulen på Vestlandet
Mariya.Bikova@hvl.no

Karen Christensen
Professor, Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet
Professor II, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen
karench@ruc.dk

Sammendrag
Ideen om at brukere er deltakende og aktive samarbeidspartnere når det gjelder sine egne velferdstjenester, er sentral i de politiske strategiene for norske helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning og samproduksjon fremstilles som et ideal for tjenestene. Men hva skjer med dette idealet i en arbeidshverdag hvor deltakerne i samproduksjonen kan ha svært ulike interesser og motivasjoner for å delta? Basert på feltarbeid i to norske kommuner utforsker vi i denne artikkelen mulighetsrommet for brukermedvirkning som samproduksjon. Gjennom fortetting av etnografiske data presenterer vi tre caser som illustrerer essensielle betingelser og utfordringer i hjemmesykepleien, sykehjem og bofellesskap. De ulike hverdagskontekstene innen disse tre områdene begrepsfestes som «omsorgssettinger». Analysen viser at sentrale begrensninger av brukermedvirkningens mulighetsrom innen hjemmetjenestene handler om tidspress og individualisering av de ansattes ansvar: I sykehjemmet dreier det seg om profesjonshierarkier og kommunikasjon via pårørende; og i bofellesskap om profesjonskultur. Studien gir innsikt i variasjon av samproduksjonens betingelser og utfordringer i hverdagskontekster, som her er knyttet til hjemmetjenester for eldre, institusjonstjenester for eldre og tjenester i bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemning.

Nøkkelord
velferdstjenester, helse og omsorg, brukermedvirkning, samproduksjon, samskapelse, partnerskap

Abstract
The idea that users of welfare services are participating and active co-partners of their own services is central in political strategies for the health and social care services in Norway. User involvement and co-production are presented as an ideal for the services. But what happens when this ideal meets daily practice, where the participants of co-production hold very different interests and motivations for their participation? Based on fieldwork in two Norwegian municipalities, this article explores the scope of possibilities for user involvement as co-production. Through a condensation of ethnographic data three cases are presented; they illustrate essential conditions and challenges in home-based nursing services, the nursing home and sheltered housing. Analytically, the everyday contexts of the cases are conceptualized as 'care settings'. The analysis shows that central limitations of the scope of possibilities of user involvement is about time pressure and individualization of professional responsibility in home-based nursing care;

Copyright © 2022 Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0 License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

professional hierarchies and communication via family members in the nursing home; and a professional culture in sheltered housing. This study provides insights into variation in conditions and challenges of co-production in everyday contexts, here related to home-based services, and places in institutions, for older people, and services in sheltered housing for people with intellectual disabilities.

Keywords
welfare services, health and care, user involvement, co-production, co-creation, partnership

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Brukere konstrueres i stigende grad som likeverdige samarbeidspartnere når det gjelder sine egne tjenester, og som eksperter på sin egen velferd.
- Medborgerperspektivet i samarbeidsorienteringen kan tilsløre ulike interesser, motivasjoner og forutsetninger for å delta i samproduksjonen.

Hva tilfører denne studien?

- Studien gir innsikt i en viktig variasjon i samproduksjonens betingelser og utfordringer i hverdagskontekster knyttet til *ulike* deler av helse- og omsorgstjenestene.
- Studien viser at mulighetsrommet for samproduksjon begrenses av *ulike* kontekstuelle forhold slik som det stramme tidsregimet i hjemmebaserte tjenester for eldre samt endrete generasjonsbånd, profesjonshierarkier og profesjonskulturer i den del av sektoren som omfatter institusjonstjenester for eldre og tjenester i bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemming. Både variasjonen i samproduksjonens betingelser og momentene knyttet til nye generasjonsrelasjoner og profesjonshierarkier/-kulturer, har i liten grad vært fremme i tidligere forskning om brukermedvirkning og samproduksjon.

Innledning

Kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge har gjennomgått omfattende moderniseringsprosesser i de siste årtiene (Christensen, 2005; Christensen & Wærness, 2018; Otnes, 2015). Sentralt er et paradigmeskifte fra passive tjenestemottakere til aktive deltakere i produksjonen av egne tjenester. Paradigmeskiftet er knyttet til ideen om aktivt medborgerskap – antitesen til en paternalistisk stat (Oskarsdottir, 2007). Siden 1980-tallet er det derfor blitt vanlig å kalle mottakerne for «brukere», og i økende grad er brukermedvirkning kommet på dagsordenen (Christensen & Fluge, 2016). Brukermedvirkning er i dag både en lovfestet individuell rettighet og en politisk strategi for kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999 slår fast at det skal samarbeides med pasienten eller brukeren om tjenestetilbud, og en rekke nasjonale styringsdokumenter har gjort brukermedvirkning til et hovedanliggende for tjenestene. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, den såkalte «Omsorg2020»-reformen, peker på at det individuelle nivået handler om en «mulighet til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, ta avgjørelser og påvirke behandlingsforløp, og selv ta sin del av ansvaret for å gjennomføre rehabiliterings- eller behandlingsopplegg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.10). Brukermedvirkning skal også finne sted på gruppenivå og på samfunnsnivå, for eksempel gjennom brukerråd (Sørvoll & Gautun, 2020).

Historiske analyser av politiske diskurser om brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenester viser at mens en demokratiseringsdiskurs med søkelys på individuell og kollektiv innflytelse på tjenestene har stått sterkt siden 1960-tallet, har også en midlertidig konsumentdiskurs spilt inn i strategiene (Askheim et al., 2017). Konsumentdiskursen bygger på ideen om at brukere er rasjonelle aktører med frihet til å velge de tjenestene som

passer dem best. I dag har imidlertid samproduksjonsdiskursen med ideen om partnerskap fått en sentral plass i de politiske strategiene.

