

KAPITTEL 5

Nasjonale veiledere – «soft governance» og «nudging»?

Helge Ramsdal

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Catharina Bjørkquist

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Abstract: This chapter examines how addiction and mental health policy can be designed to meet the objective of the new paradigm of community-based services applying soft governance tools while maintaining the balance between hierarchical governance and local autonomy. Nudging is a specific tool within the framework of soft governance. Furthermore, such instruments leave great latitude for local authorities. We explore how we can understand the development towards today's dominant ideological perspectives, i.e. normalization, empowerment, towards recovery and “the patient first”, as a development process where soft governance is the overriding concept, increasingly providing room for development of more specific strategies characterized by nudging. Finally, we discuss some implications of using such instruments in practice.

Keywords: health and social services, ideological perspectives, nudging, organizing services, soft governance

Innledning

De reformene og satsingene som er gjennomgått i kapittel 4 (Ramsdal) i denne antologien viser til måten statlige myndigheter søker å påvirke utviklingen av lokalbaserte tjenester gjennom ulike «dialogiske» styringsinstrumenter. Disse instrumentene kan oppfattes som konkrete

Sitering av denne artikkelen: Ramsdal, H. & Bjørkquist, C. (2021). Nasjonale veiledere – «soft governance» og «nudging»? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 5, s. 89–109). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch5>
Lisens: CC-BY 4.0

uttrykk for dagens forvaltningspolitikk. Statlige myndigheter kan drive indirekte påvirkning gjennom informasjon og kunnskapspåvirkning, og formidling av gode eksempler på tiltak lokale aktører kan igangsette. Spørsmålet er da hvordan en nasjonal politikk på feltet kan utformes for å ivareta de ambisiøse mål og intensjoner for utvikling av tjenestene uten å bryte for sterkt med den dialogiske påvirkning ideen om «det nye paradigmat» forutsetter. Dette er et styringsdilemma, og innebærer at statlige myndigheter må finne balansen mellom hierarkisk styring, som må nedtones, og lokal frihet i organisering av tjenestene – som må legges til rette for. I norsk helse- og velferdspolitik er det stor oppslutning om disse grunnleggende betingelsene for utviklingen av tjenestesystemet på feltet. Vår problemstilling i dette kapittelet er hvordan statlige myndigheter påvirker lokale tjenester for å ivareta nasjonale mål og ambisjoner samtidig som balansegangen mellom hierarkisk styring og lokal frihet ivaretas.

Slik vi ser det, blir det i økende grad anvendt fagideologiske virkemidler og perspektiver for å utvikle lokale tjenester. Disse perspektivene kan betegnes som *fagideologiske prinsipper* (Askheim, 2003, 2017). Slike virkemidler dreier seg om måten omsorg og behandling, hjelp og støtte til enkeltbrukere eller pasientgrupper kan organiseres. Et fellestrekk her er forankringen i det som betegnes som et brukerperspektiv (Hansen, 2019). Slike virkemidler endres over tid. Dette ser vi gjennom at ulike «konsepter» og «teorier» presenteres på feltet, og at noen av disse spiller en sentral rolle i tjenesteutviklingen gjennom å oppnå en prioritert status som offentlig politikk. Men hvordan noen slike fagideologiske virkemidler oppnår denne statusen, og den dynamiske utviklingen av dem, er ofte mindre påaktet i forskningslitteraturen hvor evalueringer og kunnskapsutvikling ofte har fokus på enkelttiltak (Killaspy et al., 2006; Stuen et al., 2015) og derved mer «håndterbare» forskningsoppgaver. I en statsvitenskapelig og organisasjonsteoretisk mer helhetlig tilnærming, kan en se disse konseptene og teoriene som grunnlag for politikktutforming på feltet, og som eksempler på komplekse og dynamiske relasjoner mellom kunnskap og politikk mer generelt (Cairnay, 2016; Freeman, 2012). Et grunnresonnement i disse studiene er at slike prosesser ikke er lineære, men snarere må forstås som et gjensidig forhold der kunnskap påvirker

politikken og politikken påvirker kunnskapen (Ellul, 1967; van Zanten et al., 2012). Fagideologiske perspektiver blir derved sentrale for utforming av helse- og velferdspolitikken, ikke minst på rus- og psykisk helsefeltet.

Hvordan slike fagideologiske perspektiver påvirker tjenestene og det faglige arbeidet innenfor disse, skal vi her diskutere ut fra en hypotese om at de i økende grad innebærer en *indirekte påvirkning* av arbeidsformer og tjenestetilbud. En hypotese er også at den utvikling i fagideologiske tilnærminger som har fått politisk gjennomslag de siste årene, kjenntegnes av en tiltakende *individualisering* av brukernes behandlings- og bedringsprosesser.

Som vist i forrige kapittel, er de opptrappingsplanene som er initiert innenfor rus- og psykisk helsefeltet de siste årene basert på det vi betegner som *soft governance*. Gjennom et stort antall anbefalte tiltak søker statlige myndigheter å stimulere til realiseringen av de endringene som «det store paradigmeskiftet» innebærer. Men hvordan tiltak og tjenester skal organiseres lokalt for at dette skal føre til kvalitativt bedre tjenester, forutsetter mer enn disse anbefalingene. Introduksjon av fagideologiske perspektiver som bekrefter og utdyper grunnlaget for hvordan tjenestene skal utformes, er en ytterligere påvirkning. Et aspekt ved denne påvirkningen er det som i økende grad er blitt en særegen, omfattende og kontroversiell styringsstrategi: såkalt *nudging*. I norsk kontekst er *nudging* mindre benyttet som betegnelse på politiske strategier, og vi anser det primært som et inntak til å forstå de påvirkningsformer som vi er opptatt av. *Nudging* dreier seg enkelt sagt om å «dulte» ulike aktører – både lokalpolitiske organer, tjenesteytere og enkeltpasienter/-brukere av tjenestene – til å velge «riktige» løsninger for å bedre brukernes helse- og livssituasjon.

