

Kan tjenstedesign bidra til økt medvirkning og involvering for pasienter og brukere på individnivå i helse- og omsorgstjenestene?

Trude Fløystad Eines, Ingunn Pernille Mundal og Cecilie Katrine Utheim Grønvik

Trude Fløystad, Eines, Dosent, Høgskolen i Molde, avdeling helse- og sosialfag, E post: Trude.F.Eines@hiMolde.no

Ingunn Pernille Mundal, Førstemanuensis, Høgskolen i Molde, avdeling helse- og sosialfag

Cecilie Katrine Utheim Grønvik, Førstemanuensis, Høgskolen i Molde, avdeling helse- og sosialfag

Sammendrag

Pasient – og brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som skal sikre pasienter og brukere økt innflytelse i helse og omsorgstjenesten. Forskning viser imidlertid at helsepersonell anvender en paternalistisk tilnærming i sin yrkesutøvelse, noe som truer pasienters rettigheter. Helsepersonell anbefales derfor å ta i bruk tjenstedesign som metodikk for å øke den reelle medvirkningen og involveringen av pasienter og brukere. Formålet med økt bruker- og pasientmedvirkning og involvering er å utvikle tjenester av høy kvalitet med utgangspunkt i brukernes behov. Behovsdrevne tjenester vil oppleves som nyttige og meningsfulle for brukerne. Det er derfor viktig at helsepersonell forstår verdien av brukermedvirkning i kvalitetsarbeid og tilegner seg kunnskap om tjenstedesign.

Nøkkelord:

brukermedvirkning; brukerinvolvering; tjenstedesign; kvalitet; kunnskapsbasert praksis

Keywords:

user participation; user involvement; service design; quality; evidence-based practice

Fagartikkel

<https://doi.org/10.7557/14.5482>



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

Allerede i 2009 satte Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) søkelyset på pasienter og brukeres rett til medbestemmelse og medvirkning. Johannessen og Steihaug (2019) fant imidlertid i sin studie at pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester har begrenset mulighet for medvirkning, og involvering og medvirkning av pasienter og brukere i utvikling av slike tjenester er derfor fortsatt viktig (Johannessen & Steihaug, 2019). Helse- og omsorgstjenestene i Norge jobber derfor kontinuerlig med å implementere tiltak for å øke brukermedvirkningen i tråd med krav fra myndigheter og styrende lovverk. Medvirkning blir også beskrevet som et viktig virkemiddel for å sikre at pasienter og brukere får økt innflytelse i utformingen av og endringer av tjenestene (Sørvoll & Gautun, 2020) Dette aspektet løftes frem som spesielt viktig i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til eldre pasienter med kroniske- og multimorbide lidelser som ofte mottar helsetjenester i hjemmet (Frieren-Storms, Bours, van der Weijden & Beurskens, 2015).

Ifølge Ferreira, Song, Gomes, Garcia og Ferreira (2015) har helsepersonell fortsatt en paternalistisk tilnærming i møte med pasienter i helse- og omsorgstjenestene. Profesjonene definerer ofte selv pasientenes behov fremfor å bruke tid på å innhente kunnskap om deres reelle behov og ønsker (Johannessen & Steihaug, 2019). Mangelfull pasient- og brukermedvirkning kan ifølge forskning (Kemp, Quan & Santana, 2017; Wiering de Boer & Delnoij, 2017) føre til uheldige konsekvenser som for eksempel reinleggelse på sykehus, komplikasjoner, mangelfull tilfredshet med tjenestene og tjenester som ikke møter pasienter og brukeres individuelle behov. Mæhre (2017) fant i sin doktorgradsavhandling at flytting av pasienter fra sykehus til kommunalt omsorgsnivå, bidro til utrygghet hos både pasienter, pårørende og ansatte. De alvorlig syke pasientene opplevde utrygghet fordi de følte seg mer overlatt til seg selv og sin sykdom, mens pårørende opplevde utrygghet og bekymring for at deres slektning ikke fikk den hjelpen de trengte. Også sykepleierne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplevde utrygghet fordi de var usikre på om de hadde tilstrekkelig kompetanse til å kunne ivareta pasientenes komplekse behov (Mæhre, 2017). En annen studie viser at pasienter ofte blir ekskludert i planleggingen av egen utskrivelse fra sykehus, noe som medfører ekstra belastninger og utrygghet i flyttingen mellom ulike omsorgsnivå (Rydeman, Tørnkvist, Agreus & Dahlberg, 2012). Brukermedvirkning synes å være mindre utbredt innen tjenester for eldre enn for yngre pasienter (Sørvoll og Gautun, 2020). Helse- og omsorgstjenestene i Norge står ovenfor en rivende utvikling med en økende aldrende befolkning parallelt med knapphet på både helsefaglige - og økonomiske ressurser. Parallelt blir vi utfordret til å jobbe smartere, for eksempel ved å implementere velferdsteknologi og digitale løsninger i hjemmebaserte tjenester.

