

KAPITTEL 2

Organisering av individuell brukermedvirkning

Gunnar Vold Hansen

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

Sammendrag: Brukermedvirkning er i dag et sentralt prinsipp i helse- og velferdssektoren. Noen ganger er tjenestene imidlertid organisert slik at dette er vanskelig å ivareta. I dette kapitlet ses det nærmere på hvordan organisering av beslutningsprosessene kan skape utfordringer for brukermedvirkningen. Det diskuteres hvordan brukermedvirkning kan forstås og analyseres. Ved hjelp av blant annet beslutningsteori og eksempler fra forskning trekkes det frem en del organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning og hvordan disse kan løses. Kapitlet avsluttes derfor med en oppfordring til å være bevisst på at brukermedvirkningen må sikres ved at tjenesteyterne aktivt engasjerer seg for å legge til rette for at brukerne kan delta i beslutningsprosessene og fremme sine interesser.

Nøkkelord: brukermedvirkning, organisering og beslutningsprosesser

Innledning

Den klassiske beskrivelsen av en profesjonell var en person som hadde en faglig innsikt som gjorde at vedkommende kunne gjøre vurderinger på grunnlag av faglig skjønn. Dette faglige skjønnnet var forankret i en kunnskap som ble beskrevet som esoterisk – det vil si at kunnskapen bare var forståelig bare for dem som hadde den gitte utdanningen (Freidson, 1988). Mange profesjonelle mente derfor at brukerne ikke hadde muligheter for å forstå de faglige vurderingene som ble foretatt, og at dette var en god begrunnelse for ikke å involvere brukerne når beslutninger skulle tas. Fra 1980–90-årene har dette gradvis endret seg. Helgesen og

Sitering av dette kapitlet: Vold Hansen, G. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>.
Lisens: CC BY 4.0

Hansen (2010) peker på at rekke utviklingstrekk bidro til dette. Blant annet fikk helse- og sosialfagutdanningene på midten av 1990-tallet nye rammeplaner der brukermedvirkning sto sentralt. Offentlig forvaltning ble dessuten på samme tid mer opptatt av å oppfatte brukerne som kunder. I tillegg ble mange lover endret, slik at brukerrettigheter ble både en plikt for tjenesteyterne og en rettighet for brukerne. Samlet bidro dette til en sterkere oppmerksomhet om brukersmedvirkning. Dette har medført at mange ansatte i helse- og velferdssektoren nå er opptatt av å ivareta brukermedvirkning i det daglige arbeidet (Bjørkquist & Hansen, 2018).

Brukermedvirkning handler likevel ikke bare om de ansattes holdning til brukerne. Noen ganger er tjenestene organisert slik at brukermedvirkningen er vanskelig å ivareta. Målsettingen med dette kapitlet er å vise at brukermedvirkning i stor grad er avhengig av å organisere beslutningsprosessene slik at brukerne kan ha reell innflytelse på de beslutningene som tas. Kapitlet tar utgangspunkt i tre eksempler på beslutningsprosesser. Problemstillingene er ulike, men alle viser hvilke utfordringer og muligheter som ligger i å sikre brukermedvirkningen. De tre eksemplene belyser brukermedvirkning ved overføring av brukere fra sykehus til kommune, ved organisering av tjenestetilbud i faste team og ved bruk av individuelle planer.

Noen begrepsavklaringer

Brukere og tjenesteytere

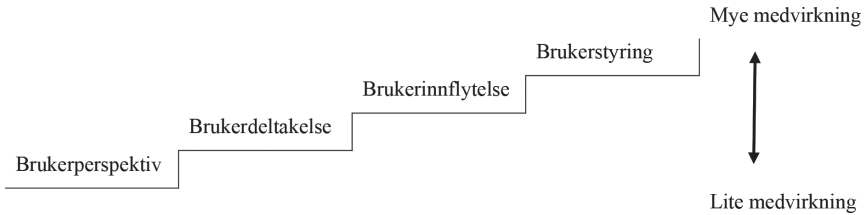
I dette kapitlet benyttes betegnelsen *bruker* om de som mottar eller skal motta en tjeneste fra helse- og velferdssektoren. Det kan være de som tjenesten er direkte rettet mot – de som gjerne kalles primærbrukere (pasienter og tjenestemottakere), og andre – de som kalles sekundærbrukere (for eksempel foreldre), og som indirekte nyter godt av tjenesten. Begrepene ansatte og tjenesteytere brukes delvis om hverandre. Ansatte kan være både tjenesteytere og andre ansatte (for eksempel saksbehandlere), men tjenesteytere er de som yter direkte brukerrettede tjenester.

Brukerperspektiv på samordning

Hva man legger i et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, vil for en stor grad være avhengig av hvilket perspektiv man har. Goodwin (2016) hevder at brukerne kun i begrenset grad er opptatt av hvordan tjenestene er organisert, og at de i større grad er opptatt av hvordan tjenestetilbudet ytes som et helhetlig tilbud. Derfor kan følgende være et eksempel på hvordan en bruker vil beskrive et samordnet og helhetlig tjenestetilbud: «Jeg kan planlegge mitt tjenestetilbud sammen med personer som samarbeider med meg og mine omsorgspersoner. Disse personene lar meg styre og samle tjenestene for å oppnå de resultatene som er viktige for meg» (Goodwin, 2016, s. 1). En slik forståelse av helhetlige tjenestetilbud forutsetter at brukerne har både en sentral og en aktiv plass i utformingen og gjennomføringen av tjenestene. Brukermedvirkning er derfor et av elementene som må oppfylles for at man skal få til en god samordning av helse- og velferdstjenester. Brukermedvirkning er likevel ikke et begrep som er entydig definert. Derfor er det nødvendig å avklare hva som menes med brukermedvirkning i denne sammenhengen.

