

# Multisyke eldre pasienters erfaringer med brukermedvirkning ved utskrivning fra sykehus

## Er samproduksjon et uoppnåelig ideal?

Mette Sønderskov

Mette Sønderskov, Høgskolen i Innlandet, [mette.sonderskov@inn.no](mailto:mette.sonderskov@inn.no)

### Sammendrag

*Temaet for denne artikkelen er multisyke eldre pasienters erfaringer og opplevelser med mulighetene for gode medvirkningsprosesser ved utskrivning fra sykehus. Bakteppet er de politiske føringene om at brukermedvirkning i dag skal foregå som samproduksjon, der helsepersonell og pasienter aktivt anvender hverandres ressurser. Flere studier viser utfordringer i praksis, og at det er behov for mer kunnskap om pasientperspektivet i overganger mellom helsetjenester for å kunne finne effektive tilnærminger. Basert på en kvalitativ intervjuundersøkelse med femten eldre pasienter, som har hatt bruk for akutt helsehjelp på sykehus, undersøkes hvordan de erfarer betingelsene for samproduksjon. Resultatene viser flere spenninger mellom pasientsentrerte mål og organisatoriske rammer. Funnene viser blant annet at sentrale forutsetninger for brukermedvirkning ikke er til stede, og at pasientene i svært liten grad gis muligheter til å delta aktivt. Pasientene gis mangelfull informasjon, tidligere erfaringer og pasientkompetanse skaper ulikheter, og de pårørende blir i liten grad ivaretatt som ressurs.*

### Nøkkelord

*Brukermedvirkning, samproduksjon, multisyke eldre pasienter, utskrivning, sykehus*

### Fagfellevurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.6582>



© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

## Innledning

Antall personer som lever med to eller flere kroniske tilstander forventes å øke i takt med at befolkningen eldes (McGilton et al., 2018; Vedsegaard, 2019). Eldre pasienter er en spesielt utsatt gruppe på grunn av multimorbiditet og skrøpeligheit (Lilleheie et al., 2019). De er belastet med flere og lengre sykehusinnleggelses, lavere funksjonsevne etter utskrivning, psykologisk stress, smerter og nedsatt livskvalitet (Vedsegaard, 2019, s. 60). Likevel blir denne pasientgruppen i dag utskrevet raskere og sykere enn tidligere (Aase, 2022; Frisvoll et al., 2020; Tingvoll et al., 2010). Selve utskrivningen er i seg selv knyttet til økt fysisk og/eller psykologisk smerte. Dette kan imidlertid reduseres gjennom styrket brukervedvirkning for å forbedre opplevelsene til multisyke eldre pasienter (Foss & Hofoss, 2011; Lilleheie et al., 2019). Det er viktig at pasientene har gode muligheter til å medvirke, og blir gitt tilpasset informasjon til rett tid, i og med at dette vil skape trygghet og forutsigbarhet (Helsedirektoratet, 2021).

Det er imidlertid godt dokumentert at eldre pasienter ofte opplever mangelfull omsorg ved utskrivning fra sykehus på grunn av dårlig planlegging, utilstrekkelig informasjon og manglende medvirkning i prosessene (Berntsen et al., 2019; Murray et al., 2019; Sogstad & Bergland, 2021). Gjennomgående viser forskning at brukerne er lite involvert, selv om de selv ønsker å delta, og at brukervedvirkning primært foregår på helsepersonells premisser (Dyrstad et al., 2015). Dette fører til utrygghet, fordi pasientene er lite forberedte på hjemkomsten (Foss & Hofoss, 2011; Johannessen & Steihaug, 2019). Det er behov for å forbedre opplevelsene til multisyke eldre pasienter i utskrivningsprosessen (Lilleheie et al., 2019), men perspektiver på hvordan man kan få til dette i praksis har ikke blitt tilstrekkelig utforsket i forskningslitteraturen (Dyrstad et al., 2015; Nyborg, 2018). I tillegg viser tidligere studier at de pårørende i liten grad er involvert (Perry et al., 2011; Rustad et al., 2017), til tross for at pårørendes bidrag kan være en mulig retning for å utfylle bildet av pasientenes behov (Helsedirektoratet, 2021, s. 34).

Samlet sett synes brukervedvirkning å være mindre utbredt innen tjenester for eldre enn for yngre (Johannessen & Steihaug, 2019; Nyborg, 2018). Samtidig er det i dag politiske føringer om at brukervedvirkning skal foregå som *samproduksjon* (co-production) (Torjesen et al., 2017), her definert som 'public service organizations and citizens making better use of each other's assets, resources and contributions to achieve better outcomes or improved efficiency' (Loeffler & Bovaird, 2020, s. 206). Erfaringskunnskap regnes som komplementær til profesjonell kunnskap (Castro et al., 2016), og god kvalitet forutsetter at pasientenes erfaringer og synspunkter brukes aktivt i både utvikling og levering av tjenestene (De Vibe et al., 2016; (McColl-Kennedy et al., 2017). Når det dreier seg om sårbare brukergrupper er det viktig å inkludere utfordringer knyttet til maktstrukturer, i og med at sårbarhet ofte står i motsetningsforhold til grunnleggende betingelser for samproduksjon

(Røhnebæk & Bjerck, 2021); det at samproduksjon alltid innebærer en viss grad av maktoverføring (Jenhaug, 2018).

