

Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding



Even Halland

Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Even.Halland@lds.no

Harald Aaasen

Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Mattias Victor

Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Pål Nystuen

Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Per Arne Holman

Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Ole André Solbakken

Lovisenbergmodellen for systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra pasientene kan gi bedre behandling, bedre organisering av tjenestene og økt brukermedvirkning.

I mange år har det vært fokusert mye på ulike kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern. Det handler som regel om at frister må holdes, aktivitet må telles, prosedyrer må kodes, dokumenter må være på plass, og forskrifter og lover må følges. Med innføring av pakkeforløpene ønsker også myndighetene å sette en kvalitativ standard for tjenesten, blant annet for å sikre et mest mulig likeverdig behandlingstilbud i hele landet. Felles for flere av disse kvalitetsindikatorerne er imidlertid at de er initiert ovenfra, med begrenset forankring hos de som gir eller mottar behandlingen. De omhandler også som regel administrative og organisatoriske forhold rundt tjenesten, og ikke kvaliteten på behandlingen per se.

Som representanter for tjenesten og behandlere savner vi kvalitetsindikatorer som dreier seg om *kvaliteten på innholdet* i behandlingen: Opplever pasienten tillit til sin behandler? Er pasienten enig i målet med behandlingen og måten å jobbe med problemene på? Er symptomene på psykiske plager og problemer endret? Opplever pasienten bedre relasjoner, meningsfulle aktiviteter og mer mestring?

Vi mener at kvalitet må undersøkes på andre måter enn vi gjør i dag, for å få svar på om vi gir god behandling til pasientene våre. Det er på tide å spørre pasienten på en systematisk måte hvordan de har det, og hvordan de opplever behandlingen. Det er også på tide å undersøke på gruppenivå om behandlingen faktisk virker. Eller mer presist: Hva virker for hvem? Hvem klarer vi ikke å hjelpe? Hva påvirker våre behandlingsresultater? Har endringer eller mangel på endring sammenheng med hvordan vi tilbyr og organiserer tjenestene?

Pasientene kan lære oss å forbedre behandlingen

På Lovisenberg DPS har vi forsøkt å besvare disse spørsmålene ved å invitere pasientene våre til å rutinemessig ved hjelp av elektroniske spørreskjema fortelle oss hvordan de har det, og hvordan de

opplever behandlingen. Pasientenes svar går direkte inn i journal som en rapport, og denne rapporten kan den enkelte behandler bruke til å planlegge og justere behandlingen underveis. Pasientenes svar på gruppenivå legges også inn i et kvalitetsregister som kan gi informasjon til ledelsen om hvordan tjenesten bør organiseres for å nå flere med god behandling.



Tilbakemeldingssystemer har et stort potensial for hvert enkelt pasientforløp. I tillegg er det viktig å se på hvordan tjenesten er organisert. Forskning på satsingen Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) i Storbritannia viser at 33 prosent av behandlingsutbytte kan tilskrives organiseringen (Clark et al., 2018). Studien løftet frem organisatoriske forhold som er assosiert med positivt behandlingsutbytte:

- antall konsultasjoner
- behandlingsintensitet
- færre ikke-møtt timer
- kort ventetid
- vellykket identifisering av pasientens tilstand

Dersom sentrene forbedret disse faktorene, var det potensial for økt bedring hos pasienten. IAPT-studien viser at ved å spørre pasienter i ordinær behandling om hvordan de har det på flere tidspunkt i løpet av behandlingen, og sammenstille svarene med organisatoriske data, så finner vi ut hva som påvirker behandlingsresultatet på gruppenivå. Noe vet vi allerede fra psykoterapiforskning (Lambert, 2013), men å bygge opp lokal kunnskap om dette vil gjøre det lettere å få gjennomslag for forbedringstiltak og tilpasse behandlingen til egen pasientpopulasjon.