Samproduksjonstenkningen kom for alvor inn i velferdspolitikken på 1990-tallet og utgjør i dag et ideal for tjenestene (Andersen, 2019; Askheim, 2016). Men implementeringen i en hverdag kan innta meget forskjellige utforminger, slik vi vil vise i denne artikkelen ved å utforske forskjeller mellom hjemmetjenester for eldre, institusjonstjenester for eldre og tjenester for personer med psykisk utviklingshemming. I takt med den politiske prioriteringen av brukermedvirkning og samproduksjon har også forskningsinteressen for disse temaene økt. Samtidig er det lite oppmerksomhet på de ulike utfordringene som oppstår når det politiske idealet om en «samproduserende» bruker møter virkeligheten i helse- og omsorgssektoren. Formålet med denne artikkelen er å gi en innsikt i samproduksjonens betingelser og utfordringer i hverdagslivet i ulike deler av helse- og omsorgssektoren.

Samproduksjonsbegrepet

Samarbeid om velferdstjenester kan både handle om det som kalles «co-production» (samproduksjon) og «co-creation» (samskaping), men brukes også i betydningen «samarbeidsdrevet innovasjon» (Tortzen, 2019, s. 21). Forskningen om dette samarbeidet er inspirert av både økonomiske, sosiologiske, politologiske og forvaltningsteoretiske perspektiver (Tortzen, 2019). Internasjonal forskning anvender begrepene «co-creation», «co-production» og «social innovation» for å beskrive prosesser hvor brukere er involvert i utformingen, utviklingen og produksjonen av velferd (Osborne et al., 2016; Voorberg et al., 2015).

Samproduksjonsbegrepet (co-production) er opprinnelig inspirert av økonomifeltet og forskning på offentlig reformpolitikk i amerikanske byer på 1970-tallet (Ostrom, 2012; jf. Tortzen, 2019). Forskningen viste at medinndragelse av aktive borgere i offentlige innsatser, herunder politiinnsatser, kunne redusere utgiftene. På bakgrunn av økonomiske kriser i mange vestlige land etter tusenårsskiftet fikk ideen om samproduksjon en hurtig oppblomstring; den kunne ses som et alternativ til markedsløsninger (Tortzen, 2019). En sentral forståelse er at mange offentlige tjenester ikke vil fungere produktivt om ikke borgerne gjør sin del av jobben (Pestoff, 2012).

I dag er forskere i stor grad enige om at samproduksjon handler om aktiv involvering av borgere basert på partnerskap og felles ansvar, at alle parter bidrar med sine ressurser, og at borgere har viten med potensial til å øke tjenestenes kvalitet (Tortzen, 2019, s. 26). Likevel finnes det en noe uklar begrepsbruk. Mens noen forskere bruker co-creation (samskaping) om den korte og ad-hoc involveringen av brukere i ulike faser av tjenesteproduksjonen (Brandsen & Honingh, 2016), bruker andre (Andersen & Espersen, 2017; Nabatchi et al., 2017) samproduksjon (co-production) som et generelt begrep for forskjellige former for samarbeid mellom brukere og det offentlige. Samproduksjon knyttes også til den såkalte «governance»-tenkningen, der offentlig politikk utvikles og iverksettes i nettverk og gjennom ikke-hierarkisk tillitsbasert samhandling mellom offentlige og private aktører (Pierre & Peters, 2000; Kjær, 2010).

En systematisk gjennomgang av litteraturen om co-production og co-creation i perioden 1987–2013 viser at begrepene brukes om hverandre (Voorberg et al. 2015). I «Innovasjon i omsorg» (NOU, 2011: 11, s. 57) og «Morgendagens omsorg» (Meld. St. 29 (2012–2013), s. 51) omtales samskaping som en videreutvikling av samproduksjon med søkelys på medborgerens rett og plikt til å delta i tjenesteproduksjonen. Her bruker vi samproduksjon som det overordnete begrepet for ideen om velferdstjenester basert på partnerskap, felles ressursutnyttelse og mulighet for kvalitetshevning.

Samproduksjonens utfordringer

I offentlige utredninger og forskningslitteratur fremstilles samproduksjonsprosessen som «en bevegelse 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). Medborgerperspektivet konstruerer brukerne som eksperter i sin egen velferd og likeverdige medprodusenter i sine egne tjenester. Dette forutsetter informerte, aktive brukere. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad ulike brukergrupper kan oppfylle disse premissene, og om samproduksjonsideen slik lover mer enn den kan levere (Askheim, 2016).

Ifølge Askheim (2016) tilslører et iboende harmoniperspektiv at de ulike deltakerne kan ha ulike forventninger, interesser og motivasjoner. Når tjenesteytere og tjenestemottakere fremstilles som likeverdige partnere, tilsløres den grunnleggende asymmetrien mellom dem, samt maktutøvelsen i tjenesteproduksjonen (Vågan & Grimen, 2008). Asymmetrien blir synlig når brukere med kognitiv svikt eller sterkt svekket helse ikke kan medvirke i sin egen tjenesteproduksjon.

Også i vektlegging av pårørendes omsorgspotensial finnes spenninger (Askheim, 2016). Det knyttes store forventninger til pårørendes rolle i samproduksjon uten at det tas høyde for endringer i familie- og flyttemønstre. Folk flytter mer på seg, og det skjer en sterkere grad av selvrealisering enn i tidligere generasjoner. Både flyttemønstre og likestillingspolitikk med to-forsørger-familien som norm drar i andre retninger enn en styrket pårørendeomsorg (Askheim, 2016, s. 34). Omsorgskontrakten mellom generasjonene er endret.

Voorberg et al. (2015) finner at litteraturen om samproduksjon i liten grad har vært opptatt av samproduksjonens konsekvenser, men har fokusert på fremmende faktorer for samproduksjon samt typologier av ulike samproduksjonsformer. Det mangler herunder analyser av betingelser og premisser for samproduksjon.