Når samproduksjon som ideal i brukermedvirkning møter etablerte institusjoner og praksiser, kan det oppstå spenninger mellom pasientsentrerte mål og organisatoriske rammer, som vi trenger mer kunnskap om (Lilleheie et al., 2019). Det er viktig å sette søkelys på dilemmaene ved samproduksjon for å kunne gi et mer nøkternt og realistisk bilde av hvilken plass dette kan eller bør ha (Askheim, 2016). Når det gjelder multisyke eldre pasienters perspektiver på overganger mellom ulike helsetjenester, er dette utilstrekkelig inkludert i tidligere forskning, selv om denne type innsikt er viktig for å kunne finne effektive tilnæringer (Kumlin et al., 2020). Med bakgrunn i en kvalitativ undersøkelse, utforsker denne artikkelen derfor opplevelsene til et utvalg pasienter i utskrivningsprosesser etter å ha fått akutt helsehjelp. Forskningsspørsmålet er todelt og lyder som følgende: *Hvordan erfarer multisyke eldre pasienter betingelsene for brukermedvirkning ved utskrivning fra sykehus, og hva sier dette om mulighetene for samproduksjon i denne konteksten?*

## **Teoretiske perspektiver**

### ***Brukermedvirkning som fenomen***

Brukermedvirkning som fenomen har bredt rundt seg fra 1980-tallet, og har siden påvirket de fleste velferdspolitiske reformer i Norden (Egilson et al., 2018). Det er i dag et begrep som skårer høyt på listen over velferdsfeltets honnørord (Askheim & Andersen, 2023). Brukermedvirkning er nærmest blitt en selvfølge, noe som skaper en risiko for at man overser begrepets skiftende innhold (Skjeldal, 2021). For til tross for at retten til medvirkning er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven, er det fortsatt ulike forståelser av på hvilke områder (og i hvilke spørsmål) brukermedvirkning er viktig, samt variasjoner i hva pasienter og helsepersonell oppfatter det er.

I sin klassiske artikkel, illustrerer Arnstein (1969, s. 216) hvordan brukermedvirkning kan være alt fra tomme ritualer til full brukerstyring. I helsesektoren har brukermedvirkning tradisjonelt omhandlet valg mellom alternative medisinske behandlingsopplegg (McCull-Kennedy et al., 2017). En taksonomi som ofte har vært brukt er utarbeidet av Thompson (2007), som skiller mellom fem nivåer: 0) pasienten blir ikke involvert, 1) pasienten oppsøker og mottar informasjon, 2) pasienten blir informert, 3) pasienten tar beslutninger sammen med den profesjonelle og 4) pasienten tar autonome beslutninger. Når det gjelder eldre pasienter, hevder Ekdahl et al. (2010) at de oppfatter brukermedvirkning som ensbetydende med å motta informasjon (dvs. nivå 2), og at de ikke ønsker å delta i avgjørelser som gjelder medisinsk behandling. I motsetning til dette viser en norsk studie at eldre pasienter både ønsker og foretrekker å delta i

felles beslutningsprosesser for å avgjøre egne opplegg, dvs. nivå 3 (Foss & Hofoss, 2011).

Uavhengig av nivå i taksonomien, forutsetter brukermedvirkning alltid et samspill mellom pasient og helsepersonell, og dermed også et element av egeninnsats fra brukerens side. Derfor er det viktig at den lovpålagte medvirkningsretten tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, inkludert pasientens evne til å motta og gi informasjon (Helsedirektoratet, 2015), noe som krever at det kommuniseres på en måte som gjør at eldre pasienter skjønner det. Her peker forskning på en utfordring; mens eldre pasienter generelt er mest opptatte av hvordan de fungerer i hverdagen – og de mer praktiske spørsmål eller oppgaver – fokuserer de profesjonelle i større grad på medisinske diagnoser og målinger (Nyborg, 2018). For denne pasientgruppen er de praktiske begrensningene i hverdagen ofte eksistensielle av natur, og fører til en type sorg over tap av funksjonsevne. Mens helsepersonell betrakter dette som et spørsmål om behov for assistanse, hjemmehjelp osv. (Nyborg et al., 2016). Derfor er det utslagsgivende å fremme medvirkningsprosesser som gir helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for den eldre pasienten. Ulike perspektiver på nytte og risiko kan kun bli tydelige gjennom utforskning av pasientens verdier og preferanser, samt diskusjoner om tro på egen mestringsevne. Gjennom hele medvirkningsprosessen bør begge parter derfor med jevne mellomrom sjekke forståelsen av fakta og perspektiver, og gi ytterligere avklaringer til hverandre etter behov (Makoul & Clayman, 2006).

### ***Idealet om samproduksjon***

Et teoretisk begrep som fanger opp disse sentrale elementene ved brukermedvirkning er samproduksjon, som i dag utgjør et ideal for helse- og omsorgstjenestene (Bikova & Christensen, 2022). Samproduksjon er ikke noe nytt, men har sitt opprinnelige opphav i forskning på offentlig reformpolitikk (Ostrom 1972). Her var en opptatt av at innbyggerne aktivt må involveres og ikke bare konsulteres, i utvikling, design og levering av offentlige tjenester. Etter årtusenskiftet har interessen for samproduksjon fått nytt liv, fordi man i økt grad anerkjenner viktigheten av det (Bovaird & Loeffler, 2013). I Norge presenteres samproduksjon som en bevegelse fra et passivt mottaker- eller konsumentperspektiv til et mer aktivt medborgerperspektiv (NOU, 2011: 11). Det bygger på forestillingen om at det er mulig å basere velferdstjenestene på felles ressursutnyttelse og ansvar, som muliggjør kvalitetshevning når brukerne bidrar med erfaringskunnskap (Tortzen, 2019). Samproduksjonslitteraturen ser på relasjonene mellom profesjonelle og brukere som et likeverdig samarbeid, der brukeren er plassert i hjertet av enhver gitt tjeneste (Bovaird & Loeffler, 2013).