Ulike beskrivelser av brukermedvirkning

I mange sammenhenger forklares brukermedvirkningsbegrepet ved hjelp av en skala. Allerede i 1969 beskrev Sherry R. Arnstein brukermedvirkning som delt inn i åtte stige-trinn. Modellen hennes er siden blitt kritisert for å fokusere ensidig på resultatene av brukernes medvirkning og i for liten grad ta hensyn til prosesser (se for eksempel Tritter & McCallum, 2005). En rekke forfattere har derfor valgt å lage sine egne skalaer. Solheim og Rønning (1998, s. 37) refererer til Stromberg og beskriver i alt ni trinn på skalaen. Humerfelt (2005, s. 31) har også en slik skala, men begrenser seg til å beskrive totalt fem trinn. I denne sammenhengen er det ikke behov for en omfattende oppdeling av stigen, og det anses derfor som tilstrekkelig med en trapp med fire trinn (Hansen, 2007). Skalaen går fra liten grad av brukermedvirkning til stor grad av brukermedvirkning. De fire punktene er: *brukerperspektiv*, *brukerdeltakelse*, *brukerinnflytelse* og *brukerstyring* og kan synliggjøres i følgende modell:



Figur 1. Brukermedvirkningstrappen.

De ulike trinnene i denne skalaen kan beskrives slik:

- **Brukerperspektiv:** Tjenestemottakernes interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet uten at brukerne deltar aktivt i selve beslutningsprosessen. Det innebærer at de ansatte selv definerer hvilke behov tjenestemottakeren har, og hvordan disse skal ivaretas best mulig. Det er altså ikke tjenestemottakeren selv som bestemmer noe, men de ansatte yter tjenester ut fra hvilke behov de tror at tjenestemottakeren har.
- **Brukerdeltakelse:** Tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes. Dette kan være situasjoner der tjenestemottakeren får anledning til å delta i beslutningsprosessen, men der tjenesteyterne tar den endelige beslutningen. Dette gjelder for eksempel for en del ytelse som er regulert i et regelverk, og der tjenestemottakeren gis rettigheter til å uttale seg, men der det er tjenesteyteren som har retten til å konkludere hvorvidt grunnlaget for tjenesten er til stede. I slike situasjoner kan tjenestemottakeren komme med sine synspunkter og fremme de argumenter vedkommende måtte ha. Likevel er det de ansatte som sitter igjen med retten til å ta den endelige beslutningen.
- **Brukerinnflytelse:** Tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes. Dette er situasjoner der tjenestemottakerne både deltar i og har reell innflytelse på de beslutningene som tas. Likevel er det klart at hvor stor innflytelse tjenestemottakerne har, er avhengig av hvilke rammer som settes. Valg mellom to løsninger som begge oppleves som utilfredsstillende, vil være en svært snever form for brukerinntflytelse. Valg der rammene er vide, kan derimot gi stor grad av brukerinntflytelse.

- Brukerstyring: Tjenestemottakerne deltar i beslutningsprosessen og har avgjørende innflytelse over hva som vedtas. Da er det tjenestemottakeren selv som tar beslutningene, og den ansatte blir bare den som utfører. Ordningen med brukerstyrt personlig assistent er ment å være en ordning der tjenestemottakeren selv har full styring.

En viktig tilnærming til brukermedvirkning finnes også i begrepet samproduksjon. I mange sammenhenger blir dette brukt som et løst begrep for å dekke mange ulike, men relaterte ideer. Selv om det ikke er enighet om en definisjon, kan følgende være et utgangspunkt som synes å dekke bruken i flere sammenhenger hvor man vektlegger «Ytelser av offentlige tjenester i et likeverdig og gjensidig forhold mellom fagfolk, brukere, deres familier og lokalsamfunnet» (Boyle & Harris, 2009, s. 11). Tidligere ble samproduksjon benyttet om samarbeid som involverte bruker og tjenesteytere. I det senere har også pårørende samt frivillige organisasjoner blitt inkludert i begrepet (Askheim, 2016).

Torjesen mfl. (2017) mener at politiske føringer i Norge i stor grad legger opp til at brukermedvirkning skal foregå som samproduksjon. Dette innebærer at brukere ikke bare vil ha innflytelse på tjenestene de mottar, men at de også vil kunne være viktige aktører gjennom ulike faser i levering av tjenesten, som planlegging, utforming og tildeling (Björkquist & Hansen, 2017). I noen tilfeller er det ikke praktisk mulig for brukerne å delta i levering av tjenestene – for eksempel ved kirurgiske inngrep. Likevel forventes det at brukermedvirkningen ivaretas ved at brukerne deltar i beslutningsprosessen om hva som skal gjøres. Dette kan gjøres gjennom et partnerskap mellom tjenesteytere og brukere (Coulter, 1999). Et begrep som illustrerer denne formen for partnerskap, er «Shared Decision-Making» (delt beslutningstaking eller samvalg, som det også kalles). Storm og Edwards (2013) peker på at en slik prosess blant annet krever aktiv deltakelse fra både bruker og tjenesteyter samt en prosess der informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer.

Vanligvis forventer man at en beslutningsprosess skal gi muligheter for å velge den beste løsningen, det som kalles en rasjonell beslutningsprosess. Hatch (2004) beskriver en slik prosess der utgangspunktet er en eller annen form for problemformulering – en oppgave som skal løses. Hva slags oppgave dette er, analyserer man seg frem til gjennom første ledd. Når man først har funnet ut hva som er problemet, gjelder det å finne frem til hvilken løsning man ønsker seg, og deretter formulere hva slags mål man har. På bakgrunn av dette finner man frem til hvilke alternativer som finnes – hvilke tiltak kan man iverksette for å nå målene og løse problemet. Man må så vurdere hvilke av de foreliggende alternativene som gir best måloppnåelse, og så velge det som er mest gunstig. I ettertid vil det være naturlig å vurdere om den valgte løsningen faktisk ga det resultatet man ønsket, og hvis ikke kan man begynne prosessen på nytt, men nå med erfaringene som er gjort, som ekstra datagrunnlag (Hatch, 2004, s. 301).