I denne artikkelen vil vi beskrive hvordan tjenstedesign kan være en nyttig tilnærming for økt brukermedvirkning i helse – og omsorgstjenestene i Norge. Man

kan skille mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå, men i denne artikkelen har vi fokus på individnivå og pasientenes muligheter til å påvirke den hjelp eller behandling han mottar. Medvirkning på individnivå, blir ofte omtalt som «shared decision making» (SDM). Shared decision making defineres av de britiske helsemyndighetene som *“a collaborative process that allows patients and their providers to make health care decisions together, taking into account the best scientific evidence available, as well as the patient’s values and preferences”* (National Health Service, 2020). SDM reflekterer handlinger der en tilbyr informasjon, gir støtte og tilrettelegger for selvbestemmelse og at pasienten tar egne beslutninger (Elwyn, Frosch, Thompson, Joseph-Williams, Lloyd, Kinnersley, Cording, Tompson, Dodd, Rollnick, Edwards & Barry, 2012). Denne tilnærmingen anerkjenner behovet for å understøtte pasientens autonomi ved å bygge gode relasjoner, respektere både individuell kompetanse og en gjensidig avhengighet av andre. Dette er de viktigste elementene i både selvbestemmelse og relasjonell autonomi (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010). Nødvendigheten av SDM hviler på prinsippene for god klinisk praksis, og respekterer pasientenes rett til å vite at informerte valg skal være grunnlaget for profesjonelle handlinger. Dette understreker en tilnærming til praksis der klinikere og pasienter tar beslutninger ved bruk av den best tilgjengelige kunnskapen. Klinikere og pasient vurderer deretter disse alternativene i lys av pasientens situasjon, mål og preferanser (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinart, 2012). SDM adresserer også spørsmål om paternalisme og ulikheter av makt i behandler-pasient forholdet (Jamtvedt & Nortvedt, 2015; James & Quirk, 2017).

Det finnes imidlertid pasienter som av ulike årsaker ikke ønsker å medvirke i planlegging og gjennomføring av deres medisinske behandling eller sykepleie. For eksempel ønsker enkelte å diskutere behandlingsmuligheter med legen, men overlater til legen å ta de avgjørende beslutninger (De las Cuevas & Peñate, 2016). Andre ønsker ikke å involveres og har forventninger om at beslutninger skal tas av legen eller sykepleieren (Jamtvedt & Nordtvedt, 2015). Ifølge en oversiktsstudie av Brom, Hopmans, Pasma, Timmermans, Widdershoven og Onwuteaka-Philipsen (2014), foretrekker oftere yngre pasienter, personer med høyere utdanning og kvinner en mer aktiv rolle i beslutningstaking. Eldre personer foretrekker oftere en mer paternalistisk tilnærming fra legen (Brom et al., 2014). Årsakene til deres ønske om å ikke være involvert, kan være ulike; kanskje har de mer tiltro til at legen eller sykepleieren har kunnskapen som er nødvendig for å fatte de beste beslutningene? Kanskje er de for syke eller ikke har overskudd til å bruke energi på å bli involvert i beslutningsprosessen i forhold til deres sykdom?