Det har generelt vært lite oppmerksomhet på utfordringene som oppstår når idéen om «den samproduserende pasienten» møter virkeligheten i helsesektoren (Bikova & Christensen, 2022). For eksempel er det ikke alle pasientgrupper som hverken ønsker eller kan ta en rolle som aktive deltakere i slike prosesser (McColl-Kennedy

et al., 2017). I slike tilfeller vil pårørende kunne ivareta brukermedvirkningen på vegne av dem (Jenhaug, 2018). Samproduksjonsdiskursen er derfor blant annet kritisert for å fremme oppmerksomhet på brukernes og pårørendes ansvar og motivasjon for utføring av arbeid, i stedet for på brukernes reelle innflytelsesmuligheter (Askheim, 2017; Jenhaug, 2018). I tillegg har en individualiserende tilgang til ansvar for helse og sykdom begrepsmessig tilslørt sosiale faktorerens betydning, hvilket kan bidra til økt sosial ulikhet mellom dem som har etablert et godt sosialt nettverk, og rår over sosial kapital som kan brukes i både hverdagen og i akutte situasjoner, og dem som ikke har det (Dræbel et al., 2019).

Brukermedvirkning som samproduksjon skal finne sted innenfor bestemte institusjonelle rammebetingelser: Helsepersonell jobber i organisasjoner som setter klare rammer for hva de skal gjøre (og ikke), samt hvordan arbeidsoppgavene skal utføres. Økonomiske og organisatoriske rammer påvirker mulighetsrommet (Askheim, 2020; Lilleheie et al., 2019), der tidspress og stor arbeidsbelastning vanskeliggjør brukermedvirkning i praksis – eller fører til at det primært foregår på helsepersonellens premisser (Dyrstad et al., 2015). Studier viser blant annet at pasienter og pårørende opplever å bli «fortapt» i sykehuskonteksten, og strever med å påvirke egen livssituasjon (Johannessen & Steihaug, 2019). Likevel har tidligere forskning på overganger i helsesektoren i liten grad handlet om å forbedre de pasientsentrerte aspektene for eldre mennesker (Sogstad & Bergland, 2021).

## **Metode**

### ***Design, rekruttering og utvalg***

Denne studien er rettet mot å undersøke hvordan multisyke eldre pasienter opplever betingelsene for brukermedvirkning ved utskrivning fra sykehus. Her dras nytte av den sosialkonstruktivistiske tradisjonen, som betrakter mennesker som reflekterende vesener som selv skaper den sosiale virkeligheten, noe som gjør at kunnskap handler om å forstå aktørenes perspektiver (Danermark et al., 2003). For å kunne tolke fenomener i betydningen informantene selv legger i dem, og komme frem til en dypere innsikt og forståelse av pasientenes opplevelser, ble det valgt en kvalitativ tilnærming (Denzin & Lincoln, 2011; Repstad, 2007).

Studien bygger på en pasientundersøkelse, gjennomført høsten 2019, som rettet seg mot pasientgruppen som er eldre enn 65 år, lider av kroniske lidelser og er bosatt i eget hjem. På bakgrunn av lister fra medisinsk avdeling ved tre sykehus i regionen ble det funnet 833 pasienter som tilfredsstilte våre søkekriterier. Blant disse ble det trukket et tilfeldig utvalg på 80 personer ved hjelp av Randomization.com. Det ble sendt brev til disse, hvor det var vedlagt et utkast til svarbrev, slik at de som ønsket å bli intervjuet kunne bekrefte dette. Først når pasientene hadde sagt seg villig til å delta fikk vi adgang til å kontakte dem.

Vi fikk positivt svar fra 15 pasienter i alderen fra 65 til 83 år. Som Tabell 1 nedenfor viser, har informantene forskjellige kroniske sykdommer og svært varierende behov for helsehjelp. Kun en av informantene bor alene, mens resten lever med ektefellen.

**Tabell 1. Oversikt over informanter**

	<b>Kjønn</b>	<b>Alder</b>	<b>Diagnoser og symptomer</b>
1	Mann	74	Hjerteoperert (pacemaker), tungpustet, amputert bein, sepsis, revmatisme
2	Kvinne	78	Hjerteflutter, svimmel, polyneuropati (mangler følelse i beina)
3	Mann	74	Hjerteoperert (satt inn stent), hjerteflutter
4	Kvinne	-	Hjerteinfarkt, hjerneslag, ribbeinsbrudd, utposing på hovedpulsåren
5	Mann	74	Hjerteoperert, hjerteflutter, polyneuropati, urinsyregikt
6	Mann	68	Hjerteoperert (lekkasje på hjerteklaff), hjerteflutter
7	Mann	72	Hjerteinfarkt, blodpropp i lungene, blodkreft
8	Mann	-	Kronisk lungesykdom
9	Mann	83	Hjerteinfarkt, KOLS
10	Mann	76	Hjerteinfarkt
11	Kvinne	67	Hjerteoperert (skiftet klaff), astma, knesmerter
12	Mann	72	Hjerteoperert (nyresvikt under operasjon), diabetes (dårlig følelse i beina)
13	Mann	68	Hjerte problemer, sår på magen
14	Mann	79	Beinmargskreft (en virvel i ryggen er ødelagt)
15	Kvinne	-	Hjerteinfarkt, KOLS, aneurisme

### ***Datainnsamling og analyse***

Pasientene ble intervjuet i sitt hjem med utgangspunkt i en semi-strukturert temabasert intervjuguide som blant annet inneholdt spørsmål om situasjonen i dag, om pasientenes siste sykehusinnleggelse og hvordan de erfarte mulighetene for å medvirke i utskrivningsprosessen. I ni av intervjuene var ektefellen til stede og deltok som aktive informanter. Det vil si at det totale antall informanter var 24. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og transkribert i sin helhet.