March og Olsen (1986, s. 13) skisserer – med bakgrunn i en slik tilnærming – følgende fire forutsetninger for en rasjonell beslutningsprosess:

- klare preferanser
- kjennskap til alternativene
- kjennskap til konsekvensene
- en tilfredsstillende beslutningsrutine

De ansatte har en forholdsvis stor grad av profesjonell frihet til å gjøre jobben slik de anser at den bør gjøres. Samtidig er ansatte i helse- og velferdssektoren utsatt for et nokså omfattende tidspress og har derfor begrensede muligheter for å gjennomføre en systematisk beslutningsprosess.

En alternativ måte å se beslutningsprosesser på er å se dem som et produkt av fire strømmer: beslutningssituasjoner, deltakere, problemer og løsninger (March, 1994). Hvilken beslutning man kommer frem til, er da et resultat av at deltakerne har en rekke problemer som de ønsker å finne en løsning på, ikke bare de problemene brukeren ønsker å få løst. Hver deltaker representerer også en rekke løsninger, og hvis de kan benytte ett av sine problemer som løsning for de andre, er det en fordel. Et eksempel kan være at en tjenesteyter har problemer med å rekruttere nok brukere

til sitt tilbud. Da vil motivasjonen for å foreslå det tjenestetilbudet som en løsning for brukeren, være stor. Hvorvidt man kommer frem til den mest optimale løsningen, vil derfor i stor grad være avhengig av at man – i tråd med kravene til March og Olsen (1986) – blir enige om mål, om fordelene med de ulike alternativene, og at man klarer å enes om en felles beslutning.

En av begrunnelsene for tverrfaglige møteplasser er nettopp at ulik bakgrunn kan skape større forståelse og generere løsninger som deltakerne hver for seg ikke kan se for seg (Freeman, 2008; Hudson, 2004). Er man bevisst på utfordringer og muligheter, kan slike møteplasser skape grunnlag for å utforske nye løsninger. For brukeren er det viktig at målsettinger, alternativer og mulige konsekvenser av de ulike løsningsforslagene blir tydeliggjort. Det innebærer at tjenesteyterne også må avsløre den usikkerheten som foreligger.

De fleste problemene i helse- og velferdssektoren kan beskrives som uregjerlige problemer (Vabø, 2014). Det vil si at det er problemer der blant annet årsakene er uklare, der det er uenighet om målene, og der det ikke finnes en bestemt riktig løsning (Rittel & Webber, 1973). Uenighet om årsaker, mål og løsningsalternativer kan bidra til at en del beslutninger tas i «skjul», ved at tjenesteytere avgjør forhold innenfor sitt ansvarsområde uten å inkludere brukere og andre tjenesteytere. På den måten kan tjenesteyterne legge vekt på hva de selv mener er riktig tjenestetilbud, og unngå å forholde seg til felles mål (Hansen, 2007).

I helse- og velferdssektoren er det også en utfordring at brukerne ofte står i et avhengighetsforhold til tjenesteyterne. Det betyr at det ikke er en gjensidig maktbalanse mellom partene. En klassisk definisjon på makt er: «Makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe hun eller han ellers ikke ville ha gjort» (Dahl, 1957, s. 202–203). I helse- og velferdssektoren ser vi at tjenesteyterne kan få brukerne til å handle annerledes enn de ellers ville ha gjort av flere grunner. Delvis kan dette skyldes direkte maktutøvelse, der tjenesteyterne (eller virksomhetene) nekter brukeren hjelp hvis ikke brukeren selv oppfyller visse krav. Det kan være formelle krav om at man må møte opp personlig hos legen for å få en sykemelding, eller mer direkte krav som at brukeren må være rusfri for å få en bestemt type hjelp. Vi kan også tenke oss at makt utøves

mer indirekte ved at tjenesteyterne ikke setter noen bestemte krav, men hvor brukeren tilpasser seg de prioriteringene de tror at tjenesteyteren har, fordi brukeren vet at vedkommende er avhengig av bistand og derfor vil imøtekomme tjenesteyteren best mulig (Weber, 1971).

I dette kapitlet skal jeg vise at brukermedvirkning kan være et spørsmål om hvordan man organiserer beslutningsprosessene, ikke bare et spørsmål om hvordan den enkelte tjenesteyteren forholder seg til brukeren.

Datasamling og analyse

De eksemplene som presenteres her, bygger på data som er samlet inn i perioden fra 2004 til 2017. Datagrunnlaget er intervjuer med tjenesteytere og andre ansatte, samt observasjoner av ulike møter der det tas beslutninger om innholdet i tjenestene. Den viktigste datakilden har vært observasjoner, og det er gjennomført observasjon av i alt 28 ansvarsgruppe-/samarbeidsmøter. I tillegg er det gjennomført intervjuer med nesten hundre ansatte. Aktiviteten i de ulike møtene ble registrert i et eget skjema som var utarbeidet spesielt for formålet (Hansen, 2007). Alle intervjuene ble tatt opp med digital opptaker, og de fleste ble transkribert fullt ut, men for en del av intervjuene ble bare de delene som etter en gjennomhøring ble ansett som interessante, skrevet ut.

Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen er hvordan man skal måle brukermedvirkning. Den mest innlysende måten er selvfølgelig å spørre tjenestemottakerne. Det er en viss selvmotsigelse i å velge andre tilnæringer. Likevel kan det være vanskelig for brukerne å vurdere hvorvidt de har fått god nok informasjon til å gjøre selvstendige valg mellom foreliggende alternativer, og om de har vært utsatt for manipulering. En viktig del av grunnlaget for de konklusjonene som skisseres i dette kapitlet, er derfor observasjon av beslutningssituasjoner i ulike møter og analyse av om disse beslutningssituasjonene har ivaretatt de kravene som er skisert over.