Denne artikkelens grunnantakelse er at velferdstjenester utvikles i en vekselvirkning mellom makropolitiske prioriteringer, mesoorganisatoriske implementeringsprosesser og konkrete omsorgsrelasjoner på et mikronivå. Antakelsen harmonerer med begrepet «mulighetsrom for brukermedvirkning» (Andersen, 2020). Mulighetsrommet for brukermedvirkning handler her både om de strukturelle forholdene som legger føringer på det daglige omsorgsarbeidet, og omsorgsrelasjonene, de stedsspesifikke omsorgskulturene disse relasjonene utspiller seg i, og de konkrete mulighetene for å forme relasjonenes interaksjoner.

Forskning om brukermedvirkningens utfordringer

Mens det finnes studier av brukermedvirkning blant eldre i sykehus, er det lite forskning på eldres medvirkning i kommunale helse- og omsorgstjenester. I en litteraturgjennomgang av den engelskspråklige forskningen på brukermedvirkning blant hjemmeboende personer med demens, finner Haugen et al. (2018) at individuelle egenskaper ved brukere og tjenesteytere, relasjonen til pårørende og organisatoriske forhold påvirker mulighetene for brukermedvirkning. Forfatterne finner også at mindre erfarne tjenesteytere ofte prioriterer å utføre pleieoppgaver i stedet for å tilrettelegge for brukerinvolvering, mens de mer erfarne legger større vekt på brukernes selvstendighet (McDonald, 2010). Haugen et al. (2018) viser dessuten at mange eldre ekskluderes fra muligheten til å delta i avgjørelser som angår dem når de får demensdiagnosen.

Også norske studier viser at strukturelle faktorer som den enkelte ansattes ansvarsområde, tilgjengelige institusjonsplasser og hjemmetjenestens ressurser kan innskrenke ansattes muligheter for å tilrettelegge for eldres brukermedvirkning (Andersen, 2020, 2019; Johan-

nessen & Steihaug, 2019). Hjemmesykepleierne i den norske studien til Johannessen og Steihaug (2019) beskriver brukermedvirkning som en vanskelig balansering mellom motivering, frivillighet og tvang. Dette aktualiserer spørsmålet om grenser for samproduksjon.

Både den nordiske og den engelskspråklige forskningen viser at marginale ressurser og organiseringen av omsorgstilbudet utgjør betydelige hindringer for helsepersonells tilrettelegging for brukermedvirkning. Videre viser forskningen at det å ikke kunne involvere brukere og pårørende tilstrekkelig gir helsepersonellet en følelse av dårlig samvittighet (Andersen, 2020, 2019; Johannessen & Steihaug, 2019; Dyrstad et al., 2015; Ericson-Lidman, et al., 2013; Needham & Carr, 2012). Det mangler i denne forskningen en diskusjon om betydningen av ulike hverdagskontekster, noe vi i denne artikkelen kaller «omsorgssettinger». Før vi går inn på det, redegjør vi for artikkelens empiriske grunnlag og metoder.

Studiens empiri og metoder

Diskusjonene i denne artikkelen bygger på etnografiske data innsamlet i 2015–2016 som en del av en større studie av brukermedvirkning i den kommunale helse- og omsorgssektoren i Norge.[1] Etnografisk feltarbeid ble gjennomført i to norske kommuner. Disse ble valgt ut på bakgrunn av kriterier knyttet til størrelse (liten/stor kommune), geografisk beliggenhet (bykommune/rural kommune) og organisering av tjenestene (med/uten bestiller-utfører-organisering). Disse valgene ble primært foretatt for å skape variasjon i datamaterialet, ikke for en kommunesammenlikning. I begge kommunene ble det gjennomført en ukes deltakende observasjon i henholdsvis hjemmesykepleien, bofellesskap og sykehjem ved at forskeren som samlet inn datamaterialet, fulgte ansatte på jobb og observerte deres interaksjoner med brukere og pårørende. Målet med observasjonene var å kartlegge hverdagen til brukere og ansatte og få innsikt i muligheter og begrensninger for brukermedvirkning innen ulike områder. Forskeren gjennomførte 35 dager med observasjoner, totalt 263 timer. I tillegg til observasjonene ble det gjennomført syv fokusgruppeintervjuer med til sammen 25 ansatte i hjemmesykepleien, sykehjem og bofellesskap og to fokusgruppeintervjuer med til sammen ni representanter for brukerorganisasjonene. Målet med fokusgruppeintervjuene var å få innsikt i hvordan det samtales rundt brukermedvirkning og dens tilrettelegging.

Det empiriske materialet for analysen i denne artikkelen bygger på både observasjonene i hjemmesykepleien, sykehjem og bofellesskap og data fra fokusgruppeintervjuene. Men casene i artikkelen presenteres kun som observasjonsdata fordi disse tydeligst gir innsikt i viktige komplekse sammenhenger som omsorgsinteraksjonene mellom brukere og ansatte inngår i. Casene vi presenterer, er slik valgt fordi de utgjør fortettete illustrasjoner av det vår samlete analyse viser som sentrale betingelser og utfordringer i hjemmesykepleien, sykehjem og bofellesskap.

I det følgende vil vi redegjøre for de tre tjenesteområdene som tre historisk utviklete omsorgssettinger innenfor helse- og omsorgssektoren. Med «omsorgssetting» mener vi den spesifikke kombinasjonen av en type bolig der en bestemt type omsorgstjenester implementeres hos en gruppe brukere med bestemte behov og med implikasjoner for mulighetene for brukermedvirkning i settingen.

---

1. Forskningsprosjektet «Making user participation work – from policy to practice» er finansiert av Norges Forskningsråds program for helse- og omsorgsforskning (2014–2019).