Ved Lovisenberg DPS bruker vi blant annet data fra kvalitetsregisteret til å utforske sammenhengen mellom behandlingsintensitet og behandlingsresultat. Det foreligger forskning som viser et årsaksforhold mellom høyere timehyppighet og bedre utfall i psykoterapi for depresjon (Bruijniks et al., 2020). I tråd med denne forskningen og vår kliniske erfaring ser vi i vårt kvalitetsregister at pasienter som møter til 1–2 konsultasjoner per uke, oppnår bedre resultater enn pasienter som kun møter annenhver uke. Det vil alltid være et press på helsetjenesten når det gjelder økonomiske rammer og hvor mye tid og penger vi kan bruke på hver pasient. Derfor er det viktig å utforske hvilke organisatoriske rammer som gir god behandling. Hovedbudskapet vårt er at informasjon fra pasientene opplyser og lærer oss behandlere og ledere mer om det vi gjør, og sørger for at vi aldri slutter å lære. Denne praksisen kan over tid bidra til at flere og flere klinikker blir lærende organisasjoner som stadig utvikler seg ut ifra resultatene som oppnås og de tilbakemeldingene pasientene gir.

Fem prinsipper for å lykkes med innsamling av tilbakemeldinger fra pasienten

Det er gjort mange forsøk på å implementere systemer for rutinemessig innsamling av pasientrapporterte data (PROM), men mange av forsøkene feiler (Mellor-Clark et al., 2016). Det har både tekniske og økonomiske grunner. Vi tror imidlertid hovedgrunnen er at hverken kliniker eller pasient ser noen umiddelbar klinisk nytteverdi av innsamlingen, og at innsamlingen ofte må administreres av klinikerne manuelt, uten noen form for integrasjon i journal eller behandlingsforløpet for øvrig. Innsamlingen blir dermed opplevd som nok en administrativ plikt som stjeler tid fra behandlingen.

Lovisenberg DPS tilbyr nå alle pasienter som starter sin behandling i vår ruspoliklinikk, i tre allmennpsykiatriske poliklinikker og ved Seksjon for Helse og arbeid, til sammen 3658 pasienter i 2020, å svare på våre spørreskjema. Ingen behandlere har ansvar for at skjema blir sendt ut eller må passe på at pasienten svarer. Alt dette er automatisert. Pasientenes svar kommer direkte inn i journal, og behandler blir varslet om at en av pasientene har besvart spørreskjema. Pasientenes svar blir også lagt inn i et lokalt kvalitetsregister. I Seksjon Helse og arbeid hvor Lovisenberg-modellen har vært lengst i bruk, har vi nå oppnådd en svarprosent på 80–90 % ved oppstart, og opptil 70 % av pasientene besvarer oppfølgingskjema i løpet av behandlingen. De andre poliklinikkene har en svarprosent på 64 % ved oppstart og 45 % ved oppfølging. Vi jobber kontinuerlig for å øke svarprosenten, blant annet ved å tilrettelegge for svar på nettbrett eller venterom-PC, og vi tilbyr kjerneskjema på flere språk.

Samlet sett mener vi at vi er på god vei til å etablere et elektronisk, automatisert og klinisk nyttig system som genererer rapporter til den enkelte pasientjournal, og som utgjør et feedback- og kvalitetsregister i psykisk helsevern. Vi har kalt systemet for LOVePROM (LOVisenberg electronic Patient Reported Outcome Measures). Vår erfaring er at vi har lyktes med etableringen ved å følge fem prinsipper:

1. Ikke bruk klinikers tid på datainnsamling

Det har vært fokusert mye på hvordan administrative oppgaver og krav til dokumentasjon stjeler tid fra pasientarbeid. Innhentning av tilbakemeldinger fra pasienten bør ikke komme som enda et pålegg i en allerede travel hverdag. Derfor er systemet vårt elektronisk og helautomatisert. Hverken behandlere eller merkantilt ansatte trenger å bruke tid på å registrere pasienter eller sende ut spørreskjema. Nødvendig informasjon overføres direkte fra journalsystemet til vår leverandør av elektroniske spørreskjema (CheckWare). Pasienten får spørreskjema tildelt i tråd med evalueringspunktene i pakkeforløpet:

- Hele kartleggingspakken tre dager før første oppmøte
- Hele kartleggingspakken ved milepæler for evaluering i pakkeforløpet
- Feedback-skjema i forkant av hvert oppmøte

Pasienten inviteres til å svare via SMS, og det blir purret automatisk hvis de ikke svarer. Pasienten kan besvare spørreskjema hjemmefra på sin mobil, nettbrett eller PC/Mac, alternativt på en PC i venterommet. En oppsummering av pasientens svar legges i journal etter få minutter.