Det første eksempelet handler om overføring av pasienter fra sykehus til kommunale rehabiliteringstilbud. Data som presenteres, bygger på syv gruppeintervjuer med i alt 25 personer ansatt henholdsvis ved et sykehus og i tre forskjellige kommuner. Tre av gruppeintervjuene var med

ansatte på kommunenes tildelingskontorer, tre med ansatte på kommunens rehabiliteringsavdeling og ett med ansatte ved sykehuset. Det andre eksempelet handler om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om brukere med omfattende rusproblemer og psykiske lidelser. Data bygger på observasjoner av 13 ulike møter, først og fremst i samarbeidsgruppene. Umiddelbart etter at samarbeidsmøtene var gjennomført, ble hele gruppen intervjuet. Det ga oss mulighet til å få en mer detaljert bakgrunn og en dypere forståelse av de observasjonene som var gjort. I tillegg ble det gjennomført i alt seks individuelle intervjuer med sentrale aktører. Det siste eksempelet handler om utvikling av individuelle planer i psykisk helsetjeneste i to kommuner. Først og fremst bygger det på data som ble samlet inn ved å følge utviklingen av fire individuelle planer over en periode på ett år. I alt ble 15 ansvarsgruppemøter observert, og koordinatorene for disse planene ble intervjuet etter hvert møte. De kunne da utdype det som ble observert, og forklare hvorfor man hadde handlet som man gjorde. I det siste eksempelet benyttes også data fra to gruppeintervjuer: det ene med fem pårørende og det andre med fire brukere.

Selve analysen har i hovedsak vært deduktiv, ved at både observasjoner og intervjuutsagn er vurdert opp mot hvordan beslutningsprosessene har vært gjennomført, hvem som har deltatt, hvilken informasjon brukerne har fått, og om de har fått reelle muligheter til å velge løsninger.

Brukermedvirkning i praksis

Eksempel 1 – Forløp ved overføring av bruker fra sykehus til kommunale tjenester

Dette eksempelet bygger på et prosjekt som kartla en del av de utfordringene tre større kommuner og det regionale sykehuset hadde når det gjaldt samarbeid om rehabiliteringspasienter. Undersøkelsen viste at det var en rekke utfordringer knyttet til å skape et best mulig samordnet rehabiliteringstilbud. Én av dem handlet om å sikre at forløpet fra sykehuset til de kommunale rehabiliteringsavdelingene bidro til at brukerne fikk et best mulig tilpasset kommunalt tilbud. Et rehabiliteringstilbud skal være

forankret både i brukerens egne ønsker og i en faglig vurdering av hvilke muligheter og behov brukeren har for å realisere disse ønskene. Gode rehabiliteringsprosesser må derfor forankres i brukermedvirkning.

Forløpet for rehabiliteringsbrukere var lagt opp slik at sykehuset sendte melding til kommunen når en person ble innlagt, og da behandlingen skulle avsluttes, ble det gitt ny beskjed til kommunen. Vanligvis kom henvendelsene fra sykehuset i form av et utfylt, standardisert skjema. På dette skjemaet kunne sykehuset blant annet beskrive brukerens situasjon og behov ved å krysse av på ulike skalaer. I tillegg hendte det ofte at sykehuset ga uttrykk for hvilket tilbud de mente brukeren hadde behov for. De anbefalingene som sykehuset ga, ble også fulgt opp av brukeren selv eller pårørende som henvendte seg til tildelingskontoret med ønske om å få det tilbudet sykehuset hadde anbefalt. Alle kommunene hadde et tildelingskontor som skulle fordele brukerne på tre ulike tilbud: oppfølging i hjemmet, kort- eller langtidsopphold i pleie- og omsorgsinstitusjon, eller et intensivt tilbud på en rehabiliteringsavdeling.

Undersøkelsen viste at overgangen fra sykehus til kommune i en rekke tilfeller var problematisk. For kommunen var det et problem at mange rehabiliteringspasienter fikk et tilbud som de ikke kunne nyttiggjøre seg fullt ut. For å løse dette tok alle tre kommunene i bruk en ordning der de møtte opp og intervjuet brukeren mens vedkommende fortsatt var innlagt på sykehuset. Det var en løsning som, til tross for at den var mer ressurskrevende, ga bedre tilpassete tilbud til brukerne.

I praksis er det to alternative beslutningsprosesser. Den ene bygger i hovedsak på skriftlig informasjon fra sykehuset til tildelingskontoret. På bakgrunn av denne informasjonen bestemmer tildelingskontoret hvilket kommunalt tjenestetilbud brukeren skal få. Alternativt bygger tildelingskontoret sine vurderinger både på informasjon fra sykehuset og på direkte kontakt med brukeren mens vedkommende fortsatt er på sykehuset.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om brukermedvirkning kan ivaretas ved at sykehuset sender sine innspill skriftlig til tildelingskontoret. Selv om det er klart at innspillene sykehuset kommer med, for eksempel om at brukeren trenger sykehjemsplass eller rehabiliteringsopphold, er diskutert både med bruker og pårørende, er det usikkert om de bygger på reell brukermedvirkning. Det er avgjørende for brukermedvirkningen at

brukeren har relevant informasjon og reelle alternativer å velge mellom (Askheim, 2007). Ansatte på sykehuset har begrenset kunnskap om det kommunale tjenestetilbudet. Den veiledningen de kan yte, vil derfor vanligvis være begrenset. Hvis sykehusansatte er den eneste informasjonskilden om de kommunale tilbudene, kan de ønskene brukeren og pårørende kommer med, være forankret i et informasjonsgrunnlag som ikke er tilstrekkelig. Da blir beslutningen ikke nødvendigvis i tråd med brukerens prioriteringer (March, 1994). I tillegg er det å formidle et ønske bare å anse som brukerdeltakelse, det innebærer ikke nødvendigvis noe innflytelse (Hansen, 2007). Det er en forutsetning for reell brukermidvirkning at det foregår gjensidig kommunikasjon mellom bruker og beslutningstaker (Storm & Edvards, 2013; Vrangbæk, 2015). Skriftlig informasjonsutveksling er en lite avansert form for samarbeid (Andersson mfl., 2011). Dette skaper ikke godt nok grunnlag for reell utveksling av synspunkter mellom bruker og tjenesteyter for å komme frem til en omforent felles løsning.

