



# Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren?

*Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatri-feltet*

## How to Practice «User Participation» Without the User?

*Organisational Challenges to User Participation in the Delivery of Health and Social Care Services for People with Addictions and Mental Health Problems in Norway*

### Guro Huby

Førsteamanuensis

Avd. for Helse og Sosialfag, Høgskolen Østfold

[guro.o.huby@hiof.no](mailto:guro.o.huby@hiof.no)

### Lasse Johnsen

Høgskolelektor

Avd. for Helse og Sosialfag, Høgskolen Østfold

[lasse.johnsen@hiof.no](mailto:lasse.johnsen@hiof.no)

### Line Eikenes Langsholt

Talsperson Rusmisbrukeres Interesseorganisasjon

[line.eikenes.langsholt@rio.no](mailto:line.eikenes.langsholt@rio.no)

### Mona Klubben

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk Helse, Nedre Glomma,

[mona.klubben@gmail.com](mailto:mona.klubben@gmail.com)

## SAMMENDRAG

Brugermedvirkning i behandling er en lovfestet rett i Norge. Hvordan er helsepolitiske føringer implementert i praksis? Vi diskuterte medvirkning med brukere, pårørende og tjenesteytere i rus og psykisk helsevern i en norsk kommune og samarbeidende spesialisthelsetjenester. Data ble samlet fra to ulike arenaer. I tjeneste, bruker- og pårørende-spesifikke grupper diskuterte deltakerne hvordan helsepolitiske føringer og et fragmentert

tjenesteapparat satte ulike aktører opp mot hverandre og reduserte medvirkningen for alle. I mindre, tverrfaglige grupper som inkluderte brukere og pårørende, kom eksempler fram om tverrfaglig praksis som en arena for felles problemløsning. Artikkelen bidrar med teori, forskningsmetoder og praksis om tjenesteutvikling på lokalplan. Det er i denne konteksten brukere, pårørende og tjenesterepresentanter kan jobbe sammen for å realisere intensjonen i sentral helsepolitikk.

#### Nøkkelord

brukermedvirkning, ROP, tjenesteutvikling

#### ABSTRACT

«User participation» in treatment decisions is key to Norwegian health policy and enshrined in legislation. But how is policy implemented in practice? We conducted research on participation in the context of service coordination, with users, unpaid carers and providers of services for people with addictions and mental health problems in a Norwegian municipality and collaborating specialist hospital services. Analysis builds on triangulation of data generated in two arenas: Discussions about general experience of participation in discipline, user and carer specific groups, and case description of multi-professional practice in smaller mixed groups including users and carers. «User participation» was constructed differently in the two arenas. In the separate groups all described how conflicting policy demands around «participation», combined with a fragmented service system pitted actors against each other, reducing opportunities for participation for all. In mixed groups discussing details of multidisciplinary practice, examples emerged of joint problem solving around barriers to participation created by policy and system issues. The paper draws on current theory on user participation and institutional logics to progress research and practice in local service development, and argues that it is in this context providers, users and carers can work together to put policy intentions around participation into practice.

#### Keywords

user participation, addictions and mental health, service development

#### INNLEDNING: «BRUKERMEDVIRKNING» SOM INTENSJON

Brukere av helse- og omsorgstjenester og deres pårørende har en lovfestet rett til å medvirke til valg og gjennomføring av sine behandlingsopplegg (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Likevel er retten til medvirkning vanskelig å omsette i praksis (Antonsen, 2008; Hansen, 2007; Sverdrup, Myrvold & Kristofersen, 2007).

Lovverk og forskrifter legger til rette for bruker- og pårørendemedvirkning på tre plan: nasjonalt strategisk nivå i utforming av helsepolitikk (NOU 2001: 22; Sosial og helsedirektoratet, 2006; NOU 2014:12), individuelt nivå i møte mellom bruker og tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og medvirkning i konkret tjenesteutvikling (FOR 2016-10-28-1250). Brukermedvirkning i tjenesteutvikling mangler imidlertid sterke styringssignaler (Konsmo & Bakke, 2012; Klausen, 2016).

Helseforetaksloven (2001) sier at de regionale og lokale helseforetakene skal ha bruker- og pårørende-medvirkning i sin arbeidsform, men oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene spesifiserer bruk av «kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Kommuner pålegges likeledes ansvar for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, skal etablere systemer for innhenting av informasjon om brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Gjennomføring av sentrale direktiver om brukermedvirkning på individplan er avhengig av aktiv brukermedvirkning i lokal tjenesteutvikling. Det er på dette planet brukeres og pårørendes møter med enkelttjenester formes, og muligheter kan legges til rette for reell medvirkning (Berven, Ludvigsen, Christensen & Nilssen, 2013; Breimo, Normann, Thommesen & Sandvin, 2015).

Lokal tjenesteorganisasjon og måten den støtter opp under brukermedvirkning er særlig viktig for brukergrupper med sammensatte problemer som krever innsats fra flere tjenester. Mennesker med ROP-utfordringer er et godt eksempel. ROP er en helsepolitisk prioritet, og brukermedvirkning er ett av fem mål i stortingsproposisjon om opptrappingsplanen for Rusfeltet 2016–2020 (St.prp. nr. 15 S (2015–2016)).

Denne artikkelen utforsker hvordan sentrale føringer om brukermedvirkning ble tolket og implementert i kommunale og spesialisthelsetjenester for mennesker med rusavhengighet og psykiatriske (ROP) lidelser i et lokalt tjenesteapparat. Artikkelen har som mål å underbygge brukerfokusert tjenesteforbedring på lokalt plan.