Utviklingen av tre sentrale omsorgssettinger i helse- og omsorgssektoren

Norske kommuner har spilt en hovedrolle i utviklingen av offentlige tjenester for eldre og personer med funksjonshemming i etterkrigstiden og har ansvar for å tilby innbyggerne helse- og omsorgstjenester (Christensen & Wærness, 2018). I dag består tjenestene av hjemmebaserte tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie, institusjonsplasser slik som sykehjem og aldershjem og tilrettelagte botilbud som skjermede boliger, herunder bofellesskap.

En sentral omsorgssetting innrammer omsorgsinteraksjoner for eldre som mottar tjenester i sitt eget hjem. Denne settingen er tett knyttet til sektorens langvarige og sterke søkelys på «hjemme-lengst-mulig»-ideologien, som også er internasjonalt inspirert (WHO, 2015). Allerede på 1970-tallet startet arbeidet med å bremse økningen i antall sykehjemsplasser og prioritere hjemmebaserte omsorgstjenester (Borgan, 2012). Dette resulterte i et vendepunkt rundt 2003 (Brevik, 2010, s. 240). Det ytes nå flere hjemmesykepleietjenester enn på 1980- og 1990-tallet, da hjemmehjelp med praktiske husholdstjenester dominerte bildet (Borgan, 2012, s. 16). Som følge av en generell utvikling i sektoren med å begrense tildelingen av tjenester og prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (Øydgard, 2018) er brukerne av hjemmebaserte tjenester nå i hovedsak skrøpelige eldre som mottar hjemmesykepleie. Tjenestene de mottar, er i stor grad tidsbegrensede og forhåndsdefinerte (Førland et al., 2017), og tjenestene kan derfor karakteriseres som punkttjenester (Andersen, 2019). Personalet som jobber innen hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleie, kan være sykepleierutdannede, men også helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter inngår. I situasjoner der de ansatte må ta en avgjørelse angående brukerens helsetilstand eller omsorgsbehov, er det de ansatte med lengst formell utdanning som har størst ansvar.

En annen sentral type omsorgssetting innrammer omsorgsinterasksjoner for eldre på sykehjem. Ettersom tjenestemottakere skal bo hjemme lengst mulig, noe som har fått mer oppmerksomhet via «aktiv aldring»-ideologien (WHO, 2002), er terskelen for å få en sykehjemsplass i Norge blitt høyere de siste årene. Kun brukere som ikke lenger er i stand til å bo i sine egne hjem, får tildelt sykehjemsplass. De aller fleste av disse er eldre personer med fremskreden demens (Meld. St. 29 (2012–2013), s. 36). I overkant av 80 % av de som har langtidsplass i sykehjem, har demens (Folkehelseinstituttet, 2020). Ettersom kravet og retten til brukermedvirkning fortsatt gjelder, foregår mye kommunikasjon via familie. I praksis betyr det at sykehjembeboerens pårørende sammen med sykehjempersonalet samarbeider om omsorgen for beboerne. Sykehjemspasienter får en primærkontakt som skal ha god kjennskap til deres helsetilstand og omsorgsbehov, og skal være bindeledd mellom pasienten, de pårørende og sykehjemslegen. Primærkontaktene er ofte sykepleiere, men kan også være helsefagarbeidere.

Den tredje omsorgssettingen innrammer omsorgsinteraksjoner i bofellesskap for personer med fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelser. Bofellesskap kan ses som en «mellomting» mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsomsorg. Bofellesskap er også boligtypen som er mest lik en «normal bolig» – noe som blir tydelig i sammenligning med en sykehjemsplass. Mens sykehjemsbeboere betaler for kost og losji, betaler brukere av bofellesskap månedsleie basert på deres inntekt (Otnes, 2015, s. 50). Bofellesskap som tilbud har økt betraktelig siden 1980-tallet og særlig mellom 1991 og 2009. Dette var en direkte konsekvens av politiske reformer som ga kommunene ansvar for flere brukergrupper, inkludert personer med psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming og personer med rusproblematikk. I dag er det omtrent like mange brukere av bofellesskap som det er beboere på sykehjem. Mange av de ansatte i bofellesskapene er vernepleiere med høyskoleutdanning som

har sterk forankring i miljøterapeutiske metoder. Atferdsterapeutisk tilnærming står derfor sterkt blant vernepleierne (Christensen & Nilssen, 2006) og praktiseres fortsatt.

I det følgende vil vi presentere tre caser som illustrerer sentrale betingelser og utfordringer for samproduksjon innen de tre omsorgssettingene.

Caseanalyser

Case 1: Samproduksjon med hjemmeboende eldre

Ali, helsefagarbeider, og Veronika, ufaglært assistent, er på vei til Bente, 67 år. Hun bor hjemme og mottar hjemmesykepleie. Bente er den første på Alis og Veronikas liste. Hun er svært pleietrengende og har MS. Bente er sengeliggende til første hjemmesykepleiebesøk. Hun blir vanligvis stelt, vasket og kledd på og deretter heist over i en spesialrullestol. Denne dagen virker ikke stolen hennes, og hun må settes over i en manuell rullestol uten nakkestøtte og beinstøtte. Hun protesterer og forsøker å forklare hva som har skjedd med rullestolen hennes, men snakker så lavt at hun ikke når frem.

Veronika er ny, og Ali må ta over. Ali er frustrert fordi situasjonen med Bentes rullestol vil påvirke resten av arbeidsdagen. Han kontakter hjelpemiddelsentralen. Men det er fredag, og de kan ikke love at de klarer å fikse stolen før helgen. Ali ser at Bente ikke sitter komfortabelt, men bestemmer seg likevel for å gå videre til de andre brukerne på listen. Ali lover å komme tilbake.