Beskrivelsen av kontakten koordinatorene fra kommunen gir fra sine besøk hos bruker på sykehus før utskrivning, gir derimot et annet bilde. Koordinatorene beskriver hvordan de prøver å bli kjent med brukeren, gir vedkommende relevant informasjon og samarbeider om å finne et hensiktsmessig tjenestetilbud. Det må riktignok tas forbehold om at det ikke er data på hvordan brukerne selv opplever denne situasjonen. Uansett vil en direkte kontakt mellom bruker og kommune, mens brukeren fortsatt er på sykehuset, trolig ivareta brukermidvirkningen på en bedre måte enn uten en slik kontakt. Når bruker og en av beslutningstakerne møtes og utveksler informasjon, gir dette et bedre grunnlag for å gjennomføre en beslutningsprosess der også brukeren sine interesser ivaretas (Hansen, 2007). Likevel er det en svakhet ved denne løsningen. Den forutsetter at de ansatte ved tildelingskontoret har god nok innsikt i de tilbudene som brukerne kan velge mellom. Erfaringer fra andre kommuner tyder på at tildelingskontorer kan mangle tilstrekkelig innsikt i spesialiserte tjenestetilbud som rehabilitering, og at det dermed skaper usikkerhet med hensyn til om beslutningene som tas, er tilstrekkelig godt forankret i kunnskap og brukermidvirkning (Steihaug mfl., 2016).

Når tildelingskontoret avgjør hvilket tjenestetilbud brukeren skal få, på bakgrunn av en skriftlig henvendelse fra sykehuset, vil dette i beste fall være

brukerdeltakelse i den skalaen som er skissert over. Når kommunens tilde-
lingskontor møter opp på sykehuset, gir det brukeren større muligheter for
å påvirke avgjørelsen i den retningen vedkommende ønsker. Under forut-
setning av at kommunenes representant kan presentere aktuelle alternativer
og forklare konsekvensene av de ulike løsningene, får brukeren muligheter
til å forhandle med beslutningstakeren. Denne måten å organisere beslut-
ningsprosessen på skaper dermed muligheter for brukerinnyflytelse.

Eksempel 2 – Samarbeidsteam uten brukerdeltakelse

Dette eksempelet handler om opprettelse av faste team – kalt samhand-
lingsgrupper – som skulle sikre samarbeid mellom kommuner og en sam-
arbeidende ruspoliklinikk og distriktpsikiatrisk senter (DPS). Det var i
alt fem slike samhandlingsgrupper, og de var satt sammen slik at de hadde
representanter for de to «søylene» i spesialisttjenesten: rustjenesten og psy-
kisk helsevern samt ulike kommunale tjenester som rusarbeid og psykisk
helsearbeid, NAV og fastlege. I begynnelsen hadde man møter én gang
i uken, etter hvert ble dette redusert til hver annen eller hver tredje uke.
Arbeidsformen var nokså lik i de ulike gruppene. På møtene gikk grup-
pen normalt gjennom situasjonen for alle de brukerne som var inkludert
i prosjektet, om lag ti personer i hver kommune. Målsettingen var at man
skulle kunne justere tilbudet raskt dersom gruppen så behov for det. Fordi
man diskuterte flere brukere samtidig, mente man at det ville være brudd
på taushetsplikten å la brukerne få delta på disse møtene, men fra flere av
kommunene deltok det en erfaringskonsulent (en person med tidligere bru-
kererfaring som var tilsatt i kommunen for å fremme brukernes interesser).

En god del av de spørsmålene som ble tatt opp, var forankret i henvis-
ninger til brukernes egne ønsker, som f.eks. «Han sier at han vil ...». Ofte
var det imidlertid også de ansattes vurderinger som var utgangspunkt for
diskusjoner. Eksempelvis kunne det være utsagn som «etter min mening
trenger hun ...». På bakgrunn av slike utsagn kunne gruppen diskutere
seg frem til hvordan dette kunne løses, og hvem som skulle følge opp
brukeren. Tjenesteyterne mente at de ivaretok brukermedvirkningen på
to måter. For det første ved at brukerne alltid hadde muligheter til å si nei

eller ja til de forslagene man hadde kommet frem til i samhandlingsgruppene. For det andre ble det hevdet at brukernes stemme var representert ved erfaringskonsulentens deltakelse.

Brukermedvirkning på individplan skulle i utgangspunktet ivaretas i ansvarsgruppene. Disse gruppene møtte mye sjeldnere enn samhandlingsgruppene (ansvarsgruppene to til fire ganger i året, samhandlingsgruppene om lag hver annen uke). Dessuten var det ikke alle som hadde en ansvarsgruppe rundt seg. Individuell brukermedvirkning, i form av deltakelse på beslutningsarenaen samhandlingsgruppen, manglet derfor. Dette kan man i teorien kompensere for ved å ha gode beslutningsprosesser der brukerne har en indirekte deltakelse. En del av de problemstillingene som ble tatt opp, ble initiert av de ansatte etter diskusjon med den enkelte bruker. I andre situasjoner var diskusjonene i samhandlingsgruppene initiert av ansvarsgrupper der brukeren hadde deltatt i avgjørelsen om å videreformidle saken til samhandlingsgruppen. Slik sett kan man anta at brukerne i noen tilfeller har vært med å formulere hvilke problemstillinger som skulle tas opp i samhandlingsgruppene, enten fordi de var formulert i ansvarsgrupper, eller direkte overfor en av de ansatte som hadde formidlet dem videre til samhandlingsgruppen. Likevel tydet diskusjonene i samhandlingsgruppene på at en stor del av problemstillingene ble initiert uten at brukerne var klar over det. Derfor er det grunn til å tro at brukerne bare i begrenset grad hadde innflytelse på hvilke spørsmål som ble tatt opp i samhandlingsgruppene (Trittle & McCallum, 2006).