Først i dette kapitlet viser vi kopling mellom *soft governance* og *nudging*. Deretter gjennomgår vi de fagideologiske perspektivene som har vært dominante som premissleverandører for tjenestene på feltet de siste tiårene. Her fremhever vi fire sentrale begreper som tilsynelatende følger etter hverandre i tid, men som ved nærmere ettersyn overlapper både i tid og rom: normaliseringsperspektivet, mestringsperspektivet (*empowerment*), *recovery*, og det helsepolitisk prioriterte målet om «pasienten

først». Vi diskuterer hvilken status og rolle kunnskapsgrunnlaget som disse begrepene hviler på har, hvordan de uttrykkes i offentlig politikk, og sammenhengen mellom dem. Til sist diskuterer vi hvordan en kan forstå utviklingen mot dagens dominante perspektiver («mestring»/*empowerment*, *recovery* og «pasienten først») som en utviklingsprosess der *soft governance* er det overordnede perspektivet, men at det gis stadig sterkere rom for utvikling av mer spesifikke strategier som kjennetegnes av *nudging*. Vi hevder at dette grunnlaget i økende grad kan gjenfinnes i den nasjonale politikken i dag, og vi diskuterer noen implikasjoner når denne politikken gjennomføres i praksis.

Teoretiske perspektiver

«Det nye paradigmet» og «soft governance»

Det «paradigmeskiftet» som er beskrevet i kapittel 4, danner som nevnt en overordnet ramme for de endringer vi er opptatt av. Disse endringene skjer i hovedsak gjennom anvendelsen av «myke» instrumenter som kunnskapsformidling, informasjons- og rådgivning. Vår påstand er at de styringsinstrumentene som statlige myndigheter benytter, etterlater et stort rom for lokale valg – mellom de mange, og relativt konkrete, mål og ambisjoner nasjonale myndigheter formulerer, og lokale prosesser der disse skal realiseres. Hvilke kunnskapsgrunnlag som får forrang når disse rommene skal fylles, er derfor vårt fokus her. Dette skjer på to nivå: For det første som *generelle* faglig funderte omsorgs- og behandlingsprinsipper som statlige myndigheter forventer skal legges til grunn for helse- og velferdstjenestene. Disse prinsippene er generiske, men innbefatter også tiltak og tjenester til mennesker med rus- og psykiske lidelser, for eksempel knyttet til lovkrav om ivaretagelse av brukerperspektiver. For det andre er det de mer *spesifikke* anbefalinger om hvordan denne brukergruppen skal tilbys tjenester i kommunene. Disse anbefalingene kommer primært til uttrykk gjennom utforming av ulike normative dokumenter, blant annet nasjonale faglige veiledere (se senere i kapittelet). Slik faglig normsetting, som i Norge er et hovedansvar for Helsedirektoratet og andre faglige helsemyndigheter, produseres på stadig nye felt og med stadig hyppigere utgivelser og revisjoner. Her finner en de forventninger og

anbefalinger til strukturering og organisering av tjenestene på feltet som statlige myndigheter har formulert.

Her skal vi se nærmere på noen av de ideologiske og kunnskapsbaserte statlige styringsinstrumenter som er introdusert de siste par tiårene. Det hevdes at den kunnskap som blir lagt til grunn for at noen begreper får en overordnet rolle for politikken som gjennomføres, i stadig sterkere grad vektlegger vitenskapelig kunnskap, og ikke minst at denne kunnskapen skal være evidensbasert (Ekeland, 2011; Ramsdal & Hansen, 2016). Det er likevel påvist at forholdet mellom kunnskap og politikk er dynamisk og sirkulært – med andre ord er det på ingen måte gitt at politiske myndigheter tar til seg vitenskapelig, evidensbasert kunnskap (Cairney, 2020). Vårt utgangspunkt er derfor at koplingene mellom kunnskapsgrunnlag og politikk på dette – som andre – felt må avklares empirisk. Dette vil kunne vise hvordan forholdet mellom kunnskap og politikk faktisk resulterer i koplinger – eller de-koplinger – i utviklingen av omsorgsbegreper og -teorier på den ene siden og statlige styringsinitiativ på den annen side.

«Nudging»

Informasjon, symboler, normer og skjulte trusler er eksempler på soft governance (myke styringsinstrumenter) (Røiseland & Vabo, 2016). Noen slike myke styringsinstrumenter er også omtalt som *nudging*. I tråd med Schneider & Ingram (1997) vil vi her bruke dette begrepet som analytisk tilnærming. Teorier om anvendelse av *nudging* kan slik vi ser det, benyttes for å utforske bruken av myke styringsinstrumenter overfor kommunene som har ansvaret for brukere med komplekse behov, behov som primært skal løses på lokalt nivå. *Nudging* kan være et relevant inntak dels til å forstå relasjonen mellom stat og kommuner – der det styringsdilemmaet som er presentert foran potensielt kan overkommes, dels som tjenestenes bidrag til å levere det en faglig sett mener er «gode og riktige» tjenester samtidig som den enkelte tjenestemottaker i teorien gis styrket brukerinnflytelse over valg som skal foretas.

Nudging-begrepet er knyttet til Thaler og Sunsteins bok *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness* (2008), der de søker å finne en mellomvei mellom de klassiske, såkalt paternalistisk

hierarkiske strategiene som tradisjonelt er brukt i offentlig styring (*hard governance*), og den frihet den enkelte har i et liberalt samfunn. Det siste betegnes som libertarianisme. Denne mellomveien betegner de som «libertariansk paternalisme». Libertarianisk paternalisme er en tilnærming som vektlegger at folk skal veiledes til å ta valg som er i deres egen interesse, men at man likevel skal ha friheten til å handle på en annen måte (Goodwin, 2012). Den enkeltes frihet til selv å velge står følgelig sentralt.