For å identifisere, analysere og rapportere mønstre innenfor dataene anvendte vi en tematisk innholdsanalyse inspirert av Braun & Clarke (2006). Først ble alle intervjuutskriftene lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk av informantenes beskrivelser av erfaringer med utskrivningsprosessene, sett opp mot deres livs- og helsesituasjon. Gjennom den videre prosessen med koding og utarbeidelse av foreløpige temaer kom vi etter hvert fram til to hovedtemaer: Pasientene opplever at 1) det ikke er rom for noe utenomsnakk og 2) de skrives ut når sykehuset vil.

Tabell 2 under viser eksempler på analysetrinn fra meningsbærende enheter til hovedtemaer.

**Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen**

<b>Meningsbærende enheter</b>	<b>Foreløpige temaer</b>	<b>Hovedtemaer</b>
Jeg spør jeg. Og har jeg glemt å spørre om noe, så får jeg ta følgene selv. Nei for, de sier ikke mer enn de må doktorene heller. (...) Det blir en slags erfaring dette også, vet du.	Må selv etterspørre informasjon	Ikke rom for noe utenomsnakk
Jeg har kanskje blitt litt mer direkte og flink til å spørre og grave mer selv, tror jeg. Og jeg har jo som sagt etter hvert vært så mye nedpå der at (ler) det blir liksom litt mer uformelt.	Tidligere erfaringer gjør dem i stand til å spørre og stille krav	Ikke rom for noe utenomsnakk
Så fort de tror det er nok, da sender de en hjem igjen med tabletter (...) Altså, det er om å gjøre å få folk ut av senga så de får gjort i stand igjen.	Effektivitetsfokus på sykehuset	De skrives ut når sykehuset vil
Hun sa at hun ville sende meg hjem (...) Og ikke stolte hun på at det var noe galt med meg rett og slett. Den var ekkel ... Jeg måtte slå meg litt tøff og hard og si at dette her, det finner jeg meg ikke i.	Stress og utrygghet ved utskrivning	De skrives ut når sykehuset vil

### ***Forskningsetiske betraktninger***

Det er ingen interessekonflikter knyttet til innholdet i studien. Siden studien er kategorisert som helsetjenesteforskning (brukermedvirkning i behandlingsforløp), trenger den ikke REK-godkjenning, men ble godkjent av personvernombudet ved Sykehuset Innlandet (saksnr. 118486). Både pasientene selv og deres pårørende samtykket til deltakelse i undersøkelsen. De fikk skriftlig informasjon om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke samtykket uten konsekvenser. Informantene ble også informert om hvordan data ville bli anonymisert, slik at ingen vil kunne gjenkjennes.

### **Resultat**

I nedenstående presentasjon av funn beskrives først hvordan pasientene opplevde informasjonen de fikk, og kommunikasjonen med de profesjonelle, for deretter å illustrere ulike erfarte utfordringer i tilknytning til brukermedvirkning i utskrivningsprosessen.

#### ***Ikke rom for noe utenomsnakk***

Relativt tidlig i intervjuene skulle pasientene svare på om noen på sykehuset hadde spurt dem om hva som betydde mest for dem (altså utforsket pasientenes verdier og preferanser). Det var imidlertid ingen av de 15 pasientene som hadde fått dette spørsmålet. En av pasientene sa:

*Nei. Det er i grunnen bare hvordan det står til og hei. Jaha, og ut igjen. Men nå begynner jeg jo etter hvert å kjenne så mange nedpå der, så nå blir det jo liksom litt slik prat ellers. Men det er ikke noe utenomsnakk om sykdommen, nei.*

Det viser seg å være gjennomgående, at det gis lite informasjon – og at informasjon er noe pasientene selv må etterspørre. En av pasientene understreker at man selv har et ansvar: *«Jeg spør jeg. Og har jeg glemt å spørre om noe, så får jeg ta følgene selv. Nei for, de sier ikke mer enn de må doktorene heller. (...) Det blir en slags erfaring dette også, vet du»*. Det er imidlertid ikke alle som tør å spørre, til tross for at de føler seg forbigått.

Noen av pasientene, som har tidligere erfaringer med innleggelser, beretter at de har lært seg å stille krav til de sykehusansatte. En 68 år gammel mann med hjerteproblemer (pasient 6) sier at han etter en akutt innleggelse, der han var på sykehuset i tre-fire dager, ble sendt hjem:

*Og så gikk det bra til midt i mars. Og så var det samme kula igjen. Så da sa jeg at nå reiser jeg ikke hjem igjen før jeg får visst hva vi skal gjøre med dette her. Fordi jeg spiste jo tablett til den store medaljen. Og så ... ja, da ble det tatt affære.*

Han forteller videre at han i årenes løp er begynt å bli kjent med dem på sykehuset: *«Jeg har kanskje blitt litt mer direkte og flink til å spørre og grave mer selv, tror jeg. Og jeg har jo som sagt etter hvert vært så mye nedpå der at (ler) det blir liksom litt mer uformelt»*. Det fremheves av flere at kjennskap til noen av de ansatte er fordelaktig.