Det er ennå ikke lunsj, og Ali har vært innom syv andre brukere etter Bente. Mellom besøkene ringer han basen for å informere om situasjonen med Bentes rullestol. Han får til svar at han må kontakte hjelpemiddelsentralen. Ali tar opp problemet med lederen på midtrapportmøtet, men får ikke hjelp.

Vakten fortsetter etter lunsj, og Ali og Veronika besøker den niende brukeren på listen. Plutselig går Alis alarm. Det er Bente som har utløst alarmen. Ali og Veronika må tilbake til Bentes leilighet. I leiligheten er hennes søster. Hun er veldig oppbrakt, nærmest på gråten. Hun sier at Bente ikke kan sitte i stolen lenger og har det vondt. Ali blir enda mer stresset og bestemmer at Bente skal flyttes over i sengen sin. Det er tydelig at Bente har det vondt. Hun klager ikke, men stønner og uttrykker frykt. Ali og Veronika får Bente over i sengen. Hun får lagt seg, men sier at hun ikke kan tilbringe hele helgen i sengen. Søsteren støtter henne i dette. Ali ringer igjen til hjelpemiddelsentralen og får beskjed om at det er mange som venter på hjelp. Ali informerer Bente og hennes søster om dette og forteller at han skal se innom henne før han går igjen. Det lykkes til slutt for Ali å få den elektriske rullestolen på plass.

Samproduksjon med brukeren, men med tidspress og individualisert ansvar

Omsorgssituasjonen med Bente viser viktige utfordringer knyttet til samproduksjon når tjenestemottakerne ikke er fysisk i stand til å delta, men benytter seg av sin rett til å si ifra og krever en umiddelbar endring. Det er en sentral forutsetning for samproduksjon at brukeren og tjenesteyteren er likeverdige parter i utformingen og produksjonen av tjenestene (Askheim, 2016). Men å kunne delta i produksjonen av egne tjenester forutsetter både brukerens mulighet for det samt strukturelle betingelser (Andersen, 2020). Omsorgssituasjonen til Bente viser at i en tidspresset arbeidshverdag hvor tjenestene er organisert etter normtider, og hvor hver bruker får tildelt et begrenset antall minutter for besøk av hjemmesykepleien (Førland et al., 2017), er det lite rom for uforutsette situasjoner slik som den med rullestolen. Mulighetsrommet for brukermedvirkning (Andersen, 2020) i denne omsorgssettingen begrenses ikke bare av brukerens svekkete fysiske helse, men også av strukturelle faktorer (Johannessen & Steihaug, 2019), slik som organiseringen av tjenestetilbudet, som forutsetter at det ikke skjer uforutsette hendelser. Dette caset illustrerer samproduksjonens sårbar-

het når rutinene brytes. Ali og Veronika settes i en vanskelig situasjon når de tvinges til å gjøre en prioritering mellom brukerne for å kunne hjelpe Bente. Særlig Ali, som er den mest erfarne av dem, kommer i en vanskelig situasjon siden han har ansvaret for å sikre brukerens rett til brukermedvirkning. Ved å løpe mellom basen til hjemmesykepleien, de andre brukerne på listen og holde kontakt med hjelpemiddelsentralen klarer Ali å løse problemet med Bentes rullestol, men det medfører stress og frustrasjon. I mulighetsrommet for brukermedvirkning møter brukere og tjenesteutøvere begrensninger for samproduksjon, særlig strukturelle, men også muligheter. At Ali ser det som sitt helsefaglige ansvar å hjelpe Bente, bidrar til å løse situasjonen. Men det er også et individualisert ansvar. Han får ikke hjelp av kollegaer eller sin leder til å håndtere situasjonen. Mulighetsrommet er individualisert både på fagpersonell- og brukersiden med noen brukere som kan hente inn pårørende.

Case 2: Samproduksjon med pårørende til personer med demens

Et middelaldrende ektepar i sekstiårene har bedt sykehjemslegen om en samtale angående kvinnens mor, som bor på sykehjemmet. Moren, Jenny, er 92 år og har fremskreden demens. Hun har bodd på sykehjemmet i mer enn tre år og er nå blitt dårligere. Hun har problemer med å ta til seg føde og er vanskelig å få kontakt med.

De pårørende har planlagt et lengre utenlandsopphold og lurer på om legen tror at moren kommer til å dø mens de er i utlandet. De ønsker at legen skal anslå hvor lenge Jenny har igjen å leve fordi de er i tvil om det er riktig av dem å reise så langt og være så lenge borte. Legen lytter uten å si noe. Når han tar ordet, sier han at det kun er Gud som vet når våre dager er talte. Ekteparet ser spørrende på hverandre. Legen merker deres usikkerhet og forklarer at gitt Jennys alder, diagnose og helsetilstand vil det ikke være usannsynlig at hun vil kunne dø innen kort tid. Han sier at han ikke kan garantere at hun lever til de er tilbake, men at å reise er et valg de selv må ta.

Ekteparet forteller at de har voksne barn som kan ta seg av Jenny dersom noe skulle hende mens de er borte. Det kommer frem at reisen allerede er booket. Etter hvert som flere opplysninger kommer til, støtter legen paret mer og mer i deres valg om å reise. Han sier at det slett ikke er sikkert at Jenny er i stand til å være mentalt til stede i en slik grad at hun vil merke om de er der eller ikke. Legen og paret er enige om at Jenny nok hadde villet at de skulle reise dersom hun hadde vært frisk nok til å kunne uttrykke sin mening. De snakker om det praktiske med at barna deres skal ta over som nærmeste pårørende mens de er borte. Paret sørger for at sykehjemmet får deres telefonnumre; sykepleieren noterer navn og numre. Sykepleieren, som er Jennys primærkontakt, har forholdt seg taus under hele samtalen og overlatt vurderingen av Jennys helsetilstand til legen. Sykepleierens daglige nærhet til Jenny og oversikt over Jennys helsetilstand etterspørres ikke. Etter møtets slutt gir sykepleieren uttrykk for at det ikke er greit at paret skal reise, men legen responderer ikke på dette.