Nøkkelbegrepet for å forstå *nudging* som en måte å lede enkeltmennesker til «riktige» avgjørelser er å etablere en valg-arkitektur (*choice architecture*); det vil si å sette rammene for de valgmulighetene den enkelte har (Thaler & Sunstein, 2008). I praksis fremstår valgarkitekturen som skjulte premisser for den enkeltes frie valg. Valg må med andre ord foretas mellom et utvalg alternativer mens andre alternativ utelukkes i de prosesser der valg foretas. Slik fremmer *nudging* valg uten at pasientene/brukerne vurderer disse bevisst. Valg skjer gjennom etablering av standardvalg, bruk av sosiale normer og andre tiltak for å endre pasientenes/brukernes og lokale tjenesteyteres, atferd. Dette gir selvsagt de som utformer valg-arkitekturen stor innflytelse gjennom å regulere frihet den enkelte besitter når vedkommende skal foreta valg. *Nudging* er følgelig ikke intervensjoner basert på eksplisitt formulert, åpen overtalelse, som informasjon (Bekker et al., 2014). En måte å skille *nudging* fra andre myke styringsinstrumenter, er at *nudging* gjerne utformes slik at de fremmer den enkeltes evne til å handle slik de selv vil, eller på måter som de ikke ville være uenige i, samtidig som kostnadene ved fravalg er lave (Mills, 2013, s. 29).

Et aspekt ved dette er at kunnskapsgrunnlaget valg-arkitekturen utformes på, må være faglig troverdig – i vår sammenheng innebærer det vanligvis evidensbasert kunnskap. Basert på RCT-studier kan en få kunnskap om hvilke tiltak en kan initiere for at de valg som gjøres av den enkelte, fremstår som de riktige uten at vedkommende kjenner til de kunnskaper som er benyttet for å lede valg i «riktig» retning (gjennom valg-arkitekturen). I relasjon til offentlig politikk, er *nudging* beskrevet som intervensjoner som søker å endre, lede og oppmuntre til atferdsendring ved å benytte informasjon og kommunikasjonssystemer som de viktigste komponenter i design av valg-arkitekturen (Esmark, 2019, s. 142).

Nudging fremstår derved som et mer spesifikt redskap innenfor rammene av de virkemidler som benyttes i *soft governance*. Sett i dette perspektivet er de sentrale helsemyndigheters rolle å fungere som valg-arkitekter ved å utvikle retningslinjer som skal lede og informere både lokale myndigheter i sin iverksetting av politikken, og tilrettelegge for valg som fremstår som de mest relevante og riktige for den enkelte pasient/bruker. Selv om *nudging*-teorier, som er tuftet på atferdspsykologiske og atferds-økonomiske perspektiver, er ment å påvirke individuelle valg, er implikasjonene for offentlige styringsformer relativt åpenbare, slik Esmark (2019) og Bekker et al. (2015) peker på. *Nudging* er da et instrument for å forme ikke bare individuell atferd, men også offentlig politikk, og setter rammer for arbeidsformer og råd rettet mot tjenesteutøverenes arbeid i førstelinjen (Esmark, 2019). Oppsummert omfatter *nudging* både styringsrelasjoner mellom stat og lokalstyre, og arbeidsformer som tilrettelegger for brukernes valg som tjenestemottakere.

Metode

Dette kapittelet baserer seg på en gjennomgang av det vi etter å ha studert offentlige dokumenter, stortingsmeldinger og nasjonale faglige veiledere, identifiserer som noen av de viktigste fagideologiske begrepene som er lansert for å påvirke utviklingen av tjenestene lokalt. Et fellestrekk ved disse begrepene er at samtlige, men på ulike måter, er forankret i mål om å styrke brukernes interesser på feltet. Vi tar utgangspunkt i det begrepet som ble lansert i offentlig politikk i Norge allerede i 1960-årene: normalisering. Videre har vi gjennomgått en omfattende litteratur om bakgrunnen for, kjennetegn ved og endringsdynamikk i anvendelsen av de ulike begreper knyttet til *empowerment*, *recovery* og konseptet «pasienten først» / «hva er viktig for deg». Sistnevnte er dagens mest fremtredende politiske slagord og perspektiv på tjenestene. Grunnlaget for utvelgelsen av disse begrepene er at det har vært en dynamisk utvikling der nøkkelbegrep er erstattet eller supplert med et annet, og at denne utviklingen medfører et komplekst forhold mellom begrepene som er lansert på ulike tidspunkt de siste tiårene.

Hensikten med gjennomgåelsen av disse fagideologiske begrepene er primært å legge grunnlaget for en diskusjon av implikasjonene disse har hatt og har for utformingen av tjenestene i rus- og psykisk helsearbeid. Vi vil ikke kunne gi en omfattende og detaljert fremstilling av hver av dem her. Hensikten er med andre ord å «gå bak begrepene», og vise at til tross for at de tilsynelatende er knyttet til overordnede prinsipper som det praktiske arbeidet skal innrettes etter, gir de få konkrete anvisninger for organiseringen av dette arbeidet.

Vi spør hvordan en kan forklare dynamikken mellom overordnede prinsipper – hvordan sentrale begreper og teorier har fått status som offentlig politikk, og hvordan disse i neste omgang har mistet eller fått redusert denne statusen, for eksempel ved å ha blitt absorbert av nye begreper og teorier. Eksempler på dette er der en har ønsket å styrke «det nye paradigmet» om lokalbaserte tjenester på feltet med stikkord som «normalisering», *mestring/ empowerment, recovery* og til sist «pasienten først» / «hva er viktig for deg». Vi ser her nærmere på dynamikken der disse begrepene er blitt sentrale i rus- og psykisk helsearbeid.

