

Muligheter og utfordringer

Brukermedvirkning i kvalitetsforbedring av tjenester for personer med rus og psykiske lidelser (ROP)

Av Trulte Konsmo og Toril Bakke, seniorrådgivere, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling

- Jeg representerer stemmen til dem som ikke orker å snakke og er med på å utvikle god samhandling mellom fagfolk og brukere. Som brukerrepresentant blir jeg tatt imot som den jeg er, får komme med innspill og blir tatt meget seriøst. Arbeidet gir meg positive vibber til ikke å havne tilbake der jeg var. Jeg får selvtillit og gleder meg til hver gang jeg skal delta i prosjektet. Det er en unik læringssituasjon hvor jeg lærer veldig mye om å forstå systemene og være med på å endre dem. Det er fantastisk moro! Slik beskriver en brukerrepresentant sine erfaringer og opplevelser.

I denne artikkelen vil vi vise hvilken betydning det kan ha å involvere representanter for brukere i forbedringsarbeid og hvordan dette kan gjøres. Det er mange måter å få fram brukernes stemmer, og vi illustrerer noen av disse gjennom erfaringer fra to prosjekter som har til hensikt å forbedre tjenestene til personer med rus og psykiske lidelser. Artikkelen peker også på muligheter og utfordringer med brukermedvirkning, og inviterer til debatt om hvem som har ansvar for at føringer om brukermedvirkning kan settes ut i livet på en god måte.

Brukernes behov tas ikke nok hensyn til når tjenestene skal utvikles

Det er dokumentert alvorlige brudd og svikt på mange områder i kvaliteten på rustjenestene, og opptrappingsplanen for rusfeltet er en konsekvens av dette (1). En lang rekke overordnede føringer har gjennom mange år vektlagt betydningen av brukermedvirkning i helse- og sosialtjenesten (1-6). Brukermedvirkning er både en visjon, et mål og et middel. Det er også en demokratisk rettighet og skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet (7). Men reell brukermedvirkning i praksis har vist seg å være problematisk å få til. Denne utfordringen løftes blant annet frem i samhandlingsreformen: Brukernes behov tas ikke nok hensyn til når tjenestene skal utvikles. Det understrekes derfor at betydningen av og kunnskapen om brukermedvirkning både må forankres i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene. Målet er at medvirkning fra brukere og pårørende skal styrkes for å sikre god og helhetlig behandling og rehabilitering (4). Dette målet gjelder ikke minst innenfor tjenestene til rusavhengige og/eller personer med psykiske lidelser (1,2).

Kjernen i brukermedvirkning er blant annet gjensidig respekt, gode relasjoner og fokus på brukerens ressurser. Dette er mange av de samme faktorene som er virksomme i terapi, og derfor kan deltakelse i forbedringsarbeid på en positiv måte understøtte gode behandlingsprosesser hos

brukere som trekkes inn i forbedringsarbeidet, slik brukerrepresentanten på en god måte beskriver i innledningen (8-11).

I denne artikkelen ønsker vi vise noen eksempler på hvordan brukermedvirkning på tjenestenivå kan gjennomføres i praksis. Vi ønsker også å løfte frem noen utfordringer i forhold til brukermedvirkning og stiller noen spørsmål som kan debatteres videre.

Balanserte partnerskap

Det er etter hvert gjort flere studier som viser betydningen av brukermedvirkning i forbedringsarbeid, i tillegg til at det finnes erfaringer fra praksisfeltet (12-18). Anita Strøm har forsket på brukermedvirkning ved lærings og mestringssentre (17). Dette er organisasjoner hvor brukermedvirkning er satt i system. Funnene viser at det er mange måter personalet og brukere samarbeider på og at det er mange grader av brukermedvirkning. Kjennetegn på reel brukermedvirkning beskrives som gjensidig utveksling og anerkjennelse av hverandres perspektiv og kunnskap, rom for uenighet og forhandlinger, samt gjensidig deling av beslutninger. For å skape slike *balanserte partnerskap* må man regissere samarbeidet på en måte som sikrer at alles synspunkter kommer fram, vennlighet fremmes, åpenhet og gjensidig respekt vektlegges, spenninger håndteres, samt at støtte samles for felles mål og de beslutninger som må treffes (17).