Samproduksjon uten samproduserende bruker

Som nevnt er likeverdighet et sentralt prinsipp og en viktig premiss for samproduksjon. Brukerens ønsker og behov skal stå sentralt i utformingen av tjenestene, men dette premisset kan være vanskelig å oppfylle når brukeren ikke har tilstrekkelige kognitive evner til det (Haugen et al., 2018). Caset med Jenny illustrerer en slik situasjon der brukeren, grunnet sin fremskredne demens, ikke er i stand til å medvirke til avgjørelser som gjelder hennes liv. For å sikre at brukerens ønsker og behov tas i betraktning i utformingen av omsorgstilbudet på sykehjemmet, involveres de pårørende. Dette skjer ut fra en antakelse om at de pårørende vet hva som er best for beboeren, på tross av at de ikke er tettest på beboeren under sykehjemsoppholdet. Det er beboerens primære kontakt som har den daglige omsorgen for brukeren,

og en ville forventet at nettopp primærkontaktens viten tas i bruk når brukeren ikke selv kan uttrykke sin mening (Johannessen & Steihaug, 2019). I caset henvender de pårørende seg til sykehjemslegen som den som besitter den medisinske kompetansen til å vurdere Jennys tilstand. Ved å ikke inkludere Jennys primærkontakt i avgjørelsen om hennes omsorgssituasjon begrenser de Jennys mulighet for brukermedvirkning sammen med legen. Uten Jennys stemme tar de pårørende en avgjørelse på hennes vegne. En viktig grunn til det uutnyttete mulighetsrommet for brukermedvirkning er profesjonshierarkiet som gjør legens ekspertise tyngre enn primærkontaktens kjennskap til brukerens omsorgsbehov. Den hverdagslige omsorgskunnskapen undertrykkes i denne omsorgssettingen. I tillegg er det strukturelle begrensninger når det gjelder nye relasjoner mellom generasjoner (Askheim, 2016) som gjør at ekteparet ikke ser det som sin plikt å være til stede for Jenny ved livets slutt.

Case 3: Samproduksjon med personer med funksjonshemming i bofellesskap

Henrik er utdannet hjelpepleier og har vært ansatt i bofellesskapet i mange år. Ingeborg er en av beboerne i bofellesskapet. Hun er i slutten av 50-årene. Ingeborg har bodd på institusjoner store deler av sitt liv og har en tung familiehistorie med brutte familierelasjoner og ustabil oppvekst. Ingeborg har en psykisk utviklingshemming i grenselandet til psykiatri. Hun jobber i en vernet bedrift. Ingeborg har en liten leilighet som hun stolt viser frem til besøkende. Leiligheten er ryddig og hjemmekoselig, og tingene hennes er pent dandert.

Ingeborg bruker alle pengene sine på å kjøpe ting, noe personalet synes er et stort problem. Personalet er splittet når det gjelder synet på hvor stort problemet er, men har utarbeidet et atferdsprogram som skal regulere Ingeborgs «kjøpemani». Henrik er en av dem som synes at de ansatte legger seg altfor mye opp i hva beboerne gjør, men må følge atferdsprogrammet. Programmet består av daglige samtaler hvor Ingeborg får poeng for utførte husholdsoppgaver i sin egen leilighet. Når hun har samlet nok poeng, får hun en sum med penger hun kan handle for.

Det tar ofte lang tid for Ingeborg å tjene opp nok penger til å kjøpe noe hun har lyst til. Som en del av behandlingen må hun også kvitte seg med ting før hun får lov å kjøpe noe nytt. Av og til gjemmer hun ting i busker og kratt ute i hagen utenfor boligen, og det hender at hun blir tatt. Da blir hun straffet ved inndragelser av poeng fordi de ansatte mister muligheten til å kontrollere hva hun gjør. Ingeborg blir lei seg når hun straffes. Hun har blitt dårlig behandlet, og hun ymter om overgrep på steder hun har bodd tidligere i sitt liv. For henne fremstår de ansatte som voksne hun er redd for.

Samproduksjon med sårbare brukere – under normaliseringspress

Personer med psykisk utviklingshemming som bor i bofellesskap, har historisk sett hatt en svakere stemme enn andre brukergrupper. Dette knyttes til brutte familiebånd og generelt svakere representasjon fra brukerråd (Beresford & Campbell, 1994). Denne brukergruppen er derfor i en særlig sårbar situasjon når det gjelder deltakelse i brukermedvirkningsprosesser og utformingen av sitt eget omsorgstilbud. Samtidig er retten til selvbestemmelse en rettighet også for mennesker med utviklingshemming, selv om deres kognitive funksjonsnedsettelse kan begrense mulighetene til å uttrykke deres egne ønsker. I slike tilfeller er det andre som tar avgjørelser for dem. Historisk sett har mennesker med utviklingshemming blitt underlagt andres autoritet, heriblant omsorgspersonellets autoritet (Christensen & Nilssen, 2006). I bofelleskapet som omsorgssetting kan personer med psykisk utviklingshemming være underlagt et sterkt søkelys på normalisering.