«Soft governance» på rus- og psykisk helsefeltet

Som vist i kapittel 4, fremstår de statlige styringsinstrumentene knyttet til opptrappingsplanene på feltet som svake med hensyn til påvirkning av organisering av de lokalebaserte tjenestene. Kommunene prioriterer og organiserer selv i stor grad sine tiltak og tjenester på relativt fritt grunnlag. Til tross for dette har de lokalbaserte tjenestene utviklet seg i tråd med relativt ensartete kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det kan forstås slik at statlige helsepolitiske myndigheter har oppfatninger om i hvilken retning tiltakene skal utvikles, eller om hvilke faglige premisser som bør legges til grunn for tjenesteytingen. Når de fagideologiske prinsippene blir til offentlig politikk, skjer dette primært gjennom utarbeidelsen av det som kalles «normerende produkter»; det vil si nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, råd, rundskriv og – for blant annet rus- og psykisk helsefeltets vedkommende – normer for pakkeforløp.

I motsetning til helsefaglig standardiserte retningslinjer for hvordan (medisinskfaglig) behandling skal foregå, også i forhold til psykiske

lidelser og ruslidelser, er Helsedirektoratets veiledere med relevans for lokalbaserte tjenester i hovedsak mer generelt formulerte prinsipper som lokale aktører forventes å kjenne til og følge opp. Det vi betegner som «veiledere» består imidlertid av ulike retningsangivelser for tjenesteyting – betegnet som faglige retningslinjer, veiledere, råd og pakkeforløp.

Antallet veiledere har økt fra år til år. Innenfor rus- og psykisk helsefeltet er det i dag til sammen ca. 70 retningslinjer, veiledere, rapporter og beskrivelser av pakkeforløp som er relevante for tjenestene. Mange av disse overlapper med hensyn til overordnede prinsipper, men det skjer kontinuerlige revideringer, og det krever både ressurser og interesse for å kunne ha oversikt over disse normeringsdokumentene. Veilederne, som er der en finner de viktigste beskrivelsene av hvordan tjenesteyting lokalt bør foregå, gir stor frihet til kommunene om i hvilken grad, og hvordan, de skal anvendes i praksis. Retningslinjene er pålegg som det kan medføre sanksjoner å bryte. Men iverksetting av de tiltak og tjenester veilederne for øvrig omhandler, er ikke juridisk bindende, og i utgangspunktet følger det ikke sanksjoner med å la være å følge dem. I stedet forutsettes det at veilederne blir benyttet som et grunnlag for utviklingen av tiltak, tjenester og arbeidsformer, og i neste instans kan evalueringer og tilsyn benytte disse som kriteriesett i forhold til vurdering av kvaliteten på de tjenestene som tilbys. Faglige veiledere fremstår derfor som et viktig, indirekte virkemiddel for å stimulere til endringer på feltet. Vi tar derfor utgangspunkt i to premisser for den videre diskusjonen i kapittelet: at retningslinjer og veiledere på feltet er uttrykk for en offisiell politikk, og at det i disse dokumentene kan identifiseres en underliggende fagideologisk forståelse som forutsettes å påvirke utformingen av lokalbaserte tiltak og tjenester. Vi er derfor opptatt av hvilke fagideologiske perspektiver som har blitt anbefalt de siste tiårene, og hvilke implikasjoner disse har hatt – og har – for den overordnede statlige påvirkning av tjenestefeltet.

Om fagideologiske perspektiver

Vi skal her ta for oss de fagideologiske perspektiver og begreper som er mest aktuelle i dagens forventninger til arbeidsformer og tjenester. Et

felles utgangspunkt er at disse er knyttet til målet om å styrke brukernes rolle i disse tjenestene.

Normalisering

Grunnlaget for dagens mest dominerende fagideologiske perspektiver, mestring, *recovery* og «pasienten først», kan vise tilbake til «normaliseringsparadigmet». Begrepet «normalisering» kan føres tilbake til relativt klart definert utgangspunkt: Bank-Mikkelsen og Nirje, som var aktive som ledere av pårørendeorganisasjonene for psykisk utviklingshemmede i henholdsvis Danmark og Sverige på 1970-tallet. De to utarbeidet hver for seg og sammen 10 prinsipper for en «normalisert» tilværelse for denne gruppen, og etter hvert sammenstilte de prinsipper knyttet til krav om at materielle og sosiale forhold (bosted, økonomi, levekår (som fritid, sosialt liv, osv.). Brukernes valgfrihet skulle være mest mulig normaliserte, det vil si i tråd med det som var statistisk normale kjennetegn på disse dimensjonene. Denne tilnærmingen til normaliseringsparadigmet ble betegnet som en «skandinavisk» normaliseringsdiskurs som primært hadde en sosialpolitisk ramme hvor retten til likhet i levekår og livsmønster sto sentralt (Askheim, 2003; Kristjansen, 1993). Stikkord var selvbestemmelse, valg og individuelle rettigheter, *self-advocacy* og politiske initiativ – det som Askheim (2003, s. 21) betegner som en «utvidelse av velferdsstaten til å gjelde funksjonshemmede». Et fellestrekk ved de tre etterfølgende fagideologiske perspektivene er nettopp at disse forutsetter brukernes aktive deltakelse i utformingen av tjenestene.

«Empowerment»/mestring

Empowerment vektlegger mobilisering og myndiggjøring for å endre folks atferd ved å sette den enkelte i stand til å ta vare på egen helse. Et gjennomgående trekk er at informasjon om riktige valg og gode løsninger skal føre til at brukere får kompetanse til å mestre det å ta ansvar for egen livssituasjon. Utgangspunktet er at mobiliseringsprosesser vil styrke individuell og kollektiv kompetanse. Mobilisering på individnivå innebærer at enkeltindivider gjennom bevisstgjøring og læring får økt kompetanse og styrket egne ressurser. Gjennom økte ressurser og kompetanse (i form