En av brukerrepresentantene som deltok i et nasjonalt forbedringsprosjekt *...med pasientens øyne...*, laget følgende definisjon av brukermedvirkning som viser betydningen av å inngå et balansert partnerskap gjennom hele forbedringsprosessen (18):

Brukermedvirkning er en realitet når brukeren får delta sammen med og på lik linje med fagkompetansen i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Gjennom respekt for hverandres ståsted og kunnskap kan de utfylle hverandre og sammen utvikle gode tjenester.

I dette prosjektet var representanter for brukerne invitert inn som fullverdige medlemmer av forbedringsteamene.

Det å få til et balansert partnerskap med brukere i forbedringsarbeid er avhengig av en organisasjonskultur hvor det erkjennes at tjenestene blir bedre hvis vi planlegger, utfører- og videreutvikler dem i samarbeid med pasienter og pårørende. Det kan være en lang prosess å komme til denne erkjennelsen. De 20 forbedringsteamene som deltok i prosjektet *...med pasientens øyne...* erfarte at kulturendring var en krevende, men helt avgjørende del av forbedringsarbeidet (18). Kloke og konstruktive brukerrepresentanter og tydelige ledere som fremmer en positiv organisasjonskultur er avgjørende for å skape en slik kultur.

Eksempler på brukermedvirkning i forbedringsarbeid

Vi vil beskrive eksempler på brukermedvirkning i forbedringsarbeid fra to prosjekter som har dreid seg om å forbedre kvaliteten på tjenestene for pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser.

- Senter for rusforebygging (SFR) i Drammen kommune og ruspoliklinikken ved Vestre Viken helseforetak arbeider med å bedre samhandling og brukervedvirkning.
- Sykehuset Telemark HF arbeider med å implementere kompetanse på rusbehandling i de psykiatriske avdelingene og styrke brukervedvirkning.

Brukerne bør involveres allerede i forberedelsene

Fordi det er en ekstra utfordring å drive forbedring på tvers av flere tjenester, ble man i Drammen enige om å opprette en styringsgruppe med toppledere, brukerrepresentanter og prosjektledelse for å sikre forankringen i alle de samarbeidende organisasjonene. Ulike brukerorganisasjoner i distriktet fikk invitasjon til å delta i styringsgruppen, men greide dessverre ikke å finne representanter som kunne stille på møtene til tross for gjentatte henvendelser. Dette viser noe av utfordringen med brukervedvirkning, men det betyr ikke at man skal gi opp. Brukerorganisasjonene er ofte for dårlig utbygget i mange kommuner til at de kan bidra, og dette er en viktig utfordring å gjøre noe med. Fra andre fagfelt har vi positive erfaringer med å rekruttere uorganiserte tidligere eller nåværende brukere og pårørende til forbedringsarbeid. Dette viste seg å være vanskelig i dette fagfeltet og disse erfaringene vil vi komme tilbake til senere i artikkelen.

Fokusgrupper

For å få fram stemmene til brukerne, pårørende og de ansatte i de involverte tjenestene i Drammen, gjennomførte vi 8 fokusgruppeintervjuer i forkant av prosjektets oppstart. Et fokusgruppeintervju er et strukturert gruppeintervju, hvor en eller to personer leder et intervju med 6 til 10 deltakere. Tre av fokusgruppene var med brukere, to med pårørende og tre med ansatte. Intervjuene var lagt opp slik at deltakerne kunne samtale om sine erfaringer ift noen fokusområder, og at de også kunne komme med egne tema og innspill. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har finansiert disse intervjuene og skrive av denne artikkelen. De rekrutterte i tillegg en person med erfaring som pårørende til en rusavhengig. Vedkommende deltok i arbeidet med å utvikle intervjuguiden og ledet noen av fokusgruppene i samarbeid med prosjektlederene fra Kunnskapssenteret. Alle de pårørende og brukerne som deltok i intervjuene ga uttrykk for at de satte stor pris på at deres erfaringer ble brukt som utgangspunkt for forbedringsarbeid på denne måten. Materialet fra alle intervjuene ble systematisert i en intern rapport¹ som brukere, pårørende, ansatte og ledere fikk utdelt i forkant av prosjektets oppstartseminar. Hensikten var å forankre

¹ Denne er ikke publisert, fordi vi ønsket å skape trygghet og åpenhet hos ansatte og ledere om at det som kom fram om tjenestenettverket skulle brukes på en konstruktiv måte til å gjøre tjenestene bedre.

forbedringsarbeidet hos alle berørte parter og skape en felles erkjennelse av behovet for forbedring. Dette er et viktig trinn i forberedelsene til alt forbedringsarbeid (19).