Den utvidete informasjonen som kom frem i samhandlingsgruppene, ble i noen tilfeller benyttet til å velge et alternativ som brukerne ble forelagt. På den måten har utvidet informasjon i samhandlingsgruppen blitt snevret inn til ett eller noen få konkrete forslag som brukerne er blitt forelagt. Dermed har de fått et redusert informasjonsgrunnlag som basis for å delta i beslutningsprosessen, og en av de sentrale forutsetningene for reell brukerinnflytelse – tilstrekkelig informasjon – er ikke ivaretatt (Tait & Lesser, 2005). Dette innebærer at brukerne enten ikke får være med på selve beslutningen om hvilken løsning som skal velges, eller at de får seg forelagt avgrensede løsningsforslag. Manglende informasjon om alternative behandlingsopplegg samt manglende innflytelse på valg av

behandlingsopplegg oppleves som et stort problem for brukerne (Kjølldal & Iversen, 2014).

Fordi brukerne ikke har deltatt i samhandlingsgruppene, har de i liten grad hatt muligheter for å skissere problemer og velge mellom aktuelle løsningsforslag (March, 1994). De beslutningene man er kommet frem til, er blitt forelagt brukerne – prosessen frem til dette har de hatt begrenset innflytelse på. I praksis innebærer dette at brukerne kun i liten grad har kontroll over problemer, deltar i diskusjonen om løsninger, deltar i beslutningsprosessen eller kan velge mellom aktuelle alternativer (March & Olsen, 1986). I praksis har brukerne derfor ikke kontroll over noen av de faktorene som påvirker en beslutningsprosess.

Samhandlingsgruppene er bare ett av flere eksempler på hvordan man i dag velger å organisere samarbeidet i sektoren ved å opprette ulike former for faste team. Utfordringer som oppstår, forventes å bli løst ved at teammedlemmene i fellesskap finner frem til en løsning. Det er stor enighet om at team er en god og effektiv måte å organisere samarbeid mellom ulike virksomheter på (se f.eks. Hudson, 2004; Ferlie mfl., 2011; Head & Alford, 2015). Mulighetene for at team blir en stadig mer populær organisasjonsform, er derfor til stede. Det foregår i dag omfattende forsøk med utvikling av nye samarbeidsmodeller. Det sentrale i disse utviklingsprosjektene synes i stor grad å handle om hvordan man skal få til gode og effektive møteplasser for de ulike tjenestene. Erfaringene fra dette eksempelet viser at man, til tross for de beste intensjoner, ikke har klart å ivareta den enkelte brukers deltakelse i beslutningsprosessene godt nok. Derimot er det klart at samarbeidet mellom de ulike tjenesteyterne i den aktuelle modellen er blitt klart bedre. Skal man oppnå brukerinnflytelse, må også slike utviklingsprosesser legge vekt på hvordan brukerne kan sikres deltakelse i teamenes beslutningsprosesser.

Eksempel 3 – Brukerdeltakelse i ansvarsgrupper og ved individuelle planer

Brukerdeltakelse i en beslutningsprosess bidrar ikke uten videre til brukerinnflytelse. Noen ganger er det av ulike grunner slik at brukerne, selv om de deltar i prosessen, har liten makt eller innflytelse over de

beslutningene som tas. Det kan da være nødvendig å legge til rette for en form for maktutjevning mellom tjenesteytere og brukere. Dette skal illustreres med erfaringene fra arbeidet med individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Innholdet i og justeringer av innholdet i de individuelle planene ble i hovedsak fastsatt i ansvarsgruppemøter. Selv om en del av beslutningene om hvilke tjenestetilbud brukeren skulle få, ble tatt andre steder, for eksempel på kommunens tildelingskontor, hadde deltakerne normalt gode muligheter til å justere tilbudet innenfor de gitte rammene. Datagrunnlaget for dette eksempelet er observasjoner av i alt 15 ansvarsgruppemøter, individuelle intervjuer med koordinatorene og gruppeintervjuer med brukere og pårørende.

Ansvarsgrupper og individuelle planer er en ordning som burde legge til rette for reell brukermedvirkning i form av direkte innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet. En av målsettingene med en individuell plan er at den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innenfor et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Forskrift om habilitering og rehabilitering). Arbeidet med individuelle planer kobles derfor gjerne med ansvarsgrupper der både bruker, pårørende (hvis det er aktuelt) og de ulike tjenestene møtes med sikte på å planlegge og samordne tjenestetilbudet. I noen tilfeller etableres det ansvarsgrupper uten at det utarbeides en IP. Ansvarsgruppemøter, uansett om de kobles til IP eller ikke, vil i prinsippet være en arena der man kan legge til rette for brukermedvirkning gjennom samvalg.

