



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Folkehelsefag

Siri Vikrem Austdal

Mastergradsoppgave

**Klient- og resultatstyrt praksis**

**i psykisk helsearbeid**

**-Et terapeutperspektiv på implementering og tjenesteutvikling**

Feedback informed treatment in mental health care

-A therapist's perspective on implementation and service development

MMHC

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Forord

Før jeg startet opp med mastergradsoppgaven var jeg opptatt av å finne et tema som engasjerte meg. Det kan jeg konstatere at jeg har klart! Med klient- og resultatstyrt praksis som utgangspunkt har jeg fått muligheten til å fordype meg i teori, forskning og praksis som omhandler utvikling av psykisk helsearbeid. Gjennom intervjuer ute i praksisfeltet har jeg fått anledning til å utforske hva det innebærer å basere utviklingen av psykiske helsetjenester på brukernes tilbakemeldinger. Det har vært en lærerik prosess. Med stor interesse for temaet har jeg vært bevisst på at engasjementet ikke skal overdøve informantenes stemmer. I tråd med god forskningsetikk har jeg forsøkt å sette min forforståelse i parentes. Studien har vært både givende og utfordrende, og arbeidet markerer slutten på to spennende år som har gitt meg ny kunnskap og nye perspektiver.

Jeg vil få takke min veileder ved Høgskolen i Hedmark, Ragnfrid Kogstad, for innsiktsfull og god veiledning. Videre vil jeg takke informantene i Familiehjelpa som har delt av sine opplevelser og erfaringer med KOR. Takk til lærere og medstudenter for en spennende læringsprosess. Sist, men ikke minst, en stor takk til familie og venner for støtte og oppmuntringer underveis.

Hamar, 1. august 2015

Siri Vikrem Austdal

---

# Innhold

<b>FORORD .....</b>	<b>3</b>
<b>INNHold .....</b>	<b>4</b>
<b>NORSK SAMMENDRAG.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>10</b>
1.1 BAKGRUNN .....	10
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	12
1.3 FAMILIEHJELPA I STANGE.....	12
1.4 PSYKISK HELSEARBEID OG PSYKOTERAPI.....	13
1.5 BEGREPSAVKLARING.....	15
1.5.1 Brukerbegrepet.....	15
1.5.2 Terapeut og psykisk helsearbeider.....	15
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER, FORSKNING OG VERDIGRUNNLAG.....</b>	<b>16</b>
2.1 EVALUERING.....	16
2.1.1 Evaluering som eget kunnskapsområde .....	16
2.1.2 Systematisk innhenting av tilbakemelding i behandling.....	17
2.1.3 Klient- og resultatstyrt praksis - KOR.....	18
2.2 BEHANDLINGSFORSKNING INNENFOR PSYKOTERAPIFELTET .....	22
2.2.1 Fellesfaktorer i psykoterapi .....	23
2.2.2 KORs fellesfaktorer.....	24
2.3 DISKUSJONEN OM DEN MEDISINSKE OG KONTEKSTUELLE MODELLEN.....	26
2.3.1 Den medisinske modellen – et kontroversielt prosjekt .....	26
2.3.2 Den kontekstuelle modellen.....	27