Artikkelen bygger på en kartlegging av tjenesteoverganger og samhandling i et lokalt tjenesteapparat foretatt i samarbeid mellom et forskerteam, kommunetjenester, spesialisthelsetjenester, bruker- og pårørendeorganisasjoner (Hansen, Bjørkquist, Huby & Johnsen, 2016). Samarbeidet vokste ut av en avslått prosjektsøknad til Norges forskningsråd for å skape smidigere overganger i tjenestesystemet for ROP.

Brukermedvirkning sto tidlig fram som en hoveddimensjon, og forståelse og iverksetting av brukermedvirkning ble knyttet til hvordan den lokale tjenesteorganisatoriske konteksten formet iverksettingen av sentrale føringer. Artikkelens tittel viser til hvordan denne konteksten kunne føre til at bruker falt ut av kontakt med tjenester og slik hindret medvirkning for alle parter.

## TEORI

Vi gikk til teori om brukermedvirkning i et organisatorisk perspektiv for å utdype temaet og definere tre spørsmål vi ville besvare i artikkelen.

### Brukermedvirkning

Partnerskap (Coulter, 1999) og delt beslutningstaking mellom bruker og tjenesteyter (Charles, Gafni & Whelan, 1997, 1999) er kjernebegreper i brukermedvirkning. Bruker og tjenesteyter sees som likeverdige eksperter på en sykdom og dens følger, men kunnskapsgrunnlaget er ulikt, og aktører kan sammen komme fram til beslutninger hvor ulik kunnskap bidrar optimalt.

Dette perspektivet forutsetter at bruker og tjenesteyter har likeverdig innflytelse. Makt er en viktig dimensjon i Arnsteins (1969) nøkkelttekst, hvor brukermedvirkning sees som en funksjon av maktfordeling mellom institusjoner og brukere. Fra dette synspunktet kan skalaer av brukermedvirkning i helsehjelp konstrueres fra brukers «rådgivende funksjon» med liten makt over beslutninger, gjennom stadier med brukers økende beslutningsdeltakelse til «full brukerstyring» hvor bruker tar alle avgjørelser angående valg og utføring av behandling (Humerfelt, 2005; Rønning & Solheim, 1998).

Arnstein ser «makt» som muligheten til å innvirke direkte på andres handlinger og ytre begivenheter. Makt er imidlertid mer enn et statisk nullsumspill der den ene parts makt er den andre parts maktesløshet. Muligheter til å påvirke begivenheter og handling skapes og fordeles gjennom forhandlinger, samarbeid og konflikt mellom flere aktører der interesser sammenfaller og krysses i ulike konstellasjoner (Tritter & McCallum, 2006).

Det er videre ikke bare de ytre forutsetninger for brukermedvirkning det forhandles om, men også hvordan begrepet skal forstås. Denne forståelsen kommer ut av prosessen av kontinuerlig forhandling, samhandling og konflikt. Former for «medvirkning» blir arbeidet fram i spesifikke arenaer som individuelle møter mellom tjenesteyter og bruker, et forskningsprosjekt, et utvalg på nasjonalt plan som utarbeider helsepolitikk. Samspillet, eller mangel på det, mellom individuelle arenaer i forståelse og praktisering av brukermedvirkning, bidrar til en overordnet organisatorisk kontekst for brukermedvirkningens muligheter og barrierer.

Samspillet og individers posisjon er forankret organisatorisk, og de ulike aktørers posisjon i samspillet avgjør i hvilken grad og hvordan deres stemme blir hørt (Tritter & McCallum, 2006). Samspillet kan sees som styrt av en «institusjonell logikk» (Friedland, 2012; Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012).

#### Brukermedvirkningens organisasjon

Denne logikken utspiller seg i mønstre av formelle strukturer og regler, uformelle normer, omgangsformer og sedvaner. Logikken styrer hvordan et tjenesteapparat (re)produserer seg selv gjennom en kontinuerlig prosess av forhandling, samarbeid og konflikt om hva form, formål, praksis og resultater av tjenester skal være.

Forhandlingene utspiller seg i spenningsfeltet mellom individ og struktur, der individuell adferd og forståelse formes av, og i sin tur modifierer, organisasjonen som et fungerende hele (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2015).

Logikken er meningsbærende og former forståelsen av hva brukermedvirkning er og hvordan den skal implementeres. Den former forståelsen av hvem tjenesteutøvere, brukere og pårørende er, deres forpliktelser og rettigheter, og hvilke motiver og ressurser de bringer inn i møter med tjenester. Den former også forståelsen av praktisk fordeling av arbeidsoppgaver mellom tjenester og tjenestenivåer, praksis i utføring av disse oppgavene og samordning av tjenester, som er nødvendig for å gi brukere og pårørende kontroll over, og medvirkning i, behandlingsopplegg (Sverdrup mfl., 2007).

Logikken former også omsetting av sentrale politiske føringer (Shaw, Kontos, Martin & Victor, 2017). Praksis må ofte forholde seg til flere føringer som kan være innbyrdes motstridende, og disse motsetningene må tolkes og håndteres i lokale organisatoriske konteks-

ter. I denne prosessen konstrueres oppfatninger og praksis rundt brukervedvirkning på måter som virker inn på brukeres, pårørendes og også ansattes muligheter til å medvirke i valg og utføring av tjenester.

Fra denne litteraturen definerte vi tre spørsmål som ledet arbeidet med artikkelen:

1. Hvordan opplevde brukere, pårørende og tjenesteytere brukervedvirkning, og hvordan ble opplevelsene formet?
2. Hvilke følger hadde denne dynamikken for brukervedvirkningens begrensninger og muligheter?
3. Hvordan kan brukervedvirkning styrkes i et lokalt tjenesteapparat?