I tillegg til å innhente pasientrapporter gjennom kjernebatteriet og feedback kan Lovisenberg-modellen utvides til å omfatte utsending av skreddersydde utredningspakker, eller enkelte kartleggingskjema for undergrupper av pasientpopulasjoner, som traumepasienter eller pasienter med personlighetsforstyrrelser. For eksempel er vår gruppebehandlingsseksjon i gang med å etablere elektronisk innsamling av data som tidligere ble samlet inn manuelt. Tabell 1 gir en oppsummering av spørsmålene i kjernebatteriet.

2. Gjør tilbakemeldingene klinisk relevante

Flere kan ha interesse av å se på pasientenes tilbakemeldinger. De kan være interessante på et politisk nivå: Hvordan går det med pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern i Norge? De kan være interessante for helseforetaket og for regionen: Hvor mye koster behandlingen? Hvordan står behandlingsutbytte i forhold til kostnadene?



Dette er legitime spørsmål som en kan utforske ut ifra det kvalitetsregisteret dataene utgjør på gruppenivå, men det er ikke relevant for behandlingen av den enkelte pasient. Spørreskjema bør utformes slik at det



- hjelper pasienten å reflektere over sine helseutfordringer, og forplikter pasienten til sin egen behandling. Ideelt sett blir det klarere for pasienten hva han eller hun ønsker å fokusere på i behandlingen, og pasienten opplever seg mer involvert
- styrker samarbeidet mellom behandler og pasient
- gjør det lettere for behandlere å utrede pasienten og planlegge behandlingen
- hjelper behandler å oppdage pasienter som ikke responderer på behandling, og justere kursen

Vi har brukt mye tid på å finne frem til spørsmål som er klinisk relevante. Vi har benyttet oss av behandlingsforskning, spurt våre klinikere hva de bruker i dag, og hva de ønsker seg, og vi har involvert brukerutvalget.

Tidlig i prosessen ble det klart at det er viktig for oss at vi både samler inn informasjon om psykiske plager og problemer, og følger med på indikatorer på helse og fungering: relasjoner, arbeidsdeltagelse, opplevelse av mening og mestring. Samtidig er det også vesentlig å unngå at spørreskjema blir for langt, da det kan føre til at mange ikke svarer. Etter hvert som vi får erfaringer med disse spørsmålene, ønsker vi å revidere spørsmålene i samarbeid med flere fagmiljø, klinikere og pasienter.

TABELL 1 Kjernebatteri LOVePROM psykisk helsevern voksne poliklinikk		
Navn	Antall spørsmål	Tidspunkt
Kartlegging av helse og livssituasjon	14	Kun før oppstart av behandling
Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk	15	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Psykiske plager og problemer (CORE-OM)	34	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Livskvalitet (EQ5D + VAS)	6	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Funksjon i arbeid og sosialt (WSAS)	5	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Identifisering av problemfylt bruk av alkohol (AUDIT)	10	Hvis spørreskjema trigges av screeningsspørsmål i «Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk»
Identifisering av problemer med illegale rusmidler og/eller legemidler (DUDIT)	11	Hvis spørreskjema trigges av screeningsspørsmål i «Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk»
Kartlegging av brukererfaringer (PasOpp)	11	Etter avsluttet behandling
<p><i>Merknad:</i> Kjernebatteriet består av 76 spørsmål og tar omtrent 15–20 minutter å fylle ut. COREOM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure; EQ5D: EuroQol5D; VAS: Visuell analog skala; WSAS: Work and Social Adjustment Scale; AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test; Drug Use Disorder Identification Test; PasOpp: PasientOpplevelser.</p>		

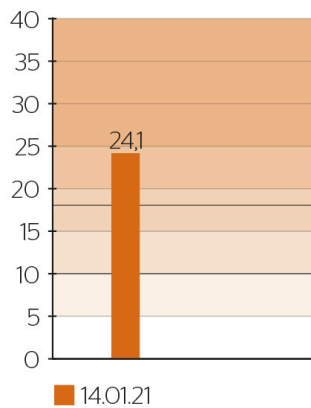
En annen måte å gjøre tilbakemeldingene klinisk relevante på er å fremstille pasientens svar på en logisk og anvendbar måte i journal, se figur 1.