Pasient– og brukerinvolvering – en rettighet du har i helsetjenestene

Pasient – og brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe helsepersonell kan velge å unnlate å forholde seg til (Pasient - og

brukerrettighetsloven, 1999). I pasient – og brukerrettighetsloven (1999, §1-3a) defineres en pasient som: «En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

Helsehjelp defineres i Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, §1-3c) som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». Begrepene «pasient» og «bruker» blir ofte benyttet om hverandre, men Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, §1-3f) skiller klart mellom begrepene og definerer en bruker som «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c». Siden helsepolitiske føringer og dokumenter ikke vektlegger skillet mellom pasient – og brukermedvirkning, benytter vi begge begrepene i denne artikkelen.

Økt brukermedvirkning blir vurdert å være et viktig tiltak for å redusere maktforholdet som ofte er til stede mellom tjenesteytere - og mottakere, hvor tjenesteytere tidligere har hatt for mye makt (Haukelien, Møller & Vike, 2011). Helsepersonell skal videre legge til rette for at all behandling så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten og hans pårørende. Det skal i tillegg legges stor vekt på pasientens synspunkter i utforming og forbedring av eksisterende helse – og omsorgstjenester (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016). Også innen helseforskning stilles det krav om brukermedvirkning for å sikre at prosjektene og anvendelsen av forskningen tilpasses pasientens verdier, behov og situasjon (Helse Vest, Helse Nord, Helse Sør-Øst & Helse Midt-Norge, 2018).

Å legge til rette for økt medvirkning av pasienter og pårørende, krever at sykepleiere har et verdigrunnlag som vektlegger gjensidig respekt og tillitsfulle relasjoner. Sykepleiere må i økt grad ta utgangspunkt i pasientens egne subjektive erfaringer og behov i planlegging og gjennomføring av sykepleie. For at pasienter skal kunne delta i viktige beslutninger om egen sykdom og helse, påpeker Seljelid (2016) at tilpasset informasjon til pasienten er en forutsetning. For eksempel må sykepleiere og behandlende lege gi pasienten tilpasset informasjon slik at han får nødvendig innsikt i egen helsetilstand og hva helsehjelpen omfatter. Informasjon er grunnleggende viktig for at pasienten skal få kunnskap, innsikt og mulighet til å medvirke (Pasient– og brukerrettighetsloven, 1999).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om at helsepersonell tar faglige avgjørelser basert på både pasientens erfaringer, ønsker og behov i en gitt kontekst, systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap og helsepersonells erfaringsbaserte kunnskap, se figur 1 (Nortvedt, et.al., 2012). Å utøve sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis er et mål som er beskrevet i flere nasjonale anbefalinger (Helse– og omsorgsdepartementet, 2014). I tillegg løftes medvirkning inn som viktig i

systematisk forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene (Storm & Wiig, 2018).



Figur 1. Modell for kunnskapsbasert praksis (kunnskapsbasertpraksis.no)

Ifølge Stortingsmelding 15 «Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), skal brukermedvirkning gi den enkelte større mulighet til å velge tjenesteyter (hvem), medvirke til innholdet i tjenestetilbudet (hva), på hvilken måte den ytes (hvordan) og på hvilket sted og tidspunkt tjenesten gis (hvor og når).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fremhevet viktigheten av sikre at pasienter og brukere får rett behandling, på rett sted, til rett tid, med et mål om at tjenestene bør tilbys på lavest mulig omsorgsnivå. For å nå dette målet, forventes det i dag at pasienter, brukere og deres pårørende tar et større ansvar for å dekke individuelle pleie – og omsorgsbehov med utgangspunkt i de ressurser den enkelte har (Askheim, Christensen, Fluge & Guldvik, 2016).