---

2.4	SYV GODE VANER.....	27
2.5	BRUKERMEDVIRKNING.....	29
2.5.1	<i>Ulike begrunnelser for brukervedvirkning.....</i>	<i>30</i>
2.5.2	<i>Mobilisering av reell brukervedvirkning på individnivå.....</i>	<i>31</i>
2.5.3	<i>Brukervedvirkning utfordrer det tradisjonelle maktforholdet.....</i>	<i>32</i>
<b>3.</b>	<b>METODOLOGI .....</b>	<b>33</b>
3.1	KVALITATIV METODE.....	33
3.2	EN HERMENEUTISK-FENOMENOLOGISK TILNÆRMING .....	33
3.3	UTVALG .....	34
3.4	DET KVALITATIVE INTERVJUET .....	35
3.5	TRANSKRIBERING .....	37
3.6	ANALYSE .....	38
3.7	ETISKE REFLEKSJONER.....	39
3.8	METODEDISKUSJON .....	41
<b>4.</b>	<b>RESULTATER – PRESENTASJON OG ANALYSE.....</b>	<b>45</b>
4.1	BRUKERMEDVIRKNING SOM LEDESTJERNE.....	46
4.1.1	<i>Likeverdige samarbeid.....</i>	<i>46</i>
4.1.2	<i>Forutinntattheten tilsidesettes.....</i>	<i>47</i>
4.1.3	<i>Klima for tilbakemelding må skapes .....</i>	<i>48</i>
4.1.4	<i>Magien i møtet, og tro på menneskets egenkraft.....</i>	<i>49</i>
4.1.5	<i>Korrigeringsverktøy på brukerens premisser .....</i>	<i>50</i>
4.2	KOR-BASERT PRAKSIS .....	53
4.2.1	<i>En krevende endringsprosess.....</i>	<i>53</i>
4.2.2	<i>Urokkelig tro på KOR i ledelsen.....</i>	<i>55</i>

---

4.2.3	<i>Profesjonsgrenser sprennes</i> .....	56
4.2.4	<i>Å fjerne seg fra ekspertrollen</i> .....	57
4.3	<b>Å MØTE UTFORDRINGENE I TILBAKEMELDINGENE</b> .....	58
4.3.1	<i>Reflekterende, aldri hvilende</i> .....	59
4.3.2	<i>Veiledning, et rom for refleksjon og utvikling</i> .....	61
4.3.3	<i>Fordypning gir erfaring og trygghet</i> .....	61
4.3.4	<i>Ut av komfortsonen, med lederstøtte</i> .....	62
4.3.5	<i>I spenningsfeltet mellom høye krav og tilfredstillelsen av å lykkes</i> .....	62
4.3.6	<i>Tilbakemeldinger og sårbarhet</i> .....	64
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>65</b>
5.1	<b>HVA KARAKTERISERER KOR SOM EVALUERINGSVERKTØY?</b> .....	<b>65</b>
5.1.1	<i>Konkretisering av brukerstemmens essensielle rolle</i> .....	65
5.1.2	<i>Realitetssjekk av terapeutens vurderinger</i> .....	66
5.1.3	<i>KOR bidrar til maktforskyvning i bruker - terapeutrelasjonen</i> .....	66
5.1.4	<i>Terapeutens ansvar å utnytte KORs potensial</i> .....	67
5.1.5	<i>Systematiske tilbakemeldinger og handling er essensen</i> .....	69
5.2	<b>IMPLEMENTERING OG PRAKTISK GJENNOMFØRING AV KOR</b> .....	<b>69</b>
5.2.1	<i>Terapeutene utfordres på sitt eget paradigme</i> .....	69
5.2.2	<i>Erfaring versus reflektert praksis</i> .....	70
5.2.3	<i>Balansen mellom krav og mestring – et lederansvar</i> .....	71
5.2.4	<i>Samsvar mellom ledelsens intensjoner og terapeutens mål</i> .....	72
5.2.5	<i>Kompleksiteten ved KOR og reflektert praksis</i> .....	72
5.3	<b>EKSPERTROLLENS PARADOKS</b> .....	<b>73</b>
5.3.1	<i>Ekspertrolle på brukerens premisser</i> .....	73

---

5.3.2	<i>Likeverdighet mellom profesjoner</i> .....	74
5.4	AVSLUTNING.....	75
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>76</b>

Vedlegg 1 Intervjuguide

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Vedlegg 4 Samtykke vedrørende anonymisering eller åpenhet

Antall ord: 23872 (s. 10 – 75)