Pasient: kari.nordmann

Rapport generert 14.01.21 14:32

CORE-OM totalskåre



Alvorlighetsgrad (1-6):
5. Moderat alvorlig

Økonomi og bolig:

Økonomi

Bekymret for bolig?

Vanligste bosituasjon siste 6 mnd.

Risiko:

Har jeg lagt planer om å gjøre slutt på livet mitt?

Har du en mestringsplan/kriseplan?

Har du vært fysisk voldelig eller truet et annet menneske?

Bruk av alkohol og andre rusmidler:

Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer? Sjelden

Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? 1 gang i måneden eller sjeldnere

FIGUR 1 Svarrapport i DIPS. *Merknad:* Rød linje representerer klinisk cutoff. Blå linje representerer gjennomsnitt ved oppstart av behandling ved voksenpsykiatrisk poliklinikk på Lovisenberg Diakonale Sykehus.

3. Bruk pasientrapporterte data

En tilnærming til å besvare spørsmålet om hvordan det går med pasientene, vil være å spørre behandlerne. Vi snakker med pasientene, og vi er opptatt av at pasienten har utbytte av behandlingen. Det er imidlertid flere utfordringer med å kun vektlegge denne tilnærmingen. For det første vil det lett medføre enda mer registreringsansvar enn hva behandlerne allerede er forpliktet til. For det andre stemmer ikke alltid vår kliniske vurdering overens med hva pasienten selv opplever, eller hva en kollega ville mene om den samme utviklingen. Pasientenes vurdering av egen utvikling og relasjonen til terapeuten henger langt sterkere sammen med positivt utfall i terapi enn terapeutens vurderinger av det samme (Lambert, 2013). Vi mener derfor at feedback og kvalitetsregister bør basere seg mer direkte på pasientens vurdering av egen helse og utvikling over tid. Dette betyr ikke at vi skal forkaste vårt kliniske skjønn, men at vi får enda en informasjonskilde når vi skal følge med på pasientens tilstand.

Pasienten fyller ut spørreskjemaet og får også mulighet til å beskrive med egne ord i et åpent felt hva de selv ønsker at behandlingen skal føre til. Dette setter brukermedvirkning i sentrum og utfordrer pasienten helt fra begynnelsen til å etablere et eierskap til behandlingen og bedringsprosjektet.

Våre klinikere har delt følgende fra sine erfaringer med pasientrapporterte data:

«Jeg synes det er ganske stor forskjell på det å ha et sånt grunnlag som vi får gjennom bruk av spørreskjemaene, i forhold til det å ikke ha det. Når jeg møter en pasient første gang, har jeg allerede en del informasjon om pasienten. Jeg vet hvordan pasientens hverdag ser ut, slik den er beskrevet via svarene på spørsmålene. Jeg starter dermed behandlingen med en informasjonsbase jeg ellers ikke ville hatt.»

«Hvis det er noe pasienten har svart som jeg ønsker å finne litt mer ut av, legger jeg litt ekstra fokus på det i samtalene. Jeg viser til at jeg så det personen svarte, og setter søkelys på at det med nedstemthet og depresjon virker mest aktuelt nå.»