Caset med Ingeborg beskriver en «profesjonskultur» (Christensen & Nilssen, 2006) forankret i en atferdsterapeutisk tradisjon som tvinger beboeren til «normalisering». Målet med behandlingen som Ingeborg underlegges, er at hun skal ha et mer normalisert penge-

forbruk. «Avvik», slik som impulskjøp eller innkjøp som blir gjemt, straffes med inndragelser av poeng. Da begrunnelsen for behandlingen bygger på vitenskapelig argumentasjon, må alle ansatte gjennomføre den. Casebeskrivelsen viser at Henrik, som er utdannet hjelpepleier, ikke er enig i behandlingen. Han må likevel gjennomføre den, da han ikke har makt til å si ifra overfor vernepleierne som faglig styrer behandlingsopplegget. Slik skapes situasjoner for dilemmaer og dårlig samvittighet knyttet til måten brukermedvirkning skal gjennomføres på (Dyrstad et al., 2015; Ericson-Lidman et al., 2013; Johannessen & Steihaug, 2019). Henrik gjennomfører behandlingen med Ingeborg og er dermed motvillig med på å begrense hennes medvirkningsmuligheter. Ingeborg blir et objekt for en behandlingsmetode snarere enn å være en aktiv og likeverdig deltaker i produksjonen av sitt eget omsorgstilbud.

Diskusjon

I politiske dokumenter og offentlige diskurser fremstilles samproduksjon som en utvikling av medborgerskap med både rett og plikt til å delta i tjenesteproduksjonen. Gjennom medborgerperspektivet konstrueres brukerne som eksperter i egen velferd og likeverdige medprodusenter av egne omsorgstjenester. Men ofte skjer dette uten at det stilles spørsmål ved brukernes muligheter til å gå inn i rollen som likeverdige medprodusenter. Våre tre caser viser at ingen av brukergruppene – og det dreier seg om sentrale brukergrupper i norske helse- og omsorgstjenester – har de fysiske og/eller kognitive forutsetningene til å kunne være likeverdige medprodusenter av egne tjenester og eksperter i egen velferd. Dette styrker eksisterende forskning (bl.a. Andersen, 2020; Askheim, 2016; Haugen et al., 2018) og bidrar til å differensiere bildet i forhold til ulike brukergrupper.

At brukergrupper med svekket fysisk og/eller kognitiv helse vanskelig kan være eksperter og medprodusenter i sin egen velferd, er tydeligst i caset med sykehjemsbeboeren. På grunn av fremskreden demens kan beboeren hverken si ifra eller for den saks skyld være klar over sin rett og plikt til brukermedvirkning. Men også i caset med beboeren i bofellesskap blir det tydelig at brukerens psykiske funksjonshemming innebærer at hun ikke anerkjennes som ekspert i sin egen velferd, og at hennes lovfestete rett til brukermedvirkning undertrykkes av bofellesskapets ansatte. Å hevde at brukere med svært svekkede kognitive muligheter til å bestemme over egen velferd er likeverdige medprodusenter bidrar til å tilsløre en grunnleggende asymmetri mellom tjenesteyteren og -mottakeren (Vågan & Grimen, 2008).

Casene våre viser også at harmoniperspektivet, som samproduksjonsideen bygger på, tilslører at de ulike deltakerne i samproduksjonen kan ha svært ulike interesser, forventninger og utgangspunkt for deltakelse. De pårørende til sykehjemsbeboeren er opptatt av sin egen frihet. De tilhører en ny generasjon med sterkt søkelys på selvrealisering fremfor å ivareta eldre familiemedlemmers omsorgsbehov. Sykehjemsbeboerens primærsykepleier deltar som representant for beboeren, slik at beboerens omsorgsbehov kan bli en del av beslutninger som omhandler henne; men primærsykepleieren utnytter ikke sin innflytelsesmulighet. Sykehjemslegen deltar i kraft av sin profesjonelle plikt til å stille opp på slike møter og bruker sin ekspertise til å gi en medisinsk begrunnet vurdering av beboerens situasjon; det blir til støtte for de pårørende. Alle tre parter har slik svært ulike interesser i å delta i samproduksjonen.

Selv i tilfeller når brukeren er i stand til å si ifra om sine omsorgsbehov, slik vår første case beskriver, er det fortsatt vanskelig å se tjenesteytere og -mottakere som likeverdige samproduksjonsparter. Også her er brukerens mulighet til å medvirke i produksjonen av egne tjenester svært begrenset på grunn av hennes svekkete helse, og det er takket være den pårørendes stemme at brukeren får det omsorgstilbudet hun har rett og krav på. I denne kon-

krete omsorgssituasjonen er det tydelig at de ulike deltakerne i samproduksjonen har ulike interesser, forventninger og motivasjoner for å delta. De ansatte i hjemmesykepleien deltar i kraft av sin profesjonelle plikt til å yte omsorg og sine forventninger til at omsorgsinteraksjonen skal gå fort og problemfritt, slik at de kan nå de andre brukerne på listen sin. Brukeren «tvinges» til å medvirke og samarbeide, men har i praksis ikke noe valg – og heller ikke fysisk helse til å gjøre noe annet enn å sitte i den manuelle rullestolen som hun settes i. Brukerens pårørende deltar i samproduksjonen for å sikre et forsvarlig omsorgstilbud for sitt familiemedlem.

Endelig viser våre case også til betydningen av indre profesjonshierarkier (mellom legen og sykepleieren, som i caset med Jenny, og hjelpepleieren og vernepleierne i Ingeborgs case). Hierarkiene kan bidra til å innskrenke mulighetsrommet for samproduksjon når for eksempel de som er tettest på brukeren og kjenner brukerens omsorgsbehov best, ikke involveres i avgjørelser om brukerens velferd. Slik bidrar harmoniperspektivet også til å tilsløre profesjonshierarkiers maktubalanse og kompleksitet i de tjenesteytende organisasjonene.

Konklusjon

Brukermedvirkning som ide, politisk strategi, lovfestet rettighet og del av omsorgsinteraksjoner i hverdagen har fått en sentral plass i norske helse- og omsorgstjenester. Utviklingen av politiske diskurser over tid har særlig gjort brukermedvirkning som samproduksjon sentral. Det betyr at tjenestene ideelt sett tilbys og utføres i møte med og i samarbeid med deltakende og aktive borgere.