Når det gjelder informasjon om selve utskrivningstidspunktet, har pasientene litt ulike erfaringer. En 83 år gammel pasient (pasient 9) sier at han egentlig fikk denne beskjeden ved mottakelsen: *«At jeg bare liksom skulle være til observasjon over natta»*. Mens han andre ganger har måttet grave og spørre for i det hele tatt å få vite noe: *«Ja, noen ganger får jeg avklarende svar. Men det er jo ikke alltid»*. En annen 78 år gammel pasient (pasient 2) beskriver en hendelse der det hadde oppstått misforståelser i kommunikasjonen. Hun ønsket selv å bli utskrevet: *«Ja, jeg var jo egentlig ferdigpakket og på tur ut med bagen på torsdag. Så fikk jeg beskjed om at jeg måtte være til fredag. Ja, så der hadde det vært noe dårlig kommunikasjon da»*.

En 74 år gammel mann (pasient 5) forteller også om kommunikasjonsutfordringer i en konkret situasjon, der han ble lagt inn til en hjerteoperasjon. Alt var klart, men sykehuset hadde glemt å si til ham at han skulle ta en bestemt medisin på forhånd, som han da ikke hadde tatt. Da fikk han beskjeden: *«Ja, da kan du bare gå igjen»*. Slike hendelser skaper mye stress og utrygghet, forteller informanten.

Pasientene peker på store forskjeller både mellom ansatte på et sykehus – men også mellom ulike sykehus – med hensyn til hvor imøtekommende de ansatte er og hvor travle de gir uttrykk for å være. Flere av pasientene ønsker at de kunne fått en fast person de kan ta opp ting med: *«For det er en ny en for hver dag (...) De er bare inne og jobber, og de setter seg ikke inn i alt, ikke sant»*. Pasientene vet aldri hvem på sykehuset de skal til neste gang, når de f.eks. skal på kontroll, noe som er



ønskelig for å skape kontinuitet. Det er også et generelt ønske om at sykehuset hadde gitt mer informasjon til de pårørende både under innleggelsen og ved utskrivning.

### ***De skrives ut når sykehuset vil***

Analysen viser at utskrivningsprosessen i stor grad preges av et effektivitetsfokus; at pasientene skal ut av sengen raskest mulig, for å gi plass til nye ventende pasienter. Pasientene uttrykker at de forstår det er viktig for sykehuset å få dem raskt utskrevet, men samtidig bidrar dette til at flere av informantene har hatt negative opplevelser som skaper utrygghet. En av pasientene, en 74 år gammel mann (pasient 1), forteller at det er stort fokus på å få pasientene ut så raskt som mulig:

*Så fort de tror det er nok, da sender de en hjem igjen med tabletter (...)  
Altså, det er om å gjøre å få folk ut av senga så de får gjort i stand igjen.  
Og da blir det å sitte på gangen eller på dagligstua.*

Mens noen må vente i timevis på en utskrivningssamtale, har andre opplevd å bli utskrevet uten å ha blitt forberedt på det. En av pasientene (pasient 4) forteller at hun ble innlagt med lungebetennelse midt på natten i pyjamas. Hun lå med intravenøst antibiotika i fem døgn:

*Og så fikk jeg beskjed fra sykehuset at jeg skulle ta en drosje hjem igjen da. Det var på lørdag. Jeg hadde litt feber, men jeg skulle få med meg to paracet. Nei, vet du, da trodde jeg de skulle ... Vet du, jeg var så sint at ... Ikke hadde jeg tøyler, ikke hadde jeg sokker. Ja, og ingen var hjemme fordi at første oldebarnet mitt hadde navnefest. Så hele familien var jo der. Og de hadde ikke fått beskjed at jeg skulle hjem igjen. Jeg hadde ikke fått beskjed selv, jeg.*

Samme pasient var ved et annet tilfelle innlagt med ribbeinsbrudd etter et hjerneslag. Hun kom inn på sykehuset en lørdag, etter at hjemmesykepleien hadde ringt etter syke bilen. Legen på sykehuset ville ha henne på en smertelindringskur i tre til fem dager – det var beskjeden hun fikk ved innleggelsestidspunktet. Pasienten hadde så høy puls at hun ikke fikk lov til å gå ut av sengen:

*Så jeg måtte ha følge, og det fikk jeg jo ikke for det var jo ikke folk der. Jeg ringte på og ringte på. Ingen kom. (...) Ikke ble jeg vasket noe mer. Fikk ikke stelt meg. Ingenting. (...) Og så kom det en doktor søndag morgen, og da sa han at jeg skulle hjem. Det bestemte han.*

Hun ble sendt hjem på mandagen med morfintabletter etter to dager på sykehuset. På minuttet hun skulle utskrives fikk hun imidlertid også beskjed om at det var funnet en utposing på hovedpulsåren, men dette skulle hun få tilsendt et brev om. Denne beskjeden gjorde henne svært utrygg i utskrivningssituasjonen.

En mannlig pasient på 74 år (pasient 1) poengterer at utskriving skjer på sykehusets premisser: «*De skriver en ut når de vil det ... og jeg har det vettet å ikke sette meg opp mot slike ting*». Pasientens ektefelle beskriver situasjonen som håpløs:

*Når det ikke er plasser [på rehabilitering] så er det ikke plasser. Men jeg sa jo at det hadde gjort mon hvis han hadde fått vært der i helga. Men så var de og spurte en overlege, og han sa at når han var ferdigbehandlet, da skulle han ut (...) Jeg orket ikke å sette meg opp noe mer på det. Jeg var så sliten da, så jeg bare reiste.*

Ektefellen hadde spurt legen om hvem som skulle følge hennes mann etter utskrivningen. Hun forteller: «*Nei, det var bare kommunen sitt ansvar. Så sa jeg, jeg vet hvem sitt ansvar det blir. For det blir mitt ... Det er jo jeg som måtte følge opp og passe på, for de kunne ikke sitte her hele døgnet og følge med*». De pårørendes innsats og betydning er viktig for at pasientene skal kunne utskrives fra sykehuset. For henne som pårørende er det er ikke selve jobben som «hjemmetjeneste» som er vanskelig, men det ansvaret hun sitter med når hun skal følge opp sin mann som er alvorlig syk.