4. Måling underveis i behandlingen

Lovisenberg DPS har besluttet at systematisk tilbakemelding fra pasientene skal brukes etter hver time i alle polikliniske behandlingsløp. Dette kommer i tillegg til innhenting av pasientrapportert informasjon før oppstart og ved faste målepunkter i tråd med pakkeforløpene. Feedback-informert terapi (FIT) anses som det kanskje mest lovende tiltaket man kan innføre for å heve kvaliteten i psykologisk behandling (Lambert, 2013). Hovedpoenget er å fange opp pasienter som ikke har nytte av behandlingen, tidlig i behandlingsforløpet, slik at behandler og pasient kan bli enige om eventuelle justeringer. Tilbakemeldingssystemer øker nytten av behandling vesentlig (Amble et al., 2014). Ved bruk av denne typen systemer ligger det dessuten en tillit til oss som behandlere. I stedet for å standardisere behandlingen åpner systemet for faglig autonomi, der den enkelte behandler bruker sin ekspertise til å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient.

Pasientenes vurdering av egen utvikling og relasjonen til terapeuten henger langt sterkere sammen med positivt utfall i terapi enn terapeutens vurderinger av det samme

Ved å måle endringer underveis i behandlingen kan vi identifisere og forsterke tiltak som hjelper, og vi får mulighet til å justere og endre behandlingsopplegget hvis vi oppdager at pasienten ikke blir bedre. Å begynne med feedback er uvant for mange, og det krever at behandlere fokuserer på å få det integrert i sin terapeutiske praksis. En slik omstilling kan være krevende og inspirerende. Det er spennende når behandlere begynner å se endringer i symptombildet, og kan drøfte endringene sammen med pasienten som et utgangspunkt for et bedre og utvidet samarbeid.

Våre klinikere har delt sine erfaringer med feedback:

«Det er veldig viktig å fange opp når det står stille. Kanskje jeg overdriver bedringen pasienten har? Når det ikke er noen endring, så kan jeg stoppe opp, reflektere sammen med pasienten og endre kurs.»

«Det er viktig at det finnes arenaer for å dele erfaringer og ta opp spørsmål rundt bruken av feedback. Sett av tid i klinikkene til at behandlere kan drøfte enkelt-saker der behandlingen ikke gir forventet effekt.»

5. Læring, utvikling og tillit sentralt i implementeringen

Sitatet over illustrerer hvor sentralt det er å etablere en læringskultur for bruk av pasientrapporterte data i klinikken. For å bygge en slik kultur må læring og utvikling komme langt frem i fagmiljøet og være godt forankret i ledelsen. I dette ligger det også en forpliktelse fra ledelsen til å satse på kompetanseutvikling, fagutviklingsprosjekter, ferdighetstrening og veiledning knyttet til implementeringen.

Erfaringer fra over 600 klinikker i England som har innført feedback-systemer, tyder på at behandlere er bekymret for hvordan informasjonen vil bli brukt (Mellor-Clark et al., 2016). Typiske spørsmål som behandlere stiller i forbindelse med implementering av feedback, er: Hva vil skje med data? Hvordan vil data bli brukt og lagret? Vil mine resultater bli sammenlignet med andre behandlere? Vil jeg bli «tatt» om jeg ikke følger opp skårer på riktig måte?

Ledelsen på steder som skal i gang med PROM og feedback, bør tenke gjennom disse spørsmålene og være åpne og tydelige på hvordan dataene skal brukes. Det er avgjørende for at behandlere skal ha tillit til at resultatene ikke misbrukes. I vår implementering av Lovisenberg-modellen har vi vært tydelige på at vi ikke ønsker at data skal samles inn med mål om å kontrollere og overvåke behandling. Vekten skal være på læring og utvikling.

Vi erfarte også tidlig i implementeringsprosessen at behandlerne fryktet at de kunne bli ansvarliggjort for ikke å ha fulgt opp viktig informasjon om sine pasienter. For å imøtekomme bekymringen ble det gjennomført en forsvarlighetsvurdering med tanke på varsling av leder og behandler. Denne inkluderte tilhørende vurdering av responstid for vurdering og dokumentasjonsplikt når pasienten svarer over en forhåndsdefinert terskel på risikospørsmålene om selvmord. Alminnelige forsvarlighetsprinsipper for behandling i psykisk helsevern og nasjonale retningslinjer er lagt til grunn for prosedyren. Foreløpige tilbakemeldinger fra våre klinikere tyder på at en god ledelsesforankring av slike prosedyrer er viktig for å unngå at behandlere opplever det som en merbelastning at man får automatisert og økt tilgang til risikoinformasjon om pasientene.