av kunnskap, ferdigheter og holdninger) som grunnlag for valg, vil den enkelte bli satt i stand til å ta valg slik at bruker kan ta kontroll, få innflytelse over og styrke egen livssituasjon (Adams, 1996). Brukerinvolvering innenfor rammene av *empowerment* innebærer at de profesjonelle aktivt kan jobbe for en profesjonsutøvelse som gir rom for brukernes selvbestemmelse gjennom overføring av kunnskap og å ta hensyn til den enkeltes ønsker (Andreassen, 2018). Sammenhengen mellom det individuelle og det strukturelle er et vesentlig poeng ved *empowerment* (Askheim, 2003). På den ene siden er målet å styrke enkeltindividet gjennom kompetanse, og på den andre siden er det «et virkemiddel i en politikk som har frigjøring som mål» (Askheim, 2003, s. 105). Et slikt demokratiorientert perspektiv vektlegger den enkeltes «rett til innflytelse over eget liv i kraft av å være fullverdig samfunnsborger» (Askheim, 2017, s. 136). Slik sett er det en grunn til at *empowerment* skjer omtrent samtidig med avinstitusjonalisering og desentralisering (Askheim, 2003).

«Recovery»

Recovery, eller bedringsprosesser som det kalles på norsk, er et begrep som blir brukt på ulike måter. Det beskrives som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon og blant skeptikerne en myte eller et slagord (Karlsson & Borg, 2013). De senere års utvikling av psykiske helsetjenester har også bidratt til økt oppmerksomhet på *recovery*-begrepet. Fremveksten av lokalbaserte tilbud, nedbygging av institusjonene, de terapeutiske samfunn, antipsykiatriske bevegelser, sosialpsykiatrisk utvikling og praksiser, Lov 180 av 1978 / Basaglia-loven og den demokratiske psykiske helsetjeneste i Italia, har på ulike vis inspirert til nye praksiser og kunnskaper (Davidson et al., 2005; Jacobson & Curtis, 2000; Slade et al., 2012). *Recovery*-begrepet, forstått som en beskrivelse av mål og praksis knyttet til bedringsprosesser, er i dag det viktigste fagideologiske perspektivet i rus- og psykiske helsetjenester. Begrepet er beskrevet slik:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene

som de psykiske problemene representerer. *Recovery* innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Anthony, 1993, s. 17, vår oversettelse)

Senere, særlig gjennom britisk og nordisk forskning, men også deler av den amerikanske, er kontekstuelle forhold og rettighetsperspektiver etter hvert blitt mer sentrale. Grunnene til at begrepet har fått en viktig rolle også i norsk sammenheng, kan være flere. Det gir et alternativt eller supplerende perspektiv til psykiatriske, medisinskfaglige tradisjoner, at det innebærer et «realistisk» perspektiv på de endringer i brukernes helse-tilstand og sosioøkonomiske situasjon, og ikke minst at det innebærer en styrking av brukernes påvirkning på alle nivåer i bedringsprosessene (inkludert som likemenn i tjenestene, og som medforskere). Et trekk ved dette er også at begrepet er så omfattende, og samtidig såpass vagt, at mange ulike praksiser kan falle inn under begrepet.

Pasienten først: «Hva er viktig for deg?»

«Hva er viktig for deg» er et ledd i arbeidet med *helhetlige pasientforløp i hjemmet* (HPH) og omtales som en retningsendring (Folkehelseinstituttet, 2019). Dreiningspunktet, hevdes det, ligger i at brukerperspektiver på pasientforløp trekkes frem samtidig med kartlegging av brukeres livskvalitet. Folkehelseinstituttet har vært en sentral pådriver i sammenheng med implementering av delt beslutningstaking. Formålet var å øke tjenesteytneres bevissthet om viktige utfordringer i brukernes liv som kunne bidra mer tilpassede tjenester. Det blir også sett på som en måte å iverksette personsentrert omsorg (Olsen et al., 2020). Dette fremstår som en tilnærming hvor brukermedvirkning ses om en måte å bidra til mestring og motivasjon. Det skal skje ved at tiltak som iverksettes, bygger på at bruker setter egne mål sammen med faglig personell, som dermed må endre sine arbeidsrutiner. Dette representerer også endring i relasjonen og kommunikasjonen mellom bruker og ansatt, blant annet gjennom vektlegging av å utforske, forstå, avdekke og forbedre (Little et al., 2001; Oksavik, et al., 2020). Andreassen (2018) viser til at når målgruppen er enkeltindivider og man har som formål å styrke posisjonen til den enkelte, vil en rekke av tiltakene som tas i bruk, være av typen

«konsument» og strategiske «valg». Vektleggingen av enkeltindividet og betydningen av brukerens kunnskap om egne behov og evne til å velge hvilke tjenester vedkommende trenger er tydelig forankret i et markeds-perspektiv (Askheim, 2017).

For ansatte vil en slik tilnærming innebære en endret samarbeidsrelasjon med bruker. Ansatte skal både å motivere bruker til å sette seg mål, samt sette mål på vegne av, forhandle om eller gjerne nedjustere og til slutt spesifisere mål bruker allerede har (Oksavik et al., 2020). På den ene siden legger «hva er viktig for deg»-tilnærmingen opp til at tjenesteutøverne kan gjøre vesentlig bruk av faglig skjønn med hensyn til hva bruker trenger hjelp til og hva vedkommende kan gjøre selv. På den annen side legger lokale organisatoriske og økonomiske rammer sterke føringer på hvilke oppgaver tjenesteyterne velger å løse og hvordan. Gapet mellom tilgjengelige ressurser og omfanget av uløste oppgaver på lokalt nivå utgjør slik sett et av velferdsstatens dilemmaer, som også gjør seg gjeldende her (Vike, 2017).