Det overordnede målet for helse – og omsorgstjenestene er at pasientene skal få et best mulig tilbud som er tilpasset deres behov og ønsker. Sykepleiere er forpliktet til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp i tråd med til enhver tids gjeldende lovverk og forskrifter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999

Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Kjennetegn ved faglig forsvarlig sykepleie er at den har sitt fundament i oppdatert og relevant kunnskap, i yrkesetiske retningslinjer, i lover, forskrifter og faglige retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2018).

I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi ved at mennesker som søker hjelp, gjerne vil være deltakere og påvirke viktige beslutninger i egne liv, motta hjelp på egne premisser, og bli sett og respektert i kraft av egne verdier, erfaringer og behov (Helsedirektoratet, 2017). Dersom pasienten ikke får medvirke slik han har rett til, kan det bidra til en opplevd hjelpeløshet og forsterke et eventuelt negativt selvbilde.

Tjenstedesign – et verktøy for økt pasientmedvirkning – og involvering?

Tjenstedesign har vært nevnt som en anbefalt metodikk for å øke reell brukermedvirkning i helsetjenestene (Eines, Løfaldli & Ødegård, 2020; Eines & Vatne, 2018; Ness, Edwards & Karlson, 2017). Formålet med tjenstedesign som tilnærming, er å utvikle tjenester med utgangspunkt i pasientene og brukernes egendefinerte behov for hjelp gjennom medvirkning. Dette kan føre til at brukerne av tjenestene opplever mer *eierskap* til beslutningene som tas – og behandlingen eller tjenestene som planlegges. Tjenstedesignere jobber med utgangspunkt i følgende fem prinsipper: Man må jobbe *brukersentrert*. Tjenestene må ta utgangspunkt i tjenestemottakernes reelle behov.

Nye tilbud og tjenester må utvikles i *samskapende* prosesser. Både pasienter, pårørende og de ulike profesjonene og aktørene som er en del av en helsetjeneste, bør inkluderes for å sikre riktig – og bred kompetanse, kvalitet, engasjement og eierskap.

Det er viktig å fokusere på en *helhetlig* tilnærming, hvor det skapes en god og sammenhengende opplevelse for dem som skal bruke tjenesten.

Det er viktig å benytte *visualisering* som verktøy i tjenstedesignprosesser. Visualisering av informasjon og ideer forenkler og bidrar ofte til økt forståelse av kompleksiteten rundt et problem eller en pasientsituasjon som skal løses.

Tjenesten må være *testet*. Det er viktig å utarbeide forslag til løsninger som testes og evalueres i tett samarbeid med pasient(er), bruker(e), deres pårørende og ansatte. En evaluering av – og deltakelse i justeringen av foreløpige løsninger, ansees å være svært viktig i utviklingen av en endelig og optimal løsning (Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO)/Kommunenes Organisasjon (KS), 2015).

Tjenstedesignmetodikk med bred involvering av pasienter eller brukere i alle ledd av en behandlingsskjede eller forbedringsprosess, fremmer en felles forståelse for problemet eller utfordringen som skal løses. I en slik prosess fokuseres det mye på