For den ene kvinnelige pasienten i undersøkelsen som lever enslig (pasient 11) er utskrivningssituasjonen nesten litt omvendt, fordi det ikke er noen hjemme til å hjelpe og være sammen med henne. Hun forteller at hun var innlagt for å skifte hjerteklaff fem dager før julekvelden, og ble utskrevet lillejuleaften. Dermed endte hun opp med å sitte alene julekvelden. De fleste ønsker naturligvis å komme hjem, men de gangene pasientene føler seg for syke til å bli utskrevet oppleves det som svært vanskelig.

Ved utskrivning, kan også uenigheter rundt videre behandlingsopplegg skape uro. En 74 år gammel pasient (pasient 3) beskriver sitt opphold som behagelig og beroligende. Men da han skulle skrives ut var det en lege som ikke ville sende ham på rehabilitering:

*Hun ville jo liksom ikke sende meg dit, nei. Hun sa at hun ville sende meg hjem (...) Og ikke stolte hun på at det var noe galt med meg rett og slett. Den var ekkel ... Jeg måtte slå meg litt tøff og hard og si at dette her, det finner jeg meg ikke i. Ring <navn>, så får du greie på hva som er riktig (...).*

Selv i tilfeller der pasienten føler seg noenlunde helsemessig i stand til å ta egne valg, er det flere som opplever at de i møtet med legene på sykehuset ikke alltid blir hørt: «*Det er de høye herrer som bestemmer*».

## Diskusjon

Utskrivning fra sykehus er ofte knyttet til økt fysisk og/eller psykologisk smerte for eldre pasienter, noe som fremhever viktigheten av gode medvirkningsprosesser i

disse overgangene (Foss & Hofoss, 2011; Lilleheie et al., 2019). For å fremme brukermedvirkning i praksis, er det blant annet avgjørende med god informasjon som er tydelig kommunisert, felles problemforståelse, dialog om usikkerheter, samt aktiv deltakelse fra begge parter, som deler verdier og preferanser med hverandre i en interaktiv prosess (Storm & Edwards, 2013). Samproduksjonsidealet oppnås først når det eksisterer en form for likeverdig samarbeid mellom pasient og helsepersonell om beslutninger som tas, noe som fordrer at den profesjonelle ekspertrollen tones ned (Hansen, 2019). Samproduksjon utfordres imidlertid av kompleksiteten til eldre pasienters helsetilstand. De kan både slite med å forstå og huske hva som blir sagt, noe som videre også kan påvirke opplevelsene de får ved utskrivning. Det handler delvis om de sykehusansattes fagspråk og terminologi, men ikke minst om måten informasjon blir formidlet på og i hvilken grad (Lilleheie et al., 2019).

Denne artikkelens funn indikerer at multisyke eldre pasienters medvirkning i utskrivningsprosesser ikke er et eksplisitt mål for sykehusets ansatte. Muligheten for brukermedvirkning svekkes allerede når det gjelder kommunikasjon: Det gis kun den informasjonen som er helt nødvendig, og dersom pasientene ønsker å vite mer må de selv «spørre og grave». På Thompsons (2007) taksonomi svarer dette til et sted mellom nivå 1 og 2. Utfordringen ved dette er at det langt fra er alle som tør å stille spørsmål til de profesjonelle. I en slik sårbar situasjon er det heller ikke alle som har tilstrekkelig overskudd til å sette seg opp mot avgjørelsene sykehuset tar. De pasientene som har vært innlagt flere ganger, og har tidligere erfaringer og kunnskap om hvordan ting fungerer, opplever imidlertid bedre kommunikasjon og tjenestekvalitet. De begynner å kjenne til både folk, rutiner, sosiale normer og regler, og har dermed lettere ved å selv etterspørre informasjon og ta en mer likeverdig posisjon i møtet med helsepersonell. Dette indikerer at ressursforskjeller mellom pasientene kan ha stor betydning: Mangelfull tilrettelegging for gode medvirkningsprosesser skaper sosiale ulikheter mellom ressurssterke pasienter – som tør å stille spørsmål og krav – og de som ikke gjør dette. Pasientkompetanse kan med andre ord være viktig for graden av samproduksjon, fordi ulikheter forplanter seg i pasientenes opplevelser og erfaringer.

Tidspress og arbeidsbetingelser skaper vanskelige betingelser for å kunne realisere samproduksjon i praksis (Dyrstad et al., 2015). Pasientene skal ut av sengen raskest mulig for å gi plass til nye ventende pasienter, noe som fører til stress og utrygghet – spesielt i situasjoner der utskrivning skjer mot pasientens og/ellers den pårørendes vilje. De ansatte ved sykehuset er fagfolk, men også politiske aktører som skal implementere offentlig politikk og realisere motstridende krav og forventninger (Lipsky, 1980). Sykehuset skal drives innen gitte budsjett, samtidig som hver enkelt skal ha best mulig behandling (Kumlin et al., 2020). Mange av pasienthistoriene kan tolkes dit hen at sykehusene forholder seg til diagnosen i større grad enn til pasienten som menneske – og at de ikke engasjerer seg utover å gjøre det diagnosen krever. I en situasjon med knappe ressurser kan dette på den ene siden betraktes

som en rasjonell strategi. På den andre siden kan det å kommunisere og samarbeide med pasienten være av stor betydning for behandlingens suksess – inklusiv pasientens evne til å ta vare på seg selv. Tid til kommunikasjon ville kunne gi pasientene større trygghet, også etter utskrivning, og er dermed en betingelse for at pasienten skal føle seg hjulpet (Johannessen & Steihaug, 2019; Lilleheie et al., 2019).