Samtidig som flere positive opplevelser med tjenestetilbudet ble løftet frem, ble det også beskrevet alvorlige brudd og svikt på mange områder når det gjelder kvaliteten på rustjenestene.

Den største utfordringen for alle parter som ble løftet frem i intervjuene var mangel på samhandling.

- Det er et uoversiktlig system, det er ikke lett for en enkeltperson å finne fram, uttalte en av brukerne. Som en av mange konsekvenser ved manglende samhandling måtte de fortelle historien sin gang etter gang, noe som ble opplevd som en belastning. *- Det har vært slitsomt for meg når du går videre; må forklare ALT på nytt igjen, forklare og forklare og forklare. Når jeg endelig har bygd meg opp litt, så skal man forklare og gjenta alt.* Pårørende har også den samme erfaringen: *- Det er mange flinke folk i hjelpeapparatet, men de sitter på hver sine tuer. De samarbeider ikke, det fungerer dårlig.*

Mange av foreldrene opplevde det paradoksalt at de ikke i større grad ble involvert i støtteapparatet rundt barna sine. De bryr seg om dem, kjenner dem godt, må ofte ta ansvar likevel når de blir skrevet ut og lever et liv som er sterkt påvirket av barnas rusavhengighet. *- Det var dårlig gjort at vi ikke blir tatt med mer på råd. Vi burde vært et team rundt den som er rusmisbruker! Rusmisbrukeren måtte gi samtykke til at vi fikk delta. Jeg ville også gi noe, fortelle om henne.*

På oppstartseminaret uttrykte en av lederne umiddelbart sin skuffelse over at rapporten bare beskrev kjente utfordringer og fikk følgende spørsmål fra en pårørende: *Og hvorfor har dere ikke gjort noe med det da?* Dette ble starten på en prosess hvor man erkjente at tiden var moden for forbedring, og at det var en viktig vekker å la brukere og pårørende beskrive systemproblemene man hadde vent seg til å leve med. Det var bred enighet om at man ville styrke brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene.

De unge faller ut

I det videre forbedringsarbeidet ble det kartlagt at hele 80 % av klientene mellom 15-25 år faller ut av behandlingen på ruspoliklinikken, dvs. at avslutningen ikke er planlagt. Det var ingen felles rutiner for å følge opp dem som ikke møter opp. Det ble derfor besluttet å prioritere forbedring av samhandlingen om og med pasienter i aldersgruppen 15-25 år. Det ble utarbeidet et program for trekantsamtaler mellom kommunen, ruspoliklinikken og brukeren for å sikre kontinuitet og god oppfølging. I trekantsamtalene skal man avklare brukernes ønsker for behandlingen og informere om tilbudet og rettigheter. Det skal kartlegges hvilke andre parter som skal trekkes inn i arbeidet, blant annet foreldre eller andre pårørende, samt ansatte i ulike deler av tjenestene. For å sikre at

klientene kommer til møtene, skal klientenes ønsker og behov ift møtested og tidspunkt, samt transport og følge kartlegges. Det blir også laget en strategi for hva man skal gjøre hvis klienten allikevel ikke kommer. Dette er et godt eksempel på at brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene styrker brukermedvirkning på individnivå.

Rapporten fra fokusgruppene fikk også fram andre forbedringsområder og har derfor blitt brukt mye i andre sammenhenger, for eksempel til å forbedre kommunens tjenester til brukere som er i LAR-behandling.