Erfaringen med bruk av ansvarsgrupper er likevel ikke entydige. De eksemplene som trekkes frem her, viser at selv om brukerne deltok sammen med tjenesteyterne på disse møtene, var det ikke alle som hadde noen innflytelse over de beslutningene som ble tatt. Blant annet var det et problem at ansvarsgruppemøtene bare i begrenset grad ble brukt til å utforme en strategi og beslutte hvilke tjenester brukeren skulle ha. Det skyldtes delvis at de tjenesteyterne som deltok, ofte var mest opptatt av å rapportere om det som hadde skjedd. Slike rapporter kunne vært et godt datagrunnlag for en analyse av hva som var brukerens behov og utfordringer, men ingenting tydet på at de ble brukt på denne måten. I stedet dannet disse rapportene utgangspunkt for at de som kunne det,

fortalte hva de hadde planlagt av tjenestetilbud fremover. Vurdering av alternativer skjedde sjelden. I hvilken grad brukerne hadde vært med på å planlegge de tiltakene som ble referert, var ikke klart. Målsettingen med ansvarsgrupper er uansett at de skal benyttes til å utarbeide samordnete tjenester. Hvis man skal utnytte det potensialet for bedre tjenester som ligger i at flere samarbeider om å finne det beste tilbudet (Hudson, 2004), må tjenestetilbudet diskuteres i fellesskap, og brukerne må ha innflytelse på de beslutningene som diskusjonen fører frem til.

I hvilken grad brukermedvirkningen ble ivaretatt i separate diskusjoner mellom hver enkelt tjenesteyter og brukeren, ble det ikke opplyst noe om på møtene. Det er helheten i tjenestetilbudet som er avgjørende for brukeren (Goodwin, 2016). Dette betyr at de ulike tiltakene må tilpasses hverandre, og at brukermedvirkning må innebære at brukeren gis anledning til å delta i og påvirke en slik tilpasning. På et av ansvarsgruppemøtene ble det diskutert hvordan man kunne tilpasse de ulike tjenestene til hverandre, men da ble det initiert av brukeren selv. Brukeren ga beskjed om at vedkommende på grunn av medisineringsen ikke lenger kunne fortsette i jobben sin. Det medførte at de ulike deltakerne kom frem med en rekke gode forslag om hvordan jobb og medisinering kunne kobles, og man kom i fellesskap frem til en løsning som passet brukeren. Dette eksempelet illustrerer flere ting. For det første at medisineringsen ikke var tilpasset brukerens jobbsituasjon. Dernest viste det at brukeren selv ikke hadde en god løsning på problemet. Samtidig viser eksempelet at ingen av tjenesteyterne hadde registrert problemet. Derfor var det først når man hadde en samlet diskusjon der både bruker og tjenesteytere deltok, at man kom frem til en løsning som ivaretok alle parter. Problemet ble dermed løst ved at brukeren fikk anledning til å beskrive det, deretter diskuterte man ulike løsninger i fellesskap, og brukeren fikk velge det løsningsalternativet som vedkommende mente var best.

I noen sammenhenger skaper en felles møteplass løsninger ingen av deltakerne kunne se for seg på forhånd. På et av ansvarsgruppemøtene ba brukeren, som blant annet var plaget med angst og ikke var særlig trygg i omgang med ukjente, om at noen kunne følge ham til søndagsgudstjenesten i kirken. Pleie- og omsorgssektoren ga klart uttrykk for at deres tjenester var sterkt begrenset i helgene, og at de ikke kunne

prioritere et slikt tiltak. En av de andre (en NAV-ansatt) kunne da fortelle at han gikk i kirken hver søndag, og gikk forbi brukeren bolig på veien, så han kunne gjerne ta brukeren med i kirken. Dette illustrerer hvordan slike møter skaper løsninger som ingen hadde sett for seg på forhånd (Freeman, 2008).

I noen ansvarsgruppemøter fikk man en diskusjon både av strategi og av konkrete tiltak. Dette skjedde der det var en bruker som var bevisst og som hadde klare prioriteringer, og derfor satte krav til tjenestene. En del av disse kravene ville ikke tjenestene innfri. Det satte i gang en interessant prosess fordi brukeren fikk støtte av den som var koordinator for den individuelle planen. Denne koordinatoren prøvde å underbygge brukeren argumentasjon, og da det ikke gikk, forsøkte vedkommende å finne frem til ulike kompromisser. Dette illustrerer et poeng som stadig flere er opptatt av, nemlig hvordan enkelte tjenesteytere tar rollen som «advokat» eller talsperson for brukere (Bjørkquist & Hansen, 2018; Tahan, 2005).

Aktiv støtte til brukeren fra en eller flere av tjenesteyterne i en ansvarsgruppe handler også om makt. I en diskusjon mellom en bruker og en tjenesteyter vil makten normalt ligge hos tjenesteyteren (Stang, 1998). Når andre tjenesteytere støtter brukeren, kan maktforholdene utjevnes. På den annen siden kan en situasjon der brukeren blir stående alene mot alle tjenesteyterne, svekke brukeren innflytelse. Et alternativ er derfor å sørge for at brukeren har en talsperson som uansett støtter ham eller henne. I gruppeintervjuet med brukere fremhevet flere at de hadde positive erfaringer med å ha en støttespiller (gjørne en tillitsvalgt i en brukerorganisasjon), både i ansvarsgrupper og ellers der det var mulig å fremme brukermidvirkning. Noen ganger kan det også være hensiktsmessig å profesjonalisere denne støttfunksjonen. En pårørende som hadde bistått som hjelpeverge for et familiemedlem, fortalte at vedkommende opplevde store utfordringer med å bli tatt alvorlig av de profesjonelle i ansvarsgruppen. Dette endret seg betraktelig da hjelpevergefunksjonen ble overtatt av en betalt verge. Dette var en person som kjente både mulighetene og systemet godt, og kunne derfor diskutere med de profesjonelle tjenesteyterne på likt plan. Det innebar at denne vergen kunne formidle brukeren ønsker og argumentere for disse på en måte som tjenesteyterne tok seriøst. Den pårørende mente at tjenestetilbudet hadde blitt mer

brukerorientert og bedre etter dette. Den betalte vergen fungerte her som en talsperson som kunne fremme brukerens interesser. Maktubalansen som kan oppstå i en situasjon der en bruker møter en gruppe tjenesteytere, kan dermed utjevnes noe ved at brukeren har med seg en talsperson. Det skyldes blant annet at brukeren får tilgang til alternative argumenter og opplysninger, og derfor får et bedre grunnlag for å prioritere mellom ulike alternativer. Vi skal heller ikke se bort fra at opplevelsen av ikke å stå alene mot alle andre, bidrar til at brukeren føler seg tryggere på sine egne argumenter. Et viktig poeng her er om den som fungerer som talsperson, er en del av tjenestene eller ikke. Undersøkelser viser at mange tjenesteytere opplever at de møter en rekke barrierer, som lojalitet til tjenestene og press fra kollegaer, når de skal fungere som brukerens talsperson (Oliveira & Tariman, 2017). Talspersoner som ikke er en del av tjenestene, har trolig større muligheter for å håndtere slike barrierer.