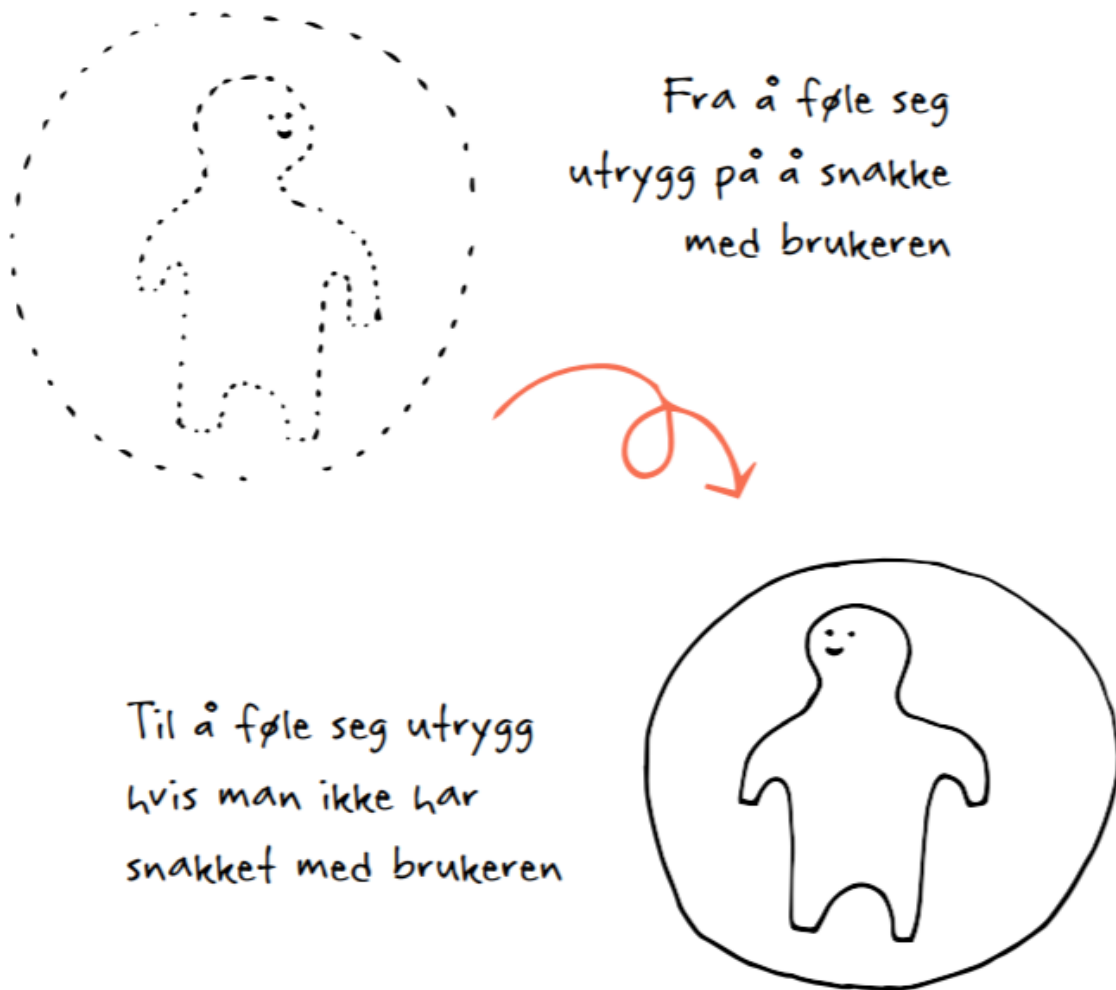
betydningen av å forstå pasientenes reelle behov, ønsker og utfordringer. For å fremme kreative løsninger, samarbeider tjenstedesignere tett med alle involverte aktører (pasienter, pårørende, ansatte og relevante frivillige organisasjoner) innenfor problemstillingene som skal løses. Som tidligere nevnt, er pasient- og brukerinvolvering viktig i alle deler av helse- og omsorgstjenesten – og i bruk av de fem ulike prinsippene i en tjenstedesignprosess (AHO/KS, 2015). Formålet med å involvere brukere, er å utforme tjenester av høy kvalitet, som vil kunne oppleves å være nyttige og meningsfulle for brukerne av en tjeneste. I tillegg er det viktig at tjenestene oppleves å være effektive sett fra tjenesteutøvernes perspektiv (Stickdorn, Hormess, Lawrence & Schneider, 2018).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient – et nødvendig utgangspunktet for økt medvirkning?