## METODE

Artikkelen bygger på to datakilder: Den ene kilden er materiale fra en arbeidssamling hvor ansatte, brukere og pårørende dannet egne grupper som hver for seg diskuterte *opplevelser* av medvirkning i samhandling. Den andre kilden er detaljerte case-diskusjoner av *konkret samhandling* i anonymiserte cases i tverrfaglige grupper der pårørende og brukere deltok. Vår analytiske strategi bygger på hvordan ulike perspektiver på brukervedvirkning kom fram i de to arenaer.

Studien er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle deltakere samtykket skriftlig, på bakgrunn av skriftlig informasjon om hensikten med undersøkelsen og hva deltakelse innebar av informasjonsdeling. Individuelle brukeres, pårørendes og ansattes identitet er beskyttet ved anonymisering av eksempler, både i arbeidssamlingen og case-diskusjonene.

I arbeidssamlingen deltok:

- 4 deltakere fra en pårørendeorganisasjon
- 5 deltakere fra en brukerorganisasjon
- 4 deltakere fra Distriktpsikiatrisk senter DPS
- 5 deltakere fra Sosialmedisinsk poliklinikk SMP
- 5 deltakere fra kommunens tildelingskontor
- 5 deltakere fra kommunens utførelsenhet

Utvelgelsen av deltakere ble gjort i virksomhetene og organisasjonene. Prosjektet var kjent i tjenestene gjennom presentasjoner og informasjonsmateriale, og mange av deltakerne valgte seg selv som spesielt interesserte i temaet. Deltakerne representerte kommunalt ansatte ruskonsulenter, kommunepsykologer, prosjektarbeidere, sosionomer og psykologer i spesialisthelsetjenesten, pårørende og brukere.

Deltakerne ble fordelt i seks virksomhetsspesifikke grupper, hver med en fasilitator fra forskergruppen. Fasilitator ledet en diskusjon rundt spørsmål om samhandling på tvers av tjenester. Diskusjonen i hver gruppe ble tatt opp digitalt og transkribert.

Data fra diskusjonene i virksomhetsspesifikke grupper ble analysert tematisk i to faser (Corbin & Strauss, 2008; Malterud, 2017). I første fase, systematisering og destillering, leste medlemmene av prosjektets forskergruppe hver sin transkriberte gruppediskusjon for å iden-

tifisere de viktigste dimensjonene for samarbeid mellom tjenester. Gruppen møttes så for å sette opp et analytisk rammeverk av temaer og avgjøre hvordan de relaterte til overordnede dimensjoner. Dimensjonene var bolig, kompetanse, brukermedvirkning, samarbeid og relasjoner. Intervjuene ble så lest igjen og tekstene kodet etter det felles tematiske rammeverket.

I andre fase så forskergruppen nærmere på måten de ulike gruppene artikulerte de samme temaer, og utforsket motsetninger og sammenhenger innen og mellom de ulike perspektivene. «Brukermedvirkning» framsto tidlig som en hoveddimensjon i erfaringer om samhandling med tilknytning til «samarbeid» og «personlige relasjoner».

Etter Malteruds (2017) prinsipp om refleksivitet rundt vår metode ble vi etter hvert bevisst at diskusjonene i arbeidssamlingen reflekterte standardhistorier om negative erfaringer av samarbeid. Materialet antydte også at daglig praksis var mer variert enn diskusjonene i arbeidssamlingen tilsa, og at løsninger på problemer som ble reist i arbeidssamlingen kunne arbeides fram i tverrfaglig praksis. Vi avholdt derfor tre mindre, tverrfaglige, strukturerte gruppediskusjoner med brukere, pårørende, ansatte i spesialisthelsetjenesten og representanter for de kommunale tjenestene for å få fram viktige dimensjoner ved brukermedvirkning i en ny kontekst.

#### Case-diskusjoner

Deltakerne i disse case-diskusjonene hadde alle vært med i arbeidssamlingen. I tillegg kom representanter fra Nav med. Deltakerne brakte med seg anonymiserte eksempler på samhandling mellom ulike tjenester, brukere og pårørende i brukerløp med ulike utfall. Vi gikk gjennom fem brukerløp og trakk ut generelle læringspunkter om samhandling fra enkelttilfeller (Rees, Edmunds & Huby, 2005).

Dette materialet ble analysert etter det tematiske rammeverket utarbeidet for gruppediskusjonene for å se om og i så fall hvordan «brukermedvirkning» relaterte til «relasjoner» og «samarbeid» i en annen kontekst enn virksomhetspesifikke gruppediskusjoner. Nye sammenhenger mellom «brukermedvirkning» og «relasjoner» kom fram, og «kontinuitet», «gjensidig kjennskap» «tillit» og «forutsigbarhet» sto fram som ekstra dimensjoner knyttet til «relasjoner».

Dette var en liten studie, med et mindre antall deltakere som i tillegg valgte seg selv inn i studien. Dette reduserte muligheter til å sikre et utvalg som reflekterer den sosiale bredden i ROP-brukergrupper og ROP-tjenester. Imidlertid er det triangulering (Flick, 2011) av data fra to ulike arenaer der brukermedvirkning blir diskutert og framforhandlet, som gir artikkelen styrke og som danner grunnlaget for vår analyse. En arena var destillering av erfaringer innen tjenestespesifikke grupper, mens den andre var detaljerte beskrivelser av tverrfaglig praksis i tverrfaglige grupper.

Denne metodetilnærmingen fikk fram at form og opplevelse av «medvirkning» i møter mellom brukere, pårørende og tjenester er kontekstbetinget. Videre fikk vår strategi fram en dynamikk i sammenfallende og motstridende beskrivelser av brukermedvirkning blant brukere, pårørende og tjenesterepresentanter, og at denne dynamikken også endret seg etter kontekst. Tilnærmingen åpner slik for brukermedvirkning som en organisatorisk oppgave for å skape arenaer som bygger felles forståelse av hva medvirkning er og hvordan den skapes.