Brukerrepresentanter til forbedringsteamet

For å drive forbedringsarbeidet framover ble det nedsatt et tverrfaglig team med en leder og med brukerrepresentanter. Siden brukerorganisasjonene ikke kunne bidra med brukerrepresentanter, ble individuelle brukere av tjenestene og deres pårørende spurt om de kunne tenke seg å være med. Det ble rekruttert flere, men de forsvant etter kort tid. Noen forklaringer kjenner vi; de var for slitne, var rusa eller syke, flyttet, kom i jobb eller studier. Nye brukere ble rekruttert, men det samme skjedde igjen. En brukerrepresentant var stabil og deltok i over et halvt år før han sluttet pga flytting. Han svarte følgende på hvorfor det var så vanskelig å få tak i brukerrepresentanter:

”- Hvis folk er i aktiv rus, har de en tendens til bare å kunne tenke på seg selv. De klarer ikke se på tiltak som er utenfor sin egen sfære. Det gjør det vanskelig å rekruttere gode brukerrepresentanter. Folk i aktiv rus fungerer ikke. Man blir også lett satt i bås og sett ned på hvis man sier at man er eller har vært rusmisbruker. Mange legger det til side for å ikke bli dømt. Men jeg ser at de opplevelsene og erfaringene jeg har fått gjennom rusmisbruk og behandling har gitt meg en viktig personlig utvikling: Jeg vet hvordan det å stå i dritten har gitt meg andre verdier og syn på ting. Jeg er lite dømmende, har utviklet mye empati og setter pris på små ting i livet i dag! Å være brukerrepresentant har gjort meg tryggere på meg selv, jeg har fått øvelse i å snakke i åpne fora og ikke være redd for å si det jeg mener. Det er viktig å formidle til nye brukerrepresentanter at de kan få stor nytte av å ta en slik rolle.”

Slik denne brukerrepresentanten formulerer det kommer utfordringene klart til syne: I aktiv rus er det nesten umulig for en person å greie å være brukerrepresentant. Når vedkommende er ute av rusen – enten i en periode eller for godt, kan det oppleves stigmatiserende å fremstå som brukerrepresentant for andre rusavhengige. Begrepet *bruker* er i seg selv negativt ladet i denne konteksten.

Senter for rusforebygging (SFR) i Drammen kommune hadde stor nytte av innspillene fra de brukerrepresentantene som deltok i forbedringsarbeidet. For å styrke brukermedvirkningen av tjenestene har de i lengre tid arbeidet med å etablere et brukerråd som blant annet skal involveres aktivt i forbedringsarbeid. De lyktes omsider med å rekruttere en formell representant ved å kontakte RIO sentralt, Mental Helse og Det hvite bånd (Norske kvinners kristne avholdsforbund).

Måltrettet og fokusert deling av brukererfaringer motiverer personalet

På Sykehuset Telemark HF har et rusteam siden 2009 arbeidet med å styrke ruskompetansen ved psykiatrisk klinikk gjennom undervisning og veiledning, samt hospitering ved utvalgte enheter. Rusprosjektet har brukerrepresentant i referansegruppen og har også hatt samarbeidsmøter med representanter for flere brukerorganisasjoner. I 2010 gjennomførte rusteamet en omfattende kartlegging av behandlingspraksis av rusproblematikk på alle enhetene. Kartleggingen viste blant annet at det var behov for implementering av screeningsverktøy for å avdekke rusmisbruk og konsekvenser av dette.

Kunnskapssenteret ble kontaktet for å bistå med veiledning i forbedringsmetodikk og det ble rekruttert to representanter fra A-larm til å delta i denne delen av prosjektet. De er lønnet av prosjektmidler fra Helse og rehabilitering. Denne organisasjonen for brukere og pårørende er foreløpig bare etablert i Agder, Telemark, Vestfold og Rogaland. A-larm gir svært god opplæring og veiledning for å skolere sine representanter. De to brukerrepresentantene som det ble inngått avtale med er begge tidligere rusavhengige². De har bidratt til å skape et balansert partnerskap preget av gjensidig anerkjennelse, kunnskapsdeling, gode diskusjoner og beslutninger sammen med de tre fagpersonene i rusteamet.

En av brukerrepresentantene hadde viktige erfaringer med å bli screenet for rusmisbruk under et opphold på psykiatrisk avdeling. For han ble screeningen og relasjonen til terapeuten et viktig vendepunkt:

”- Det var samtalen med terapeuten i forbindelse med screeningen som gjorde det klart for meg at jeg måtte komme meg ut av rusmisbruket. Det fjernet veggen som var mellom meg og terapeuten, - det var godt for begge parter! Det var viktig at behandleren tok imot det jeg kom med og hjalp hjernen min til å åpne seg opp for dette.”