Ved å måle endringer underveis i behandlingen kan vi identifisere og forsterke tiltak som hjelper

Sikker datahåndtering og åpenhet om hvordan en lagrer og bruker dataene, er svært viktig for at både pasienter og behandlere skal ha tillit til elektronisk innsamling av pasientdata. Vi har hatt god erfaring med å følge Normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren utarbeidet av Direktoratet for e-helse (Normen, 2020). For å møte kravene i normen er det etablert en sikker pålogging på sikkerhetsnivå 4 for LOVePROM. Det er også gjort en ROS-analyse av løsningen i tett samarbeid med IKT-kompetanse, og sentrale personvernforhold er vurdert i en personvernkonsklusjonsutredning.

Regionalt samarbeid og klinikknær forskning

Vi ønsker å dele og videreutvikle den tekniske løsningen, våre erfaringer, analyser og prosedyrer i Lovisenberg-modellen med andre sykehus og institusjoner. Vi har allerede etablert et samarbeid om klinisk anvendelse, analyser og kvalitetsutvikling med de fleste helseforetak i Helse Sør-Øst RHF og med Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo. Det er etablert en styringsgruppe for samarbeidet, og det er nedsatt arbeidsgrupper på tvers av institusjonene som jobber med ulike fokusområder. En arbeidsgruppe skal revidere innholdet i kjernebatteriet, og vi har også arbeidsgrupper som jobber med forskning, kvalitetsregister, tilbakemeldingssystemer og teknisk infrastruktur.

I tillegg til samarbeid om utsending av skjema, kvalitetsanalyser og implementering kan det regionale samarbeidet om innsamling av pasientdata gi en god mulighet for klinikknær forskning på tvers av sykehusområdene. Vi planlegger en mest mulig forskningsvennlig organisering av Lovisenberg-modellen, blant annet med digital innhenting av bredt samtykke. Det er også etablert et eget forskningsutvalg med deltakere fra institusjonene som har inngått avtale om å implementere



modellen. Utvalget ledes av Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Det primære målet til utvalget er å legge til rette for og bidra til forskning på tvers av de deltakende institusjonene. Forskningen skal være i kunnskapsfronten på behandling og forståelse av psykiske plager og samtidig mest mulig relevant for å heve kvaliteten av tjenestene i de deltakende institusjonene.



Avslutning

Det er på høy tid å tenke nytt om kvalitet i psykisk helsevern og å etablere en bedre måte å følge opp kvalitet på enn det som har vært begrenset til dagens kvalitetsindikatorer, prosedyrer og retningslinjer. Lovisenberg-modellen (LOVePROM) er et elektronisk, automatisert system for innhenting av pasientrapportering som kan brukes til utredning, planlegging av behandling, evaluering og feedback, og kvalitetsregister og forskning. Vi har erfart at det er mulig å lykkes med innføring av systemet, fordi implementeringen er basert på fem prinsipper som har klinisk nytteverdi som utgangspunkt, og hvor man ikke bruker av klinikerens tid til innsamling. Vi ønsker å dele og videreutvikle modellen og det faglige innholdet i samspill med andre sykehus og institusjoner, og ser frem til videre samarbeid.

MERKNAD: Ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter.

Referanser

- Amble, I. Gude, T., Stubdal, S., Just Andersen, B. & Wampold, B. E. (2014). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 25(6), 669–677, <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.928756>
- Brujniks, S., Lemmens, L., Hollon, S., Peeters, F., Cuijpers, P., Arntz, A. & Huibers, M. (2020). The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 222–230. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.265>
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Piling, S. & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet*, 391, 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)
- Mellor-Clark, J., Cross, S., Macdonald, J. & Skjulsvik, T. (2016). Leading horses to water: Lessons from a decade of helping psychological therapy services use routine outcome measurement to improve practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 279–285. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0587-8>
- Normen. (2020). *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren*. Direktoratet for e-helse.