De to arenaer dekker ikke hele spekteret av lokale arenaer der brukermidvirkning er under forhandling. Et studie som omfatter flere arenaer vil gi en fyldigere analyse av hvordan brukermidvirkning framstår i ulike kontekster. Dette vil i sin tur utdype en forståelse av hvordan samspillet, eller mangel på samspill, mellom ulike arenaer åpner for eller hindrer, muligheter til midvirkning (Tritter & McCallum, 2006).

## FUNN

I det følgende presenterer vi først en dynamikk av sammenfallende og ulike perspektiver på brukermidvirkning mellom brukere, pårørende og tjenesteytere i vårt materiale fra arbeidssamlingen. Det var dynamikken mellom gruppene som hadde størst analytisk potensial, og vi framhever dette på bekostning av forskjeller mellom deltakerne innen hver gruppe. Deretter beskriver vi hvordan case-diskusjonene utdypet sammenhengen mellom brukermidvirkning og relasjoner.

Fra arbeidssamlingen. En ulogisk logikk: Innbyrdes motstridende krav om midvirkning

Tjenesteytere var stilt overfor to prinsipper om brukermidvirkning, som til tider motsa hverandre. Et prinsipp var midvirkning gjennom deltakelse i samhandling, mens det andre var rett til å velge tjeneste og hvem som skal være med i samhandling, inkludert retten til å avslå hjelp.

Deltakelse gjennom samhandling er nedfelt i veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator som skal «styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere (Helsedirektoratet, 2017:9). Veilederen omhandler brukers rett til en individuell plan og oppfølging i tverrfaglige ansvarsgrupper med fast koordinator, gjerne fra kommunen. Kommunene er i stor grad forpliktet til å følge disse retningslinjene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Representanter fra tildelingskontoret i kommunen foreslo at brukermidvirkning fundert på samhandling ble bygget inn i utforming av tjenestetilbudet når brukere måtte søke tildelingskontoret om tjenester.

... jeg tror vi har dem med oss allerede i kartleggingen i tildelingskontoret og at vi ønsker jo ikke å hjelpe folk eller lage vedtak som brukeren reagerer veldig på og liksom han ikke skjønner. Det er jo brukermidvirkning, det er jo brukeren som skal ha bistand og få vedtaket igjen.

Det andre prinsippet var midvirkning som lovfestet rett til å velge tjenester og også avslå hjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 kapittel 4), mens loven om taushetsplikt gir bruker rett til å avgjøre hvem som skal være med i samhandlingen (Helsepersonelloven, 1999, s. kap 5, § 21). Dette er en annen tolkning av midvirkning, med sterkere og mer konkrete styringssignaler:

Og så er det pasienten som styrer det meste, fordi at pasienten har jo rettigheter i forhold til både taushetsplikt og alt i forhold til hvem du kan snakke med og hvem du ikke kan snakke med (SMP).



I prinsippet skal medvirkning ved samhandling, og medvirkning som rett til å velge (vekk) spille på hverandre. Pasientens rett til å samtykke selv og på egne vegne forutsetter medvirkning med grunnlag i samhandling, for å sikre at støtteopplegg som er relevante for bruker blir utformet gjennom forhandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2006:4). Reglene om taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, s. para 25, § 45 for journalinformasjon) gir også muligheter for utveksling av informasjon mellom viktige aktører, men disse mulighetene forutsetter samarbeid mellom tjenester, bruker og pårørende i utgangspunktet. Denne sirkelen var imidlertid vanskelig å slutte fordi bruker til tider «forsvant».

Fra arbeidssamlingen. Bruker forsvinner i motstridende opplevelser av medvirkning

En kilde til frustrasjon for tjenestene var brukere som nektet å godta viktige tjenesteytere i ansvarsgrupper, eller, mer alvorlig, «valgte seg ut av tjenester» og ble borte. Det betydde mindre oppfølging for bruker og pårørende og mer arbeid for tjenester som måtte sette i gang nye henvisningsprosesser dersom brukeren dukket opp igjen. Brukers «forsvinning» i direkte og overført betydning gikk til kjernen av de tre gruppenes ulike opplevelser av brukermedvirkning.

Blant tjenesteytere i arbeidssamlingen var det en tendens til å forklare brukeres forsvinning med deres livsstil, og deres jobb var å etterkomme brukeres krav og ønsker selv om de kunne synes urimelige:

Sånn må jeg tenke da, at vi kan jo på en måte ikke redde dem ... Vi kan prøve å sette inn ulike tiltak, men de takker nei, de drar derfra, de lever som de vil da og så kommer de tilbake og så må vi vurdere på nytt. (Tildelingskontoret).

Det var likevel et perspektiv blant tjenesterepresentanter at de «produserte» kravstore brukere:

... At vi har liksom fokuset på mestring og ikke alltid hva man ikke får til hele tiden og må hjelpe. Det er liksom noe med det at vi gjør dem hjelpeløse ... (Kommunens utførerenshet)

I slående kontrast til tjenesteyteres opplevelse av dem så brukerdeltakerne på seg selv som dem som måtte ta jobben for å få et komplekst tjenesteapparat til å fungere, uavhengig av funksjonsevne og mental tilstand:

Men når vi kommer inn i tjenestene så er det vi som holder orden på de forskjellige ytelsene vi får og de forskjellige behandlere vi ... for de aner jo ikke noen ting om hverandre ... Så vi må liksom holde orden på det her, så vi må gjenta historien vår på nytt hver gang vi treffer en ny en. (Bruker)

Brukere var likevel enige med tjenesteytere i at «bruker forsvant», men forklarte dette som en funksjon av et fragmentert tjenesteapparat, og ikke hovedsakelig som en følge av deres valg av livsstil:



Ikke sant, så de møter hverandre på trappa og vet ikke liksom: åh, er dere her og liksom. Visste ikke at dere var kobla på, liksom. Også er ikke brukeren hjemme en gang ... For at han er bare hjemme når han trenger noe ... Også bruker dere halvannet år på å komme i posisjon. ....