Relasjonen mellom sykepleiere og pasienter er ofte knyttet til sammenhengen mellom begrepene respekt, tillit og makt (Baptista, dos Santos, Costa, de Macêdo & Costa, 2018). Pasienter opplever ofte ulik grad av sårbarhet og er helt avhengig av assistanse og hjelp fra blant annet sykepleiere. Tillit til sykepleieren er nødvendig. Pasientene må oppleve at de får nødvendig informasjon om sin sykdom og at de gis mulighet til å medvirke i beslutninger som tas. Fordi maktbalansen mellom sykepleier og pasient er skjør, kreves det i tillegg at sykepleieren vurderer hvordan informasjonen bør gis, hvilke beslutninger pasienten bør involveres i, og at sykepleiere håndterer situasjonen på en varsom måte. For å nå dette målet, bør sykepleiere utøve sin praksis med utgangspunkt i gode holdninger og ferdigheter som inviterer pasienter til dialog.

Forbedringsprosesser som berører grupper av pasienter, som for eksempel pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom, er ressurskrevende. Det er utfordrende å utvikle tjenester som imøtekommer pasientenes behov hvis helsepersonell ikke har en kultur for å kartlegge hvilke behov og ønsker pasientene har (Folkehelseinstituttet, 2019). For å nå målet om å tilby helsetjenester i tråd med i tråd med pasientenes egendefinerte behov, må sykepleiere forstå hvilken verdi brukermedvirkning har for å ta de beste avgjørelsene i forbedringsprosesser (Oertzen, Odekerken-Schröder, Brax & Mager, 2018).

Kan tjenstedesign bidra til økt medvirkning og involvering for pasienter og brukere på individnivå i helse- og omsorgstjenestene?



Figur 2. Å spørre eller ikke spørre brukeren (Illustratør Frida Almquist, AHO/KS, 2015).

Dersom sykepleiere velger å øke fokuset på viktigheten av en pasientsentret helsetjeneste, betyr det at man går fra å være utrygg på å snakke med pasienten, til å føle seg utrygg på å ikke snakke med og involvere pasientene (AHO/KS, 2015). Dette aspektet er også trukket frem som viktig i den nasjonale satsingen på gjennomføring av «Hva er viktig for deg– samtaler» i møter mellom pasienter og tjenesteutøvere, når individuelle pasientforløp skal planlegges (Folkehelseinstituttet, 2019). I en travel jobb som sykepleier med stress og stor arbeidsmengde, kan det oppleves krevende å bruke mye tid på samarbeid med pasienter og deres pårørende. Til tross for at pasient- og brukermidvirkning er løftet frem både som en anbefaling og som en lovmessig rettighet, er det slik at praksis også påvirkes av tilgjengelige ressurser. Det er derfor viktig at organisasjonene som

helhet, med lederne i spissen, forstår verdien av brukermedvirkning i alt kvalitetsarbeid. Strategiske grep og gode handlingsplaner, er ofte avgjørende for å bygge opp felles verdier og holdninger i et arbeidsfellesskap (Bergerum, Thor, Josefsson & Wolmesjö, 2019). Bergerum et al. (2019) påpeker i en review at holdningsmessige endringer ofte er helt avgjørende for å nå målet om økt brukerinvolvering i helsetjenestene. Et prosjekt som har fått mye positiv omtale på grunn av god brukerinvolvering, er et brystkreftprosjekt ved Oslo Universitetssykehus i 2013. I innsiktsarbeidet for å kartlegge pasientenes erfaringer og behov, kom det frem at det var den lange ventetiden før innleggelse pasientene erfarte som den største utfordringen knyttet til det å ha brystkreft. Fokuset i prosjektet ble derfor å redusere ventetiden for å få diagnosen brystkreft. Prosjektet har vunnet flere designpriser fordi de klarte å redusere ventetiden med hele 90% (Norsk design og arkitektursenter (DOGA), 2013). Andre som har delt sine erfaringer fra tjenstedesign-drevne prosjekter med stort fokus på verdien av pasientinvolvering er; 1) Hjelp meg det haster! Veien til behandling for alvorlig psykisk syke (Oslo Universitetssykehus), 2) Litt bedre hver dag. Medarbeiderdrevet prosessforbedring (Sykehuset Østfold) og 3) Morgendagens sykehjem (Kristiansund kommune) (DOGA, 2016).