Fagideologiske perspektiver som grunnlag for politikk: koplingen til nasjonale retningslinjer og veiledere

I relasjon til rus- og psykiske lidelser er mestrings-/empowerment-perspektivet og etter hvert også *recovery* i dag dominerende omsorgspolitiske perspektiver for å ivareta de verdier og holdninger som ble introdusert og videreført ved overgangen til 2000-tallet. Her er Helse- og omsorgsdepartementets (2014) veileder «Sammen om mestring» sentral, og er i dag kanskje den mest kjente og anvendte statlige føringen for utviklingen av arbeidsformer, tiltak og tjenester på feltet. Her legges det særlig vekt på at tjenestene organiseres og utformes i et «bruker- og mestringsperspektiv», at tjenestene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, og at «psykisk helse og rus ses i sammenheng» (Helsedirektoratet, 2014). Det som er viktig her, er at veilederen er opptatt av organisering av tjenestene, og at «brukerfokusert organisering» blir vektlagt. Veilederen legger vekt på arbeidsformer og tjenesteutvikling, både med hensyn til levekår og helsefremmende tjenester, omsorg og behandling. Målet er god tilgjengelighet til tjenestene, å styrke brukerens rolle og å bidra til

bedre samhandling i tjenestesystemet, og et krav om å skape *likeverdige* lokaltbaserte tjenester. Dette «krever tilpasninger av tjenestene til lokale behov og forutsetninger basert på kunnskap om lokale problemer og ressurser» (Helsedirektoratet, 2014, s. 113). Bredden i tilnærmingen reflekteres også i den fagkompetanse en mener lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid bygger på: «sosialfaglig, helsefaglig, medisinsk, psykiatrisk, psykologisk, pedagogisk og omsorgsfaglig kompetanse og tilnærming» (Helsedirektoratet, 2014, s. 112). Både *mestring/empowerment-* og *recovery-*perspektiver blir her presentert som sentrale forståelsesrammer for utvikling av tjenestene, for eksempel i relasjon til å styrke brukernes rolle, og som grunnlag for tjenesteytneres etiske kompetanse, holdninger og kunnskaper. Som en bro til perspektiver og begreper som senere blir lansert som nasjonal helse- og velferdspolitik, er «pasienten først» / «hva er viktig for deg» klargjøring av hvordan en skal tilrettelegge for styrking av brukerens rolle i tjenesteyting. Dette er formulert som at brukeren må anses som «ekspert på seg selv» og «at relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit» (Helsedirektoratet, 2014, s. 32).

Veilederen innleder med å avklare «brukeren som viktigste aktør» og hva som menes med «brukerfokusert organisering» av tjenestene. Her heter det at brukerfokuset innebærer at «tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren» (Helsedirektoratet, 2014, s. 20). Videre har veilederen mange, til sammen ca. 60, eksplisitt formulerte anbefalinger, men få (lov-)pålagte tiltak. Det anbefales for eksempel at «psykiske helseproblemer, rusmiddelproblemer og traumeforståelse ses i sammenheng» (Helsedirektoratet, 2014, s. 34), uten at en direkte knytter dette til den konkrete organisering av disse tjenestene i kommunene. Det er likevel rimelig å hevde at en integrasjon av rus- og psykiske helsetjenester forventes å skje på grunnlag av disse anbefalingene.

Det lanseres et prinsipp for organisering av tjenestene basert på hvordan en skal arbeide med den enkelte bruker basert på en kategorisering av alvorlighet i brukernes utfordringer og lidelser. Dette kan skje i tre hovedforløp: (1) milde og kortvarige problemer, (2) kortvarige problemer/lidelser og langvarige milde problemer/lidelser, og (3) alvorlige langvarige

problemer/lidelser. For hvert av disse forløpene blir det gitt beskrivelser av hvordan forebygging, kartlegging og utredning, behandling og oppfølging bør foregå. «Sammen om mestring» representerer slik vi ser det (fremdeles) det viktigste utgangspunktet for å utvikle lokalbaserte tjenester.

Organisering av de kommunale tjenestene er på sett og vis implisitt i de mål og prinsipper for tjenesteyting som er formulert i veilederen. Veilederen gir likevel en retningsangivelse, ved å presentere en «tilrettelegging av tjenestene» basert på de tre hovedløpene. Denne inndelingen av brukergruppen har potensiale til å strukturere tjenestene i tre forløp, noe som har vært benyttet i noen større kommuner (se antologiens kapittel 10).

Likevel, som vist i sitatet om likeverdighet over, stilles det ingen konkrete krav til organisering av tjenestesystemet lokalt; det er fleksibilitet og lokale løsninger og reelle valgmuligheter som fremheves. Veilederen har derved et stort antall anbefalinger og beskrivelser av en rekke tiltak og tjenesteformer som en lokalt kan benytte seg av. De fagideologiske perspektiver basert på *empowerment* og *recovery* fremstår som viktige inntak til å styrke brukernes rolle i valg om hvilke tiltak og tjenester som vil være hensiktsmessige.

Drøfting

Vårt utgangspunkt i dette kapittelet var hvordan nasjonal politikk på rus- og psykisk helsefeltet kan utformes for å ivareta de mål og intensjoner for det nye paradigmet om lokalbaserte tjenester. Vi pekte på dette som et styringsdilemma som innebærer at statlige myndigheter må finne balansen mellom hierarkisk styring, som må nedtones, og lokal frihet i organisering av tjenestene, som må legges til rette for. Vår problemstilling her er hvordan statlige myndigheter har utviklet en politikk for å ivareta nasjonale mål og ambisjoner, samtidig som denne balansegangen skal ivaretas. Vi har identifisert noen av de fagideologiske perspektiver som nasjonale myndigheter har sluttet seg til de siste tiårene og som fremstår som de viktigste faglige grunnlag for arbeidsformer i tjenestene. Å identifisere bestemte faglige perspektiver som har oppnådd status som

offentlig politikk, og derved fått en forrang som forståelsesgrunnlag for de mål og tiltak som helsemyndighetene anbefaler, er imidlertid ikke uten videre enkelt.