Bildet ulike tjenester hadde av dem var videre fragmentert, og de «forsvant» som personer i disse fragmentene:

Og derfor så blir det sånn; dem er jo null interessert i hva en holder på ... Saksbehandleren min på Nav er jo null interessert i hva jeg driver med på rustjenesten eller i en selvhjelpsgruppe, mest-ringsgruppe, eller ...

Pårørendedeltakerne opplevde at deres rolle var å plukke opp bitene skapt i dynamikken mellom tjenesteapparat og bruker der bruker faller ut av tjenester.

Der hvor det offentlige ikke stiller opp, der er det oss som må stille opp. Han har fått forskjellige tjenester, men han har en psykoselidelse som gjør at han trekker seg tilbake og takker nei til alt, og så er det sånn at: Ja bruker sier at ... Vi avslutter tjenesten for bruker har takket nei. Ja, der har vi vært på døra i fire, fem uker da og han takket nei, så vi avslutter tjenesten.

Videre opplevde de at de selv «forsvant» i denne dynamikken og ble til kravstore uromomenter hvis de kom med innspill til oppfølging:

... det fikk jeg rett i fleisen i møtet: At hadde du ikke holdt på sånn, så hadde det vært lettere for oss å jobbe med sønnen din.

Fra arbeidssamlingen. «Det er systemet, altså»: Samarbeid og (av)makt

Medvirkning og mangel på sådan var derfor ikke bare et anliggende for brukere og pårørende, men også for tjenesteytere. De tre gruppene opplevde medvirkning og mangel på den ulikt, og forskjellene dreide seg i stor grad om ulike konstruksjoner av «bruker».

Det var på den annen side sammenfall mellom de tre gruppene i et syn på «systemet» som opphav til barrierer for medvirkning. Brukere og pårørende kom med særlig levende beskrivelser av avmakt som systembetinget.

Altså jeg tror at den enkeltpersonen vil gjerne, vil oss så vel og ser oss og forstår meg ... Det er systemet, altså man blir sendt (rundt omkring) hele tiden da ... (Pårørende)

... Det blir bare flere tjenester og det blir større virvar ... Altså det er veldig ... mye gode tjenester også aleine, men vi er nå avhengig av at det på en måte er en slags rød tråd mellom tjenestene også. (Bruker)

Fra begge gruppers synspunkt var et problem tjenesters fokus på individuelle problemer som hver enkelt instans ville løse ut fra sin ekspertise og sitt ståsted og så sende videre til neste relevante tjeneste ifølge rutiner, uten at sammenhengen mellom ulike problemer nødvendigvis ble tatt opp og håndtert som et felles anliggende.

Også er det litt sånn at hver enkelt enhet skal liksom eie meg. ... og min historie og min rehabilitering ... (Bruker)

Og jeg opplever at alle terapeutene, legene, psykologene er opptatt av visse fagområder og hun har vært innom alle diagnosene som er. Den ene sier det og den andre sier det og de er mer opptatt av hva de sjøl leter etter, opplever jeg mange er. Ikke alle. (Pårørende)

Blant tjenesterepresentanter var det mye diskusjon om klargjøring av arbeidsområder for å «avspenne forventningene» og håndtere pågang, som en deltaker fra tildelingskontoret forklarte. Presset kom fra sentralt hold, gjennom spesialisthelsetjenester som må kutte sengeplasser og legge flere tjenester inn i poliklinisk arbeid, noe som igjen belastet samarbeidet med kommunen.

Case-diskusjoner: «Relasjoner» og brukers synliggjøring

Alle tre gruppene opplevde slik mangel på «medvirkning», men hadde ulike forklaringer på dette som dreide seg om ulike konstruksjoner av «bruker». De tre gruppene sto sammen i synet på «systemet» som et opphav til fragmentering og mangel på medvirkning, men opplevde det noe ulikt, alt etter deres posisjon i tjenesteapparatet.

Det var imidlertid et slående sammenfall blant alle gruppene i synet på relasjoner som en nøkkel til brukermedvirkning og gode støtteordninger:

... Vi trenger ikke det andre mennesket som skal løse problemene for oss. Men vi trenger ... den tryggheten i å kunne bygge relasjoner som ikke forsvinner. Og som er der over tid. (Arbeidssamlingen, bruker)

Og det her handler veldig mye om relasjoner. ... De pasientgruppene har veldig behov for gode relasjoner ellers så blir det utrygt for dem om det blir ustabil. Da fikser du ikke livet. Det må være noen på plass. (Arbeidssamlingen, tildelingskontoret)

For tjenesterepresentanter var personlige relasjoner videre en forutsetning for at de formelle regler for samhandling skal fungere. Individuell plan (IP) er for eksempel utviklet som et verktøy der tverrfaglige diskusjoner med bruker i sentrum skal føre til brukerstyrt støtte og behandlingsopplegg. Imidlertid er intensjonene bak IP vanskelig å gjennomføre (Breimo mfl., 2015). Men et nettverk med sterke relasjoner kan gi ekstra handlingskraft til individuelle planer:

Det kryr av individuelle planer rundt i de tusen skuffer og ingen har sett dem siden 2006 omtrent ... Men får du tak i en ... klient, og en tett samarbeidspartner så kan du være i gang med å få til noe som fungerer bra ... Vi trenger gode systemer som ivaretar uformell kontakt. (Arbeidssamlingen, DPS)

Konkrete eksempler på samhandling i brukerløp framarbeidet i tverrfaglige case-analyser utdypet forståelsen av denne delen av praksis. Vi gikk gjennom fem cases med ulike omstendigheter og ulikt utfall og identifiserte suksessfaktorer for samhandling og medvirkning.