Oppsummering

Utgangspunktet i dette kapitlet var en beskrivelse av hva som er viktig for brukerne ved samordning av helse- og velferdstjenester. Beskrivelsen innebærer at tjenestene må organiseres slik at brukerne gis en sentral rolle i å utforme tjenestetilbudet, og at det må legges stor vekt på brukermedvirkning. I den forståelsen som er lagt til grunn her, oppnås brukermedvirkning først når det eksisterer en form for samarbeid mellom brukere og tjenesteytere om de beslutningene som skal tas. Det medfører at brukerne må få en reell rolle i beslutningsprosessene. Dessverre er det ikke gitt at alle beslutningsprosesser organiseres slik at brukerne får anledning til å delta. I slike tilfeller er det vanskelig å se at brukermedvirkningen ivaretas på en forsvarlig måte. Det er heller ikke gitt at om brukerne deltar i en beslutningsprosess, så får de innflytelse på beslutningene. Ulike former for støtte til brukere som deltar i en beslutningsprosess, synes å gi dem et vesentlig bedre grunnlag for å fremme sine synspunkter og gi dem reell innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet. Slik vi ser det, innebærer dette at dersom man skal oppnå brukerinnflytelse, må beslutningsprosessene organiseres slik at brukerne får delta. Brukerne må også gis tilstrekkelig støtte slik at de får tilgang til alternative argumenter og hjelp til å

fremme sine synspunkter overfor andre deltakere i beslutningsprosessen. Også tjenesteyterne må være bevisst på hvordan de må oppføre seg for å skape grunnlag for bedre brukermedvirkning. Den klassiske profesjonelle ekspertrollen bør derfor tones ned til å bli mer som en rådgiverrolle, og i noen tilfeller kan tjenesteyteren bli brukerens talsperson.

Referanser

- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S.B., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated care*, 11(4), 1–10. <https://doi.org/s10.5334/ijic.670>
- Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216–224.
- Askheim, O.P. (2007). Empowerment-ulike tilnæringer. I O.P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21–33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kindereg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24–36.
- Bjørkquist, C. & Hansen, G.V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(03), 194–203.
- Bjørkquist, C. & Hansen, G.V. (2018). Reducing service barriers to people with dual diagnosis in Norway. *Cogent Social Sciences* (OASS). <https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1561237>
- Boyle, D. & Harris, M. (2009). *The challenge of co-production*. London: New Economics Foundation.
- Coulter A. (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7212), 719–20.
- Dahl, R.A. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, 2(3), 201–215.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C. (2011). Public policy networks and 'wicked problems': A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> lest 19.12.2018.
- Freeman, R. (2008). Learning by meeting. *Critical Policy Analysis*, 2(1), 1–24.
- Freidson, E. (1988). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Goodwin N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*. 16(4):6. <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>

- Hansen, G.V. (2007). Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid, *Karlstad University Studies* 2007:15.
- Hatch, M.J. (2001). *Organisasjonsteori: moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Head, B.W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739.
- Helgesen, M.K. & Hansen, G.V. (2010): *Public Action Empowerment, Synthesis Report*, www.knowandpol.eu
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. (Meld. St. 11 (2015–2016)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv: Honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning – kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 15–33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjølesdal, J.G. & Iversen, H.H. (2014). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. PasOpp-rapport – Brukererfaringundersøkelse nr. 9 – 2014. ISBN 978-82-8121-909-0 ISSN 1890–1565.
- March, J.G. (1994). *A primer on decision making. How decisions happen*. New York: Free Press.
- March, J. & Olsen, J.P. (1986). Garbage can models of decision making in organizations. I J. March & R. Weissinger-Baylon (Red.), *Ambiguity and Command* (s. 11–35). Marshfield, MA: Pitman.
- Oliveira, C. & Tariman, J.D. (2017). Barriers to the patient advocacy role: An integrative review of the literature. *Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research*, 7(2), 7–12.
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), s. 155–169. <https://doi.org/10.1007/bf01405730>
- Ryan, B. (2012). Co-production: Option or obligation? *Australian Journal of Public Administration*, 71(3), 314–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2012.00780.x>
- Rønning, R. & Solheim, L.J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Steihaug, S., Johannessen, A.K., Ådnanes, M., Paulsen, B. & Mannion, R. (2016). Challenges in achieving collaboration in clinical practice: The case of Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, 16(3).
- Stokmo, H., Ness, O., Borg, M. & Sommer, M. (2014). Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(01), 14–23.

- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in mental health. Patient-centred health care: Achieving co-ordination, communication and innovation. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313–321. https://doi.org/10.1057/9781137308931_17
- Tahan, H.A. (2005). Essentials of advocacy in case management. *Professional Case Management*, 10(3), 136–145.
- Torjesen, D.O., Aarrevaara, T., Time, M.S. & Tynkkynen, L.K. (2017). The users' role in primary and secondary healthcare in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 21(1), 103–122.
- Tritter, J.Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76(2), 156–168.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S.I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 11–28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vrangbæk, K. (2015). Patient involvement in Danish health care. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 611–624. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2015-0002>
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati - essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Pax Forlag.