De fagideologiske perspektivene som er presentert foran – normalisering, *mestring/empowerment*, *recovery*, pasienten først / «hva er viktig for deg» – er alle mangetydige, og i mange sammenhenger kontroversielle både fra teoretiske og praktiske utgangspunkt. Prinsippene har hatt en tendens til å bli modifisert eller splittet opp i ulike retninger, med tilhørende fagmiljøer. Eksempler på dette er normaliseringsparadigmet, men også *recovery*-perspektivet har vært gjenstand for ulike tilnærminger, for eksempel der en skiller mellom bedringsprosesser basert på brukernes subjektive opplevelser (*recovery* som prosess) og en mer behandlingsorientert tilnærming, der fokus er objektive målinger av bedring i pasientens helsetilstand (*recovery* som resultat) (Mengshoel & Feiring, 2020). Et annet trekk er at de generelle beskrivelser som danner utgangspunkt for perspektivene, kan fremstå som idealistiske og lite konkrete. Dette har medført arbeid med å operasjonalisere de overordnede begrepene som ofte innebærer en teknologisering og instrumentering for å skape bedre muligheter til iverksetting (og evaluering) av endringsprosesser (Freeman & Sturdy, 2011; Mengshoel & Feiring, 2020; Smith-Merry et al., 1987).

Disse overordnede fagideologiske perspektivene krever uansett en kontekstualisering av prinsippene for at de kan være operative i lokale sammenhenger. Det innebærer at lokale aktører – både forstått som lokale beslutningsorgan og de enkelte tjenesteytere – står overfor valgsituasjoner. Reformstrategiene som er beskrevet i kapittel 4, kombinert med *nudging*-perspektivet vi har tatt for oss i her, innebærer at utviklingen av tiltak og tjenester preges av en dobbel autonomi: Den enkelte kommune må velge innenfor et bredt spekter av organisatoriske løsninger, hvor de selv må finne ut hvordan de skal prioritere og strukturere tjenestene. Det dreier seg om hvordan planer, strukturer og styringsformer skal kople mellom forvaltningspolitiske prinsipper, lokale ressurser og egne mål og ambisjoner. For de enkelte tjenesteutøvere dreier det seg om hvordan rollen som profesjonsutdannet skal forholde seg til brukernes egne synspunkter og vurderinger. Den enkelte tjenesteyter må finne en rolle der faglige standarder og faglig-profesjonell kunnskap blir ivaretatt samtidig

som brukernes valg av hva vedkommende «vil» skal tilfredsstilles så godt det lar seg gjøre (Mills, 2013; Vike, 2017). Vi kan derfor forvente at kommunene er på leting etter gode organisasjons- og styringsmodeller for disse tjenestene, og at den enkelte tjenesteyter må finne en profesjonell identitet som ivaretar dilemmaene slike valgsituasjoner har i det daglige arbeidet.

Statlige myndigheter ønsker å sikre at bestemte fagideologiske perspektiver ivaretas lokalt, både med hensyn til organisasjons- og styringsmodeller og i tjenesteytingen. Vår påstand er at dette skjer gjennom påvirkninger vi har beskrevet foran og som fremstår som det som *nudging*-litteraturen betegner som den valg-arkitektur myndighetene har designet i mangel på mer direkte påvirkninger gjennom hierarkisk styring (Thaler & Sunstein, 2008). Denne måten å utvikle tjenestene på feltet på er ikke ukontroversiell – til tross for de mange gode intensjonene.

De fagideologiske perspektivene viser en tiltakende styrking av brukerperspektiv, men med ulike implikasjoner avhengig av hvilke perspektiv som kommer til anvendelse. Normaliseringsparadigmet innebar både organisatoriske prinsipper og «objektive» faglige kriterier for hva som skapte normaliserte situasjoner for den enkelte bruker, det som i *nudging*-litteraturen vil være et eksempel på paternalisme. Dette står i kontrast til dagens vektlegging av *empowerment* og *recovery*-tilnæringer, som innebærer langt sterkere vekt på den enkelte brukers egne valg, et eksempel på libertarianisme (Mills, 2013). Denne tendensen er enda klarere formulert gjennom det politiske slagordet om «pasienten først» og «hva er viktig for deg?», som ikke bare reflekterer en tiltakende individualisering av tiltak og tjenester, men også at subjektivt definerte ønsker og behov nærmest skal ha forrang i tjenestene. Kombinasjonen av de reformdesign som preger reformene, og denne utviklingen mot individualisering og subjektivering, har derved et skjult budskap som kan belyses gjennom *nudging*-perspektivet vi har skissert foran – og som kan koples til det idealet som innebærer libertariansk paternalisme.

Det er reist spørsmål om hvorvidt *nudging* er egnet til å håndtere de store samfunnsproblemene, som utfordringer innen helse- og velferds-politikken (Goodwin, 2012). Dette knytter an til hvorvidt denne typen virkemidler kan bidra til *empowerment*, *recovery* og «pasienten først / hva er viktig for deg», samt å skape endring. Dermed er det også et spørsmål

om hvilken type makt som ligger i friheten til å velge. Det er ulike oppfatninger om hvilken betydning frihet som konsept har for *nudging*, og hvordan det påvirker muligheten for økt mestring (Goodwin, 2012; Mills, 2013). På den ene siden blir det knyttet an til negativ frihet hvor viktigheten av kunne *gjøre* et valg er mer sentralt enn *kvaliteten* ved de valgene som blir tatt. Mills (2013) hevder at Thaler og Sunstein (2008) ikke nødvendigvis kun var opptatt av negativ frihet. Følgelig er det ikke bare viktig å gi lokale tjenesteytere i førstelinjen og brukerne valg mellom flere alternativer (kvantitet), men at innholdet i disse valgene (kvalitet) har også betydning. Forfatteren hevder videre at *nudging* skal gjøre det mulig å komme over bias, feilgrep og fristelser – forhold som er nær knyttet opp til oppfatninger om positiv frihet.