Suksessfaktorer var velkjente, og mange er nedfelt i føringer om samhandling rundt sammensatte problemer (Helsedirektoratet, 2017). De omfattet nettverk mellom bruker, pårørende, kommunal og spesialisthelsetjenestekontakt, Nav-saksbehandler og fastlege, som møter regelmessig med bruker og følger opp behandlings og støtteplaner i nettverks- eller ansvarsgrupper, samt en form for individuell plan. En nettverkskoordinator som sørger for fortløpende oppfølging, var viktig for kontinuitet.

Disse faktorene var en nødvendig, men ikke avgjørende, forutsetning for medvirkning. Et nettverk på papiret garanterer ikke kommunikasjon og felles problemløsning (Breimo mfl., 2015). Medvirkning ble konkretisert gjennom kontinuitet, som underbygget fortløpende forhandling om roller, ansvarsfordeling og formål partene imellom og i henhold til skiftende forutsetninger hos bruker, pårørende og tjenester.

Disse forhandlingene kunne hindre at brukere «forsvant» selv om de i perioder kunne velge seg ut av tjenester. En case omfattet en bruker som regelmessig falt ut av kontakt med tjenester for så å dukke opp når behov for støtte meldte seg. Fastlege, kommunal ruskonsulent og psykolog fra spesialisthelsetjenesten formet et nettverk hvor medlemmene til ulike tider hadde en løpende om enn uregelmessig kontakt med bruker og delte informasjon slik at de sammen kunne sørge for inngrep i tilfelle krise. Bruker hadde også en ansvarsgruppe som møtte regelmessig uten at han hadde stilt en eneste gang. Han hadde gitt tillatelse til tjenestene å dele informasjonen, forble synlig og medvirket til samarbeide i sitt fravær.

Kontinuitet styrket gjensidig kunnskap, tillit og forutsigbarhet (Huby, 2008). Forutsigbarheten i adferd gjorde det mulig for tjenestene å arbeide rundt de formelle reglene for samhandling og utfylle dem. Denne brukeren ble forvart selv etter frafalte møter med tjenester, noe som ifølge reglene kan tilsi utskrivelse. Det sikret også pårørendes behov for støtte og sikkerhet.

Et slående trekk ved case-materialet var hvordan den tverrfaglige diskusjonen om casene konstruerte og synliggjorde brukeren på en annen måte enn materialet fra arbeidssamlingen. Beskrivelser av brukere og pårørende var nødvendigvis mer detaljerte. De fikk fram hvordan deres problemer var balansert opp mot deres muligheter og begrensninger til å løse problemene. Videre ble en logikk bak tilsynelatende uansvarlig adferd synlig, forutsigbar og derfor mer håndterlig.

## DISKUSJON: EN INSTITUSJONELL LOGIKK I BRUKERMEDVIRKNING

Vi ville undersøke hvordan sentrale føringer om brukermedvirkning ble tolket og implementert i kommunale og spesialisthelsetjenester for mennesker med ROP-lidelser. Teori om en brukermedvirkningens institusjonelle logikk (Thornton mfl., 2015) hjalp oss å fange hvordan individuell adferd rundt medvirkning ble formet av en systemdynamikk, og hvordan aktører forholdt seg aktivt til denne dynamikken og endret forutsetningene for medvirkning.

Sentrale føringer om brukers rett til medvirkning i tjenester bygget på to prinsipper som ikke alltid var forenlige: brukers rett til å velge hadde klarere og sterkere styringssignaler enn føringer om samarbeid. Medvirkning for alle parter brøt sammen med mindre retten til å velge ble understøttet av samarbeid. Videre måtte formen for medvirkning bli forhand-

let fram mellom brukere og tjenester. Der det var enighet om formen samhandling skulle ta, samt brukers rolle i samhandlingen, ble lovfestet rett til medvirkning aktualisert, selv om brukeren ikke deltok i alle løpende diskusjoner.

Tre spørsmål ledet arbeidet med denne artikkelen: brukeres, pårørendes og tjenesteyteres opplevelse av brukermedvirkning, muligheter og begrensninger for medvirkning, og brukermedvirkning i et lokalt tjenesteapparat.

Hvordan opplevde brukere, pårørende og tjenesteytere «medvirkning» og hvordan ble opplevelsene formet?

Våre funn underbygger Thompsons (2007) funn at brukermedvirkning kan ta mange former og at effektiv medvirkning oppstår ved framforhandlet enighet mellom bruker og tjenesteytere om hvilken form av medvirkning som skal gjelde i et gitt situasjon.

Mulighetene for en slik enighet er organisatorisk betinget. På den ene siden skapte tjenestesystemet motsetninger mellom gruppene i opplevelsen av medvirkning. Et utslag var hvordan «bruker» ble konstruert og forstått som henholdsvis problemet (tjenesterepresentanter) og løsningen (brukere), og hvordan pårørende fant seg fanget i en dynamikk der brukeren «forsvant». Spørsmålet reiser seg hvordan en slik diskrepans i oppfatninger og opplevelser kan oppstå og vedvare mellom grupper som tross alt eksisterer tett på hverandre. En del av svaret ligger utvilsomt i mange ROP-brukeres sykdomsbilde (Storm og Edwards, 2013). Men materialet peker også mot et systemskapt fenomen. Tjenestesystemer kan i seg selv produsere problemer, som blir projisert på svakerestilte grupper fanget opp i dette systemet. En følge er at effektive strategier for å løse problemene på systemnivå begrenses (Huby, 1998; Hart, 2001).