Artikkelens analyse av tre sentrale omsorgssettinger innen sektoren viser frem viktige variasjoner i mulighetsrommet for samproduksjonen og peker særlig på strukturelle begrensninger i form av stramme tidsregimer, endrete generasjonsbånd, profesjonshierarkier og -kulturer i sektoren. Men caseanalysenes dybdeinnsikt viser samtidig at mulighetsrommet også vil kunne brukes til å styrke brukermedvirkningen såfremt det utvikles fagprofesjonell og politisk vilje til det. Empiriske konkrete analyser av omsorgssettinger med innsikt i konkrete utfordringer i hverdagen samt innsikt i variasjoner i samproduksjonens praksis er et viktig bidrag til å nå dette målet.

Referenser

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

Andersen, J. (2020). The scope of possibilities of user influence in Norwegian municipal care services. *Journal of Social Policy*, *49*(4), 810–28. https://doi.org/10.1017/s0047279419000771

Andersen, L. L. & Espersen, H. H. (2017). Samskabelse, samproduktion og partnerskaber – teoretiske perspektiver. I Socialstyrelsen (Red.), *Partnerskaber og samarbejder mellem det offentlige og civilsamfundet* (s. 107–137). Socialstyrelsen.

Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *2*(1), 24–36. https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2016-01-06

Askheim, O. P., Christensen, K., Fluge, S. & Guldvik, I. (2017). User participation in the Norwegian welfare context: an analysis of policy discourses. *Journal of Social Policy*, *46*(3), 583–601. https://doi.org/10.1017/S0047279416000817

Beresford, P. & Campbell, J. (1994). Disabled people, service users, user involvement and representation. *Disability and Society*, *9*(3), 315–325. https://doi.org/10.1080/09687599466780361

Borgan, J. K. (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962–2010* (SSB 2012:10). Statistisk sentralbyrå.

Brandsen, T. & Honingh, M. (2016). Distinguishing different types of coproduction: a conceptual analysis based on the classical definitions. *Public Administration Review*, (76), 427–435. https://doi.org/10.1111/puar.12465

Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007* (NIBR Rapport vol. 2010:2). Norsk institutt for by- og regionalforskning. https://hdl.handle.net/11250/2711940

Christensen, K. (2005). The modernisation of power in Norwegian home care services. I H.M. Dahl & T. Eriksen (Red.), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. Continuity and Change.* (s. 33–47). Ashgate.

Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitikk – om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, *19*(3), 261–277. http://dx.doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04

Christensen, K. & Nilssen, E. (2006). O*msorg for de annerledes svake. Et overvåket hverdagsliv.* Gyldendal Akademisk.

Christensen, K. & Wærness, K. (2018). Long-term care services in Norway: a historical sociological perspective. I K. Christensen & D. Pilling (Red.), *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World* (s. 15–28). Routledge.

Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K & Strom, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, *17*(1), 15–34. https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4

Ericson-Lidman, E., Norberg, A., Persson, B. & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(2), 215–23. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x

Folkehelseinstituttet. (2020). *Demens.* I Folkehelserapporten – Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/

Førland, O., Fagertun, A., Hansen, R. & Kverndokk, S. (2017). *Normtider til besvær. Evaluering av normtider for hjemmetjenestene i Bergen Kommune* (Rapportserie nr. 4). Senter for omsorgsforskning. http://hdl.handle.net/11250/2444232

Haugen, I., Slettebø, T. & Ytrehus, S. (2018). Factors affecting user participation for elderly people with dementia living at home: a critical interpretive synthesis of the literature. *European Journal of Social Work*, *22*(6), 974–86. https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441133

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf

Johannessen, A-K. M. & Steihaug, S. (2019). Brukermedvirkning i helsetjenester for eldre – en kvalitativ studie av to kommunale akutte døgnenheter og samarbeidende kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *5*(2), 1–14. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04

Kjær, A. M. (2010). *Governance.* Polity.

McDonald, A. (2010). The impact of the 2005 Mental Capacity Act on social workers' decision making and approaches to the assessment of risk. *British Journal of Social Work*, *40*(4), 1229–1246. http://doi.org/10.1093/bjsw/bcq021

Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/

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/10.1111/puar.12765

Needham, C. & Carr, S. (2012). Co-production an emerging evidence base for adult social care transformation. *Research briefing, 31*. Social Care Institute for Excellence. https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/

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/10.1080/14719037.2015.1111927

Oskarsdottir, S. (2007). From Active States to Active Citizenship? The impact of Economic Openness and Transnational Governance. I Hvinden, B. & H. Johannsson (Red.), *Citizenship in Nordic Welfare States: Dynamics of Choice, Duties and Participation in a Changing Europe* (s. 32–49). Oxford, Routledge.

Ostrom, E. (2012). *Future of the commons: beyond market failure and government regulations.* London, Institute of Economic Affairs.

Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 1*(1), 48–61. https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-10

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63

Pestoff, V. (2012). Co-production and third sector social services in Europe: some crucial conceptual issues. I V. Pestoff, T. Brandsen & B. Verschuere (Red.), *New Public Governance, the Third Sector and Co-production* (s. 13–34). Routledge.

Pierre, J. & Peters, G. B. (2000). *Governance, Politics and the State.* Macmillan Press LTD.

Sørvoll, J. & Gautun, H. (2020). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg – følger kommunene opp statens styringssignaler? *Tidsskrift for omsorgsforskning, 6*(1),1–16. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-09

Tortzen, A. (2019). *Samskabelse af velfærd. Muligheter og faldgruber.* 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

Vågan, A. & Grimen, H. (2008). Profesjoner i et maktteoretisk perspektiv. I A. Molander & L.I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 411–428). Universitetsforlaget.

WHO. (2002). *Active aging: a policy framework.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215

WHO. (2015). *World report on ageing and health.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandleres oversettelse fra behov til vedtak. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 4*(1), 27–39. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04