



# Sammensatte behov og store variasjoner

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

## Complex Needs and Large Variations

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

Jim Broch Skarli

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

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

### Sammendrag

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

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

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

Nøkkelord

hjernehelse, bruksverdi, samskaping

### Abstract

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

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

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

**Keywords**

Brain health, value in use, co-creation

**Hva vet vi om dette emnet?**

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

**Hva tilfører denne studien?**

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

## Introduksjon

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

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

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

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

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

Følgende forskningsspørsmål legges til grunn:

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

## Teori

### Brukerorientering

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

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

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

#### Offentlig tjenestelogikk og verdi for brukeren

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

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

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

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

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

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

## Forskningsdesign og metode

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## Resultater

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

**Tabell 2** Funn etter brukerorientering og prosjektfase

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

### Tilgjengelighet

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

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



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

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

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

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

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

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

### Individuell tilpasning

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

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

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

### Samordnede og helhetlige tjenester

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Brukermedvirkning

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

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

## Diskusjon

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

### Kommunenes beskrivelser

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

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

### Sammensatte behov og store variasjoner- en utfordring

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

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

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

### Output versus outcome – hva med brukeren?

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

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

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

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



## Avslutning

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

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

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

## Referanser

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



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

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nevroplan-2015/id666747/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsestrategi-20182024/id2581669/>
- Helsedirektoratet. (2011). *Fleksible tjenester – for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer (IS-1875)*.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Tilskudd til 3-årig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilpassede dag- og aktivitetstilbud for personer med neurologiske skader og sykdommer*. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2012b). *Tilskudd til 3-årig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilrettelagt treningstilbud for personer med neurologiske skader og sykdommer*. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2017). *Statusrapport hjernehelse (IS-2588)*. <http://hdl.handle.net/11250/2495619>
- Hämäläinen, P. & Rosti-Otajärvi, E. (2016). Cognitive impairment in MS: rehabilitation approaches. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(S200), 8–13. <https://doi.org/10.1111/ane.12650>
- Iaffaldano, P., Viterbo, R. G., Goretti, B., Portaccio, E., Amato, M. P. & Trojano, M. (2014). Emotional and neutral verbal memory impairment in Multiple Sclerosis. *J Neurol Sci*, 341(1-2), 28–31. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.03.038>
- Kjellevoid, A. (2006). Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. *Lov og Rett*, 45(01-02), 3–25. <http://hdl.handle.net/11250/184074>
- Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of survey research methods (Vols. 1-0)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412963947>
- Lehtonen, M. & Tuominen, T. (2011). Multiple voices of the user in public sector services. In J. Sundbo & M. Toivonen (Eds.), *User-based Innovation on Services* (pp. 227–250). Cheltenham: Edward Elgar.
- Martinsen, R., Kirkevold, M. & Sveen, U. (2015). Young and Midlife Stroke Survivors' Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(1), 27–35. <https://doi.org/10.1097/JNN.000000000000107>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Osborne, S. P. (2018). From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Management Review*, 20(2), 225–231. <https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1350461>
- Osborne, S. P., Radnor, Z. & Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135–158. <https://doi.org/10.1177%2F0275074012466935>
- Osborne, S. P., Strokosch, K. & Radnor, Z. (2018). Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services. A Perspective from Service Management. In T. Brandsen, B. Verschuere & T. Steen (Eds.), *Co-Production and Co-Creation. Engaging Citizens in Public Services* (1st ed., pp. 18–26). New York: Routledge.
- Prop. 46 (2004–2005). *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-46-2004-2005-/id210402/>
- Rambøll. (2016). *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse. Rapport til Helsedirektoratet*. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Hjernehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf>
- Repstad, P. (2007). *Melom nærhet og distanse* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Romøren, T. I. (2006). Yngre personer som mottar hjemmetjenester: Hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt? <http://hdl.handle.net/11250/144312>

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