Han delte sine erfaringer i et kort foredrag for ledere og ansatte på et oppstartseminar om kvalitetsforbedring i klinikken. Tilbakemeldingene var svært gode på innlegget, som han hadde laget

² Deres lønn er finansiert gjennom prosjektmidler fra Helse og rehabilitering.

på bakgrunn av både egne og andres erfaringer. Han fortalte om sine erfaringer på en fokusert og målrettet måte som motiverte de ansatte til å starte opp med screening. Man må gripes for å begripe, og alle som hørte på ham ble grepet.

Siden har de to representantene fra A-larm undervist på flere enheter om screening sammen med en ansatt fra rusteamet. Evalueringer viser at personalet opplever det som svært motiverende og viktig at disse brukerrepresentantene deltar.

For å lykkes med å skape vedvarende forbedringer er det svært viktig å identifisere og tydeliggjøre hvilke fordeler de planlagte endringene har for pasientene, personalet og hele organisasjonen. Det er også med til å skape positive holdninger til endringene både hos ledelse og personalet (20-22).

Flytskjemaer gir oversikt og innsikt

Flytskjemaer er et nyttig verktøy for å få fram brukernes erfaringer med tjenestene. Dette verktøyet har vært brukt i begge prosjektene (23). I Drammen tegnet de flere kart over sine viktigste prosesser sammen med brukerne for å få oversikt over tjenestene. Dette opplevde både brukerrepresentanter og ansatte som klargjørende. En av brukerrepresentantene syntes det var interessant å se hvordan de ulike prosessene var, og hadde flere gode innspill. Han stilte for eksempel spørsmål om behovet for å ha interne søknader i SFR når man først har fått innvilget hjelp og hvorfor skal man bruke krefter på internt papirarbeid? Innspillet ble godt tatt i mot og tiltak igangsatt for å endre på rutiner. Også de ansatte opplevde å få aha-opplevelser og økt innsikt i sider ved egen organiseringen gjennom flytskjemaene. De benyttet blant annet flytskjema som planleggingsverktøy til å tegne hvordan de ønsket at det nye botilbudet i kommunen skulle være. Flytskjema har fungert som et nyttig verktøy for å skape dialog med brukerne av tjenestene om hvordan de ønsker at de nye tjenestene skal utformes.

Ved Sykehuset Telemark brukte de også flytskjema i sin forbedringsprosess, blant annet på et felles seminar: De ulike enhetene tegnet flytskjemaer over hvordan de ville at kartleggingsprosessen skulle se ut når screeningsverktøyene var implementert. De diskuterte også hvilke mål de skulle sette. Representanter fra A-larm sirkulerte i gruppene på seminaret og ble involvert i planleggingen. En enhet for gruppeterapi var usikre på om det var nødvendig å screene pasienter som hadde oppgitt at de ikke ruset seg, noe brukerrepresentantene overbeviste dem om at var hensiktsmessig, siden det å erkjenne sitt rusmisbruk ofte er en lang prosess for mange.

I forbedringsarbeid er det viktig å gjøre enkle kvantitative og kvalitative undersøkelser for å vurdere om man når de målene man har satt seg, og for å lære av egen praksis. I tillegg til å måle hvor mange av pasientene på den enkelte enhet som har blitt screenet i løpet av en viss periode, vil man på

Sykehuset Telemark også vurdere hvordan pasientene har opplevd det å bli screenet. En brukerrepresentant vil lede fokusgruppeintervjuene av pasientene og en av de ansatte i rusteamet vil gjøre notater. Undersøkelser har vist at det skaper trygghet og åpenhet når den som intervjuer har egen erfaring som bruker eller pårørende.

En annen velprøvd metode er Bruker Spør Bruker som er en kvalitativ tilnærming til innsamling og dokumentasjon av brukeres erfaringer til bruk i helsetjenesteutvikling. Den baserer seg også på en dialogbasert formidlingsform. Brukere som selv har erfaring med psykisk lidelse, gis opplæring i fokusgruppemetode og engasjeres til å intervju brukere om deres erfaringer og opplevelser av kvalitet. Resultatene blir deretter grunnlag for dialogbaserte møter mellom tjeneste/bruker med henblikk på å oppnå felles virkelighetsforståelse av kvaliteten (24).