På den annen side var det en grad av sammenfall i gruppenes forklaringer på hvordan «systemet» skapte problemer rundt medvirkning. Gruppenes kunnskap utfylte hverandre. Brukere og pårørende deltakere hadde forslag til hvordan problemene lå i et fragmentert tjenesteapparat med ansvarsfraskrivelse tjenester imellom. Tjenesterepresentanter gjenkjente til en viss grad ansvarsfraskrivelse og manglende samhandling, men måtte forholde seg til organisatoriske endringer, kutt i spesialisthelsetjenester og press på tjenester nedover i systemet (Helgesen, 2006). Der dialog mellom tjenester og tjenesteytere hindres av konflikt eller hierarki har brukere vanskelig for å bli hørt (Légaré, Stacey, Pouliot, Gauvin, Desroches, Kryworuchko, Dunn, Elwyn, Frosch, Gagnon, Harrison, Pluye & Graham, 2011; Sverdrup mfl., 2007).

Videre kan rutiner rundt kartlegging, henvisninger og kommunikasjon mellom tjenester som PLO-meldinger både stenge for og støtte samhandling tjenester imellom og utelukke pårørende og brukere (Hart, 2001; Huby, Brook, Thompson og Tierney, 2007; Melby & Hellesø, 2014; Klausen, 2016).

Hva var brukermedvirkningens begrensninger og muligheter?

Materialet viser mønstre i ulike og sammenfallende opplevelser av medvirkning. Der deltakerne diskuterte samhandling og medvirkning i det abstrakte, ble tilløp til sammenfallende forklaring på utfordringer rundt medvirkning brutt opp av en systemdynamikk som

satte brukere opp mot tjenester og plasserte pårørende på sidelinjen. Denne dynamikken hadde mindre kraft i konkret samhandling over tid. Her kunne kamplinjene lettere bli dratt rundt, og ikke gjennom, en gruppe som sto sammen om problemløsning. Konstruksjoner av medlemmene i nettverket som kilden til problemer ble vanskelig fordi medlemmene kjente hverandre i ulike situasjoner. Ifølge alle deltakerne var det personlige relasjoner som bygget broer over systembetingede barrierer for medvirkning, noe Shaw mfl. (2017) også fant var tilfellet i iverksettelsen av føringer for «integrasjon» i et britisk tjenesteapparat.

Hvis personlige relasjoner er en nøkkel til god samhandling og medvirkning, representerer de også en trussel mot et åpent tjenestesystem som er tilgjengelig for alle, noe som også er en forutsetning for brukermedvirkning. Tjenestekvalitet som baserer seg på enkeltpersoners innsats fører lett til at brukere med de dyktigste tjenstekontaktene får de beste tjenestene, og dette kan igjen skape skjulte beslutningsprosesser som utelukker både brukere og tjenester fra beslutninger (Skivenes, 2005). Samhandling krever robuste rutiner slik at kommunikasjon og beslutninger fungerer også der personlige relasjoner er svake eller fraværende.

Hvordan kan medvirkning underbygges på lokalt plan? Systemforankring av personlige relasjoner  
En balanse mellom formelle og uformelle mekanismer for samhandling på lokalt plan framsto som viktig for å bygge en kontekst for effektiv medvirkning. Det var her relasjoner ble etablert som kunne bygge opp under varige nettverk der medvirkning var mulig for alle (Bjørkquist & Hansen, 2018). Det var også på dette nivået relasjoner og nettverk var forankret organisatorisk. Verktøy for å sikre medvirkning, for eksempel ansvarsgrupper og individuell plan, ble gjort effektive ved å forhandle om omstendigheter rundt tiltakene: hva betyr medvirkning i ulike sammenhenger? Hvem er med, hvem avstår, og med hvilket mandat, hvem setter rammer for møter og metoder, hvem tar beslutninger, og hvor (Thompson, 2007; Tritter & McCallum, 2006)?

## KONKLUSJON

Breimo mfl. (2015) og Berven mfl. (2013) framhever lokal ledelse og organisasjon som en forutsetning for at sentrale føringer og verktøy for brukermedvirkning på lokalplan skal fungere etter intensjonen. Ifølge Tritter og McCallum (2006) er det i samspill mellom ulike arenaer for brukermedvirkning at robuste former for medvirkning på individnivå skapes. Tjenesteutvikling på lokalt plan er kjernen i dette samspillet. Det er på dette nivået samarbeid mellom brukere, pårørende og tjenester kan skapes som spiller på kjennskap til hverandre og gjensidig utfyllende kunnskap om medvirkningens lokale forutsetninger og sentrale rammeverk. Artikkelen bidrar teoretisk, forskningsmetodisk og praktisk til tjenesteutvikling på lokalt plan som nøkkelen til effektiv brukermedvirkning.<sup>1</sup>

1. Vi takker våre forskerkolleger og studiens deltakere for tid og kunnskap de ga dette prosjektet. Takk også til anonyme fagfeller og redaksjonen for innspill til artikkelen.

Et lokalt organisatorisk perspektiv har følger for forskning, politikk og tjenester:

- Forskning forutsetter metoder som kan fange en organisatorisk dynamikk i utformingen av brukermedvirkning og sette individuell erfaring og kunnskap opp mot en videre organisatorisk sammenheng.
- Helsepolitikken bør gi sterkere styringssignaler for brukeres og pårørendes rolle i lokal tjenesteutvikling. Innhenting av materiale om deres opplevelser er en lite effektiv form for medvirkning ifølge Arnstein (1969) og Humerfelt (2005). Medlemskap i utvalg og komiteer må spenne videre enn rådgivning. Prosjekter der brukere og pårørende stiller på linje med tjenester som premissleverandører av utvikling gir best resultater (Konsmo, De Vibe, Bakke, Udness, Eggsvik, Norheim, Brudvik & Vege, 2015; Konsmo & Bakke, 2012).
- Lokal tjenesteutvikling med full bruker- og pårørendemedvirkning bør fokusere på robuste systemer som utløser potensialet for personlige relasjoner til å bygge broer mellom tjenester, brukere og pårørende.