Vi vil likevel peke på noen utfordringer med de styringsformene vi har knyttet til *nudging* som styringsinstrument. Fra et individperspektiv kan slagord om «pasienten først» og «hva er viktig for deg» gi et falskt inntrykk av at brukeren kan velge mellom alternativer på øverste hylle og som vedkommende mener er de beste, men som ikke eksisterer i praksis. For tjenesteytere innebærer prinsipper som dette at yrkesrollen utfordres. Her kan den profesjonelle kunnskapen om hva som tjener brukeren best (under de rådende rammebetingelser) utfordres, og måtte modifieres og tilpasses de forventninger brukeren selv formulerer. I forlengelsen av dette kan en se for seg at yrkesrollen blir mer preget av å være en veileder og oppmuntrer – en såkalt coach – like mye som at spesifikke profesjonskunnskaper kan anvendes.

Fra et forvaltningspolitisk perspektiv er det imidlertid en utfordring med *soft governance* og *nudging*-strategier – fordi de er svake styringsinstrumenter, vil de vanskelig kunne bidra til vesentlige, konkrete endringer. Her hevder sentrale forskere at *nudging*-perspektiver er utilstrekkelige for å bidra til å etablere nye sosiale normer eller endre de eksisterende i vesentlig grad (Esmark, 2019; Kuehnhanss, 2019; Mills, 2013).

Avslutning

De utviklingslinjer som vektlegger utviklingen av lokalbaserte tjenester på rus- og psykisk helsefeltet, slik disse er skissert foran, kan forstås som

en *retningsangivelse* og *paradigmatisk formingsprosess*. Koplingen mellom statlige satsinger og reformer på den ene side, og fagideologiske perspektiver som preger feltet på den andre, legger grunnlaget for denne retningen, som kan oppfattes som en måte å definere mål og ambisjoner for de lokalbaserte tjenestene. Denne retningsangivelsen krever imidlertid at lokale aktører tolker statlig politikk både med hensyn til tjenesteutvikling og arbeidsformer. Disse fortolkningsprosessene kommer til uttrykk i endringsprosesser for tjenestene i den enkelte kommune – der lokale forhold spiller en viktig rolle. Dette er utgangspunktet for del 2 i boken.

Referanser

- Adams, R. (1996). *Social work and empowerment*. Macmillan Press Ltd.
- Andreassen, T. A. (2018). Service user involvement and repositioning of healthcare professionals: A framework for examining implications of different forms of involvement. *Nordisk välfärdsforskning. Nordic Welfare Research*, 3(1), 58–69. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2018-01-06>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal Akademisk.
- 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>
- Bekker, V., Tummers, L. & van Leeuwen, M. (2015). *Nudge as an innovative policy instrument: a public administration perspective* [Paperpresentasjon]. Conference proceedings of the Social Innovation Research Conference.
- Cairney, P. (2016). *The politics of evidence-based policy making*. Macmillan Publishers.
- Cairney, P. (2020). Evidence and policy making. I A. Boaz, H. Davis, A. Fraser & S. Nutley (Red.), *What works now? Evidence-informed policy and practice* (s. 21–40). Policy Press.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Ellul, J. (1967). *The technological society*. Vintage Publishers.

- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern* (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2011:1). <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Esmark, A. (2019). Communicative governance at work: How choice architects nudge citizens towards health, wealth and happiness in the information age. *Public Management Review*, 21(1), 138–158. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1473476>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 14. juni). *Hva er viktig for deg? En retningsendring* [Artikkel]. <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Freeman, R. (2012). Reverb: Policy making in wave form. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 44(1), 13–20. <https://doi.org/10.1068/a44177>
- Goodwin, T. (2012). Why we should reject ‘nudge’. *Politics*, 32(2), 85–92. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2012.01430.x>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Nasjonal veileder]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333–341. <https://doi.org/10.1037/h0095146>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. & King, M. (2006). The REACT study: Randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332(7545), 815–820. <https://doi.org/10.1136/bmj.38773.518322.7C>
- Kristjansen, K. (1993). *Normalisering og verdsetjing av sosial rolle*. Kommuneforlaget.
- Kuehnhanss, C. R. (2019). The challenges of behavioural insights for effective policy design. *Policy and Society*, 38(1), 14–40. <https://doi.org/10.1080/14494035.2018.1511188>
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7284), 468–472. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>
- Mengshoel, A. M. & Feiring, M. (2020). Rethinking recovery. I D. A. Nicholls, K. S. Groven, E. A. Kinsella & R. L. Anjum (Red.), *Mobilizing knowledge in*

- physiotherapy: Critical reflections on foundations and practices*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367855338>
- Mills, C. (2013). Why nudges matter: A reply to Goodwin. *Politics*, 33(1), 28–36. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2012.01450.x>
- Oksavik, J. D., Kirchhoff, R., Sogstad, M. K. R. & Solbjør, M. (2020). Sharing responsibility: Municipal health professionals' approaches to goal setting with older patients with multi-morbidity – a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 141.
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, «what matters to you?» – perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC health services research*, 20, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05150-4>
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2016). The organisation of local mental health services in Norway. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(4), 605–622. <https://dx.doi.org/10.1332/174426416X14715382995623>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). Interactive – or counteractive – governance? Lessons learned about citizen participation and political leadership. I J. Edelenbos & I. van Meerkerk (Red.), *Critical reflections on interactive governance. Self-organization and participation in public governance* (s. 120–145). Edward Elgar Publishing.
- Schneider, A. & Ingram, H. (1997). *Policy design for democracy*. University of Kansas Press.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Smith-Merry, J., Freeman, R. & Sturdy, S. (2011). Implementing recovery: An analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-11>
- Stuen, H. K., Rugkåsa, J., Landheim, A. & Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*, 15(1), 409. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1083-x>
- Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
- Van Zanten, A., Ramsdal, H., Barroso, J., Carvalho, M. & Freeman, R. (2012). *Knowledge, policy and regulation – public action in health and education*. University of Lisbon.
- Vike, H. (2017). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state. An anthropological approach*. Palgrave Macmillan.