Kan bruk av tjenstedesign i helse- og omsorgstjenestene bidra til at sykepleiere kan sikre økt pasient- og brukermedvirkning?

Målet med økt brukermedvirkning, er blant annet at pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester i Norge skal føle seg respektert og hørt. Verdien av brukermedvirkning knyttes også til mestring ved å gjøre pasientene mer selvhjulpne og mest mulig uavhengig av hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Som vi har presentert i denne artikkelen, kan tjenstedesign som tilnærming være nyttig å benytte for å øke den reelle medvirkningen av pasienter i helse – og omsorgstjenestene. Denne tilnærmingen samsvarer også med prinsippene for SDM, som innebærer å oppnå en forståelse for hvordan man optimaliserer brukermedvirkning og beslutningstaking generelt. For å nå målet om økt medvirkning, må sykepleiere forstå viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientenes behov for å finne gode løsninger for medisinsk behandling, sykepleie og tjenesteutvikling. Verdien i konseptet rundt tjenstedesign som tilnærming, er at alles bidrag er viktig når behandling og tjenester skal planlegges og utvikles. Kompetanse om kunnskapsbasert praksis, ferdigheter i kommunikasjon og tverrprofesjonell samhandling inngår som sentrale element for å få dette til. I dag tilbys det utdanninger og kurs i tjenstedesign ved flere Universitet og høyskoler, blant annet ved Høgskolen i Molde (VEL200 Innovasjon, produkt- og tjenstedesign) og Arkitektur og designhøgskolen i Oslo. Vi mener det er viktig å legge til rette for at helsepersonell får kunnskap om tjenstedesign eller andre verktøy som kan bidra til å sikre økt bruker- og pasient medvirkning/involvering.

Referanser

- Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO)/Kommunenes Organisasjon (KS). (2015). Tiden inne for tjenstedesign. Hentet fra https://ogbedreskalvibli.files.wordpress.com/2015/08/idekatalog_fou_aho_ks.pdf
- Askheim, O. P., Christensen, K., Fluge, S. & Guldvik, I. (2016). User participation in the Norwegian welfare context: an analysis of policy discourses. *Journal of Social Policy*, 46(3), 583-601. <https://doi.org/10.1017/S0047279416000817>
- Baptista, M. K. S., dos Santos, R. M., Costa, L. D. M. C., de Macêdo, A. M. & Costa, R. L. M. (2018). The power in the nurse-patient relationship: integrative review. *Revista Bioetica*, 26(4), 556-566. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264274>
- Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K. & Wolmesjö, M. (2019). How might patientinvolvement in healthcare quality improvement efforts work – A realist literature review. *Health Expectations*, 22, 952-964. <https://doi.org/10.1111/hex.12900>
- Brom L, Hopmans, W., Pasman, R. H. W., Timmermans, D. R. M., Widdershoven, G. A. M. & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, 25. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-25>
- De Las Cuevas, C., & Penate, W. (2016). Validity of the Control Preferences Scale in patients with emotional disorders. *Patient Prefer Adherence*, 10, 2351-2356. <https://doi.org/10.2147/ppa.S122377>
- Eines, T. F., Løfaldli, B. B. & Ødegård, A. (2020). Helseinnovasjonsenteret – et kommunesamarbeid om forskning, tjenesteutvikling og innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.). *Samskaping - Grensebrytende samarbeid og innovasjon* (kap. 15). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eines, T. F. & Vatne, S. (2018). Nurses and nurse assistants' experiences with using a design thinking approach to innovation in a nursing home. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 425-431. <https://doi.org/10.1111/jonm.12559>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D. Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 741-745. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2>
- Ferreira, F. K., Song, E. H., Gomes, H., Garcia, E. B. & Ferreira, L. M. (2015). New mindset in scientific method in the health field: Design Thinking. *Clinics*, 70(12), 770-772. [https://doi.org/10.6061/clinics/2015\(12\)01](https://doi.org/10.6061/clinics/2015(12)01)