## LITTERATUR

- Antonsen, E. B. (2008). Et stykke på vei, men likevel langt igjen? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 4, 345–354.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>.
- Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A., & Nilssen, E. (2013). *Evalueringsrapport IP-ordningen: Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene*. Uni Rokkansenteret. Hentet fra [https://uni.no/media/manual\\_upload/329\\_rapport\\_2\\_2013\\_berven\\_ludvigsen\\_christensen\\_og\\_nilssen.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/329_rapport_2_2013_berven_ludvigsen_christensen_og_nilssen.pdf).
- Björkquist, C., & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 233–243. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769>.
- Breimo, J. P., Normann, T., Thommesen, H., & Sandvin, J. T. (2015). *Individuell Plan, Samspill og Unoter*. Gyldendal Faglitteratur.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651–661. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00145-8).
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research (3. utg.): Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ*, 319(7212), 719–720. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.719>.



- Flick, U. (2011). Mixing methods, triangulation and integrated research: Challenges for qualitative research in a world of crisis. I N. K. Denzin & M. D. Giardina (red.), *Qualitative Inquiry and Global Crises* (s. 132–153). Left Coast Press. <https://doi.org/10.4324/9781315421612>.
- FOR 2016-10-28-1250. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
- Friedland, R. (2012). The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process. *M@n@gement*, 15(5), 583–595. <https://doi.org/10.3917/mana.155.0583>
- Hansen, G. V. (2007). Samarbeid uten fellesskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid (PhD). Universitetet i Karlstad. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444760>.
- Hansen, G. V., Bjørkquist, C., Huby, G. Ø., & Johnsen, L. (2016). *Sårbare overganger– «Tricky Transitions»* (No. 1). Høgskolen i Østfold. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2374818>.
- Hart, E. (2001). System induced setbacks in stroke recovery. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 101–123. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00243>
- Helgesen, M. (2006). *Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe*. NIBR-rapport. <https://doi.org/10.7577/nibr/rapport/2006/21>.
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>.
- Helseforetaksloven (2001) *Lov om helseforetak m.m.*. Hentet fra <https://lovdata.no>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Oppdragsdokumenter. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Om Kommunale helse og omsorgstjenester mm*. Hentet fra <https://Lovdata.no>.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v*. Hentet fra <https://lovdata.no>.
- Huby, G. (1998). On networks and narratives: Research and the construction of chaotic drug user lifestyles. I R. Barbour & G. Huby (red.), *Meddling with mythology: AIDS and the social construction of knowledge* (s. 162–180). London: Routledge.
- Huby, G. (2008). Accountability and trust in integrated teams for care of older people and people with chronic mental health problems. I Brownlie, J., Howson, A., & Greene, A. (red.), *Researching Trust and Health* (Bd. 1, s. 113–133). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203928271>.
- Huby, G., Brook, J. H., Thompson, A., & Tierney, A. (2007). Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 55–67. <https://doi.org/10.1080/13561820601035020>.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepe brukermedvirkning og brukerperspektiv: Honnørord med lavt presisjonsnivå. I Willumsen, E. (red.), *Brukermedvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenesten* (s. 15–33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: en oppsummering av kunnskap* (No. 4). Senter for Omsorgsforskning, nord.



- Konsmo, T., & Bakke, T. (2012). *Brukermedvirkning i kvalitetsforbedring av tjenester for personer med rus og psykiske lidelser (ROP): muligheter og utfordringer*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra [www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Brukermedvirkning-i-kvalitetsforbedring-av-tjenester-for-personer-med-rus-og-psykiske-lidelser-ROP.pdf](http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Brukermedvirkning-i-kvalitetsforbedring-av-tjenester-for-personer-med-rus-og-psykiske-lidelser-ROP.pdf).
- Konsmo, T., De Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Notat nr. 1 om kvalitetsutvikling fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>.
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F.-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., Dunn, S., Elwyn, G., Frosch, D., Gagnon, M.-P., Harrison, M. B., Pluye, P. & Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 18–25. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502>.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, L., & Hellesø, R. (2014). Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: unintended consequences for interprofessional collaboration. *International Journal of Medical Informatics*, 83(5), 343–353. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001>.
- NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. april 1999. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 29. juni 2001. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>.
- NOU 2014:12. *Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten, Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013*. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 12. november 2014. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov>.
- Rees, G., Edmunds, S., & Huby, G. (2005). Evaluation and development of integrated teams: the use of Significant Event Analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 125–136. <https://doi.org/10.1080/13561820400024233>.
- Rønning, R., & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser: om brukermedvirkning i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget.
- Shaw, J. A., Kontos, P., Martin, W., & Victor, C. (2017). The institutional logic of integrated care: an ethnography of patient transitions. *Journal of Health Organization and Management*, 31(1), 82–95. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2016-0123>.
- Skivenes, M. (2005). Forvaltning og politikk – om den nødvendige forbindelsen mellom brukermedvirkning og borgermedvirkning. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 34–48). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/brukermedvirkning-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplan-for-psykisk-helse>.

- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *The Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313–327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>.
- Str.prp. nr. 15 S (2015–2016) (2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2015, godkjent i statsråd samme dag.* (Regjeringen Solberg). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/?ch=1>.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter.* brage.bibsys.no. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2445325/Bm0113.pdf?sequence=1>.
- Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1297–1310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process.* Oxford University Press.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2015). The Institutional Logics Perspective. In *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*, Scott R. A. & Kosslyn S. M. (red.). doi:10.1002/9781118900772.etrds0187
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76(2), 156–168. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.008>.