Hvem har ansvaret for at brukervedvirkning blir ivaretatt?

Det er sterke føringer fra myndighetene på at brukere skal delta i utviklingen av tjenestene. Både forskning og erfaring så langt med brukervedvirkning viser at tjenestene endres når brukerne deltar i utformingen. Denne korte gjennomgangen viser noen eksempler på hvordan brukervedvirkning kan gjennomføres i praksis. I tillegg har vi løftet frem noen utfordringer.

Reell brukervedvirkning krever et balansert partnerskap bygget på likeverdighet mellom fagpersoner og brukere. Det utfordrer maktbalansen – hvem skal bestemme hvordan tjenestene skal planlegges og gjennomføres? Derfor er reell brukervedvirkning avhengig av en organisasjonskultur og en ledelse som har fokus på - og vektlegger betydningen av - at brukerne deltar aktivt og inviteres inn i varmen der hvor avgjørelser tas. Reell brukervedvirkning krever også at de brukerne som skal representere andre brukere har et avklart forhold til egen problematikk og kan se ut over egen situasjon. De fleste brukerorganisasjonene har egne opplegg som lærer opp og støtter brukerrepresentantene.

Det optimale er å "institusjonalisere" brukervedvirkning. Det vil si innlede et formelt samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner, knytte til seg en eller flere faste representanter og sikre at disse at brukerne involveres i hele prosessen med kvalitetsutvikling gjennom deltagelse i tverrfaglige forbedringsteam og styringsgruppe.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for rusfeltet (2007 - 2010). 2011.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 . 1998.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens helsetjeneste - trygghet for alle. 2009.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). 2011.

5. Sosial- og helsedirektoratet. ...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. 2005. Report No.: IS 1162.
6. Helsedirektoratet. Kvalitet og kompetanse...om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. 2011.
7. Statsministerens kontor. Soria Moria II Politisk plattform for flertallsregjeringen 2009 - 2013. 2009.
8. Fjeldstad T. Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Gyldendal Akademisk; 2008.
9. Lambert MJ. Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. In: Norcross J.C.& Goldfried MR, editor. Handbook of Psychotherapy Integration. 5th Edition. New York: Basic Books; 1992.
10. Lambert J. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley & Sons; 2004.
11. Duncan BL, Miller SD, Sparks J. The Heroic Client. A revolutionary way to improve Effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
12. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions. A review of the evidence. Picker Institute Europe; 2006.
13. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Kamaldeep B, Fulop N, Tyrer P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. BMJ 2002;325-1263.
14. Gregory J. Conceptualising consumer engagement: A review of the literature. Australian Institute of Health Policy Studies Research Project ; 2007.
15. Nilsen E, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database of Systematic Reviews ; 2006.
16. Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring - brukervedvirkning. Helsebiblioteket 2011 (Hentet 26.09.2011)Available from: URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Oppsummert+forskning>
17. Strøm A. Samarbeid i Lærings- og mestringssentret - brukervedvirkning og makt. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2010.
18. Konsmo T, Bakke T, de Vibe M. Rapport fra kvalitetsprosjekt ...med pasientens øyne...Brukervedvirkning - et gjennombrudd for ledere, medarbeidere og pasienter. Norsk Sykepleierforbund; 2009.
19. Seksjon for kvalitetsutvikling. Modell for kvalitetsforbedring. Helsebiblioteket; 2010.

20. Brandrud AS, Schreiner A, Hjortdahl P, Helljesen GS, Nyen B, Nelson EC. Three success factors for continual improvement in healthcare: An analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Qual & Safety* 2011.
21. Øvretveit J. Leading improvement effectively. Review of research. The Health Foundation; 2009.
22. Institute for Innovation and Improvement. Sustainability. NHS 2011; Available from: URL: http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html
23. Seksjon for kvalitetsforbedring. Flytskjema. Helsebiblioteket 2011 [cited 2011 Sep 26]; Available from: URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Metoder+og+verkt%C3%B8y/Alle+verkt%C3%B8y>
24. Bruker spør bruker. [cited 2011 Sep 26]; Available from: URL: <http://www.brukererfaring.no>