- Folkehelseinstituttet. (2019). Hva er viktig for deg? Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Frieren-Storms, J. H., Bours, G. J., van der Weijden, T. & Beurskens, A. J. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 393-402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012>
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse og omsorgssektoren*. Bø: Telemarksforskning. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444620>
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse– og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse– og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings – og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705
- Helse– og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* (Meld. St. 34 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Helse– og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse Vest, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. (2018). Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Forskning/Forskningsmidler/Maler/Utkast%20-%20veileder%20-%20endelig%20mai18.pdf>
- James, K. & Quirk, A. (2017). The rationale for shared decision making in mental health care: a systematic review of academic discourse. *Mental Health*

- Review Journal*, 22(3), 152-165. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0009>
- Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 188-191. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-54954.pdf>
- Johannesen, A-K. M. & Steihaug, S. (2019). Brukermedvirkning for helsetjeneste til eldre - en kvalitativ studie av to kommunale akutte døgnenheter og samarbeidende kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04>
- Kemp, K. A., Quan, H. & Santana, M. J. (2017). Lack of patient involvement in care decisions and not receiving written discharge instructions are associated with unplanned readmissions up to one year. *Patient Experience Journal*, 4(2), 13-22. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1205>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Mæhre, K. S. (2017). "Vi må ha hjelp!". *Pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en forsterket sykehjemsavdeling etter Samhandlingsreformen*. Phd i studier av profesjonspraksis. Nord Universitet. Hentet fra <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2488549/Mahre.pdf?sequence=1>
- National Health Service. (2020). Shared decision making. <https://www.england.nhs.uk/shared-decision-making/>
- Ness, O., Edwards, V. I. & Karlson, B. (2017). Reell brukerinvolvering eller bare ord? En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i brukerinvolvering ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus. Forskningsrapport 3/2017. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2436469>
- Norsk design og arkitektursenter (DOGA). (2013). Oslo universitetssykehus: 90 prosent kortere ventetid for utredning av brystkreft. Hentet fra <https://doga.no/verktoy/designdrevet-innovasjon/case/oslo-universitetssykehus-utredning-av-brystkreft/>
- Norsk design og arkitektursenter (DOGA). (2016). Fang tidstyven. Tre prosjekter fra offentlig sektor. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/b3c27694d9fc45978c09036cc903b6f5/doga_2016_dip_tidstyv_rapport.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). *FORSVARLIGHET. Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3506829/569797/Forsvarlighet---Om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie>
- Nortvedt M. W., Jamtvedt G., Graverholt B., Nordheim L. V. & Reinart L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribeforlag.

- Oertzen, A-S, Odekerken-Schröder, G., Brax, S. A. & Mager, B. (2018). Co-creating services-conceptual clarification, forms and outcomes. *Journal of Service Management*, 29(4), 641-679.
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JOSM-03-2017-0067/full/html>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rydeman, I., Törnkvist, L., Agreus, L. & Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process - An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.19678>
- Seljelid, B. (2016). Brukermedvirkning krever informasjon. *Sykepleien*, 104(3), 50-54. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56690>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A. & Schneider, J. (2018). *This is service design doing. Applying service design thinking in the real world*. Sebastopol, Canada: O`Reilly Media.
- Storm, M. & Wiig, S. (2018). Pasientperspektivet og sikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (s. 64-76) (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørvoll & Gautun, (2020). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg – følger kommunene opp statens styringssignaler? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1-16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-09>
- Wiering, B., de Boer, D. & Delnoij, D. (2017). Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: The developers' perspective. *BMC Health Services Research*, 17, 635. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2582-8>