Sentralt i samproduksjonstenkningen står pårørendes rolle som aktører og samarbeidspartnere (Askheim, 2016). Funnene viser at de pårørende ikke involveres i særlig stor grad, noe som gjør at de profesjonelle risikerer å overse det pasientene er mest opptatt av, nemlig de praktiske, hverdagslige utfordringene (Nyborg, 2018). Dette er uheldig, i og med at manglende forståelse for pasientenes perspektiver kan ha negativ betydning for helsetilstanden, samt øke risikoen for gjeninnleggelse. Pårørende spiller ofte en betydelig rolle når det gjelder å yte praktisk assistanse og emosjonell støtte, men involveres likevel kun i liten grad (Bragstad et al., 2014). Det at ingen snakker med de pårørende kan være en direkte følge av den individualiserende tilgangen til ansvar for helse og sykdom (Dræbel et al., 2019), men man risikerer å miste et viktig potensial: Å ta vare på pårørende som en ressurs. Rustad et al. (2017) viser behovet for sykepleiere som kan gjenkjenne og ta hensyn til pårørendes komplekse og utfordrende rolle – og deres verdifulle bidrag – ved utskrivning. Sykepleiere ville potensielt sett kunne ta rollen som en kontaktperson, som kjenner både pasienten og de pårørende, men også her kan huller i turnus eller mangel på kvalifisert arbeidskraft føre til at sykepleierne ikke vet hvor de skal jobbe neste dag.

### ***Studiens begrensninger***

Intervjuene gir ikke data som representerer objektive virkelighetsbeskrivelser, men handler i stedet om de konkrete erfaringene pasientene har gjort seg ved utskrivning fra sykehus (Kvale & Brinkmann, 2015). Det at kun 15 pasienter ønsket å delta i studien kan skyldes at dette er en pasientgruppe med betydelige helseproblemer og lite overskudd. Dette er en svakhet ved studien, fordi utvalgsmetoden innebærer en risiko for at det er systematiske forskjeller mellom dem som takket ja til invitasjonen og dem som ikke ønsket å delta – at det er de mest friske og ressurssterke som ble informanter. Når muligheten for brukervedvirkning samtidig ser ut til å ramme ulikt på grunn av forskjeller i pasientkompetanse, kan dette bety at flere av studiens pasienter er blant dem som tør å stille spørsmål og krav. Likevel vurderer vi at disse pasientenes synspunkter og erfaringer gir nyttig dybdeinnsikt i pasientperspektivet – og at det er grunn til å tro at andre fra samme pasientgruppe kan ha lignende erfaringer, noe som også bekreftes i andre nyere studier (Lilleheie et al., 2019; Nyborg, 2018).

## Avslutning

Selv om det er politiske føringer om at brukermedvirkning skal skje som samproduksjon, viser denne artikkelens kvalitative undersøkelse at multisyke eldre opplever mulighetene som svært begrenset. Funnene kan tolkes i retning av at det delvis kan handle om belønningssystemet på sykehuset: Idéen om samproduksjon oppfattes ikke som fordelaktig, men virker i stedet til å være i konflikt med andre dominerende verdier og oppfatninger, f.eks. det å være effektive og dyktige på akuttmedisin. Essensielle komponenter for gode medvirkningsprosesser er ikke til stede. Det er ikke tid og rom til noe utenomsnakk, pasientenes verdier og preferanser utforskes ikke, og manglende informasjon skaper økt stress og utrygghet. Både stat og kommuner er opptatt av samproduksjon, inkludert muligheten av å trekke veksler på de pårørendes ressurser. Disse funnene kan være et utgangspunkt for å diskutere dagens praksis: Når det gjelder denne spesifikke pasientgruppen har spesialisthelsetjenesten lang vei å gå, og samproduksjon virker til å være et uopnåelig ideal.

## Forslag til videre forskning

Det er behov for ytterligere forskning på hvordan man kan forbedre kvaliteten på brukermedvirkning for multisyke eldre, som tar utgangspunkt i pasientenes perspektiver. Videre forskning kan også inkludere perspektivet til de sykehusansatte for å undersøke i hvilken grad deres holdninger, arbeidsbetingelser og måter å håndtere motstridende forventninger på påvirker mulighetene for samproduksjon i praksis.

## Litteratur

- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 24-36.
- Askheim, O.P. (2017) Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(02): 134–149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Askheim, O. P. (2020) Brukermedvirkning–fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(03), 170-186. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>
- Askheim, O. P. & Andersen, J. (2023). *Brukermedvirkningens mange ansikter*. Fagbokforlaget.
- Berntsen, G., Strisland, F., Malm-Nicolaisen, K., Smaradottir, B., Fensli, R. & Røhne, M. (2019) The Evidence Base for an Ideal Care Pathway for Frail Multimorbid Elderly: Combined Scoping and Systematic Intervention

- Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4), e12517.  
<https://doi.org/10.2196/12517>
- Bikova, M., & Christensen, K. (2022). Samproduksjon i mulighetsrommet for brukarmedvirkning i norske helse -og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (1), 1-13. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.9>
- Bovaird, T., & Loeffler, E. (2013). We're all in this together: Harnessing user and community co-production of public outcomes. I C. Staite (Red.), *Making sense of the future: Do we need a model of public services?* Birmingham: The Institute of Local Government Studies (ch. 4).
- Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D., & Foss, C. (2014). Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health & social care in the community*, 22(2), 155-168. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12071>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>.
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J. C. (2003). *Att förklara samhället* (2. utg.). Studentlitteratur.
- De Vibe, M. F., Udness, E., & Vege, A. (2016). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke; en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015*. Notat om kvalitetsutvikling nr. 4. Folkehelseinstituttet.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4. utg.). Sage.
- Dræbel, T. A., Bagger, B., Vestergaard, K., & Eriksen, K. K. (2019). Ulige muligheter for håndtering af KOL i hverdagen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(01), 43-58. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-03>.
- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K., & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, 17(1), 15-34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>.
- Egilson, S. P., Dybbroe, B. & Olsen, T (2018). Brukarmedvirkning og velferdstjenester. *Nordisk välfärdsforskning/Nordic Welfare Research*, 3 (1), 4-6. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2018-01-01>
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). “They do what they think is the best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient education and counseling*, 80(2), 233-240. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.026>.
- Foss, C., & Hofoss, D. (2011). Elderly persons’ experiences of participation in hospital discharge process. *Patient education and counseling*, 85(1), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.025>.

- Frisvoll, I. C., Aarseth, T., & Kirchhoff, R. (2020). Å skrive ut pasienter til kommunene—faglig rasjonalitet under press?. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-04>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Björkquist & M. J. Fineide (Red.). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) Meld. St. 11 (2015–2016). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047>
- Helsedirektoratet (2015). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer\(23.6.2022\)](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer(23.6.2022)).
- Helsedirektoratet (2021). *Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen. Vurderinger og anbefalinger*. Rapport IS-3014. [Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/utredning-av-oen-sket-innretning-av-utskrivningsprosessen.pdf)
- Jenhaug, L. M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(01), 39-58. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-03>.
- Jenhaug, L., & Askheim, O. P. (2018). Empowering parents as co-producers: Personal assistance for families with disabled children. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1). <https://doi.org/10.16993/sjdr.57>
- Johannessen, A. K. M. & Steihaug, S. (2019). Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(02), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04>.
- Kumlin, M., Berg, G. V., Kvigne, K. & Hellesø, R. (2020). Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: a qualitative case study. *BMC Health Services Research*, 20, 595. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05437-6>.
- Kvale, S. & Brinkmann (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2019). Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025789>.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation. <https://doi.org/10.2307/1288305>.
- Loeffler, E., & Bovaird, T. (2020). Assessing the impact of co-production on pathways to outcomes in public services: The case of policing and criminal justice. *International Public Management Journal*, 23(2), 205-223. <https://doi.org/10.1080/10967494.2019.1668895>

- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>
- McCull-Kennedy, J. R., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S. J., & Anderson, L. (2017). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. *Journal of Service Management*, 28(1), 2-33. <https://doi.org/10.1108/JOSM-01-2016-0018>
- McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Comisso, E., Ploeg, J. & Chow, A. F. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC geriatrics*, 18(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>.
- Murray, J., Hardicre, N., Birks, Y., O'Hara, J. & Lawton, R. (2019). How older people enact care involvement during transition from hospital to home: A systematic review and model. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(5), 883–893. <https://doi.org/10.1111/hex.12930>
- Nasjonale helse- og sykehusplan 2020–2023 (2019). Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- NOU 2011:11. (2011). Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Nyborg, I. (2018). *User participation among older hospitalized people and their relatives. A qualitative case-oriented study.* [Ph.d.-avhandling]. Universitetet i Oslo.
- Nyborg, I., Kvigne, K., Danbolt, L. J., & Kirkevold, M. (2016). Ambiguous participation in older hospitalized patients: gaining influence through active and passive approaches—a qualitative study. *BMC nursing*, 15(1), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0171-5>.
- Ostrom, E. (1972). “Metropolitan Reform: Propositions Derived from Two Traditions.” *Social Science Quarterly* 53: 474–493.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Perry, M.A., Hudson, S. & Ardis, K. (2011). «If i didn't have anybody, what would I have done?»: experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(10), 916–922. <https://doi.org/10.2340/16501977-0874>
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg. utg.). Universitetsforlaget.
- Rustad, E.C., Seiger Cronfalk, B., Furnes, B. and Dysvik, E. (2017), Next of kin's experiences of information and responsibility during their older relatives' care transitions from hospital to municipal health care. *J Clin Nurs*, 26: 964-974. <https://doi.org/10.1111/jocn.13511>
- Røhnebæk, M., & Bjerck, M. (2021). Enabling and constraining conditions for co-production with vulnerable users: a case study of refugee services.



- International. *Journal of Public Administration*, 44(9), 741-752.  
<https://doi.org/10.1080/01900692.2021.1908355>
- Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*. Universitetsforlaget.
- Sogstad, M. K. R., & Bergland, A. (2021). Sårbar sammenheng i helse-og omsorgstjenesten til eldre pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), 9-28. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02>
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Thompson, A. G. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social science & medicine*, 64(6), 1297-1310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>.
- Tingvoll, W. A., Sæterstrand, T., & Fredriksen, S. T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden—avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, 30(1), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831003000107>.
- 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.
- Tortzen, A. (2019). *Samskabelse af velfærd. Muligheder og faldgruber*. Hans Reitzels Forlag.
- Vedsegaard, H. W. (2019). Borgere med multisygdom i nye rehabiliteringsforløb—brugerinddragelse eller borgerens inddragelse? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(01), 59-73. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-04>.