## Norsk sammendrag

Hensikten med studien er å få økt kunnskap og forståelse for *klient- og resultatstyrt praksis* (KOR) som evalueringsverktøy, i Familiehjelpas psykiske helsearbeid. Systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra brukeren i hvert møte, danner grunnlaget for terapeutens valg av arbeidsmåter og metoder. Ønsket er å vite noe om realismen i å implementere KOR, og hva det innebærer å basere utviklingen av en psykisk helsetjeneste på brukernes tilbakemeldinger. Dette ønsker jeg å belyse ut fra et terapeutperspektiv. Dette er en kvalitativ studie med hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Informantenes opplevelser og erfaringer med KOR er samlet inn gjennom kvalitative forskningsintervju. Utvalget består av 7 informanter, som alle har minst 3 års erfaring med bruk av KOR. Analysen i studien er datastyrt. Den kvalitative innholdsanalysen har tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004).

Med KOR som evalueringsverktøy er brukermedvirkning ledestjernen i behandlingssamarbeidet. Dette kommer til uttrykk gjennom vektlegging av likeverdighet, minst mulig forutinntatthet og tro på mennesket egenkraft. Dette danner grunnlaget for å la brukerens egne tanker om endring komme til uttrykk, blir styrende for endringsarbeidet og terapeutens arbeidsmåter. Implementeringen av KOR har medført en krevende endringsprosess for flere av informantene. Motstanden kom til uttrykk gjennom frykten for å bli målt, følelsen av å bli tråkket på, og utryggheten i bevege seg ut over grensene for egen profesjonsidentitet. Urokkelig tro på KOR i ledelsen trer fram som suksessfaktor i arbeidet med å få KOR til å fungere på en bra måte. God opplæring, veiledning, oppmuntring til å lære av feil, tålmodighet og anerkjennelse er andre suksessfaktorer. I arbeidet med KOR er det essensielt at terapeuten møter utfordringene i tilbakemeldingene, og tar dem på alvor gjennom handling. Reflektert praksis kjennetegner måten de gjør det på i Familiehjelpe. Det handler om en stadig pågående refleksjon og kunnskapssøken, som tar utgangspunkt i brukerens tilbakemeldinger. Veiledning, fordypning på ulike felt, samt læring utenfor komfortsonen er viktige elementer i denne arbeidsformen. KOR og reflektert praksis oppleves krevende, og for noen av informantene kan det oppleves sårbart med negative tilbakemeldinger. Til tross for det krevende aspektet oppleves det meningsfullt, motiverende og tilfredsstillende å jobbe på denne måten. Samsvar mellom informantens mål med arbeidet, og tjenestens mål og intensjoner, synes viktig for å møte utfordringene i tilbakemeldingene på en hensiktsmessig måte.



**Abstract: Feedback informed treatment in mental health care. A therapist's perspective on implementation and service development**

Purpose of this study is to increase knowledge and understanding of feedback informed treatment (FIT) as an evaluation tool, in Familiehjelpas mental health care. Systematic collection of feedback from the client in every meeting, forms the basis for the therapist's choice of working procedures and methods. The desire is to know something about the realism of implementing FIT, and what it means to let the clients' feedback form the basis for mental health care development. This I want to highlight from therapists' perspective. This is a qualitative study with hermeneutic-phenomenological approach. The informants' experiences with FIT have been collected through qualitative research interviews. The selection consists of 7 informants, all of which have at least 3 years of experience with the use of FIT. The analysis in this study is computerized. The qualitative content analysis has been based on Graneheim and Lundman (2004).

With FIT as an evaluation tool, the client's participation is the lodestar in the treatment. This is expressed by emphasizing equality, least possible preconceptions and belief in man's own power. This makes the foundation that the client's own thoughts about change can be expressed, be governing for change work and the therapist's work methods. Implementation of FIT has resulted in a challenging process of change for several informants. Opposition was expressed through the fear of being measured, the feeling of being stepped on, and insecurity in moving beyond the limits of their own profession identity. Management's unwavering faith in FIT, emerges as a success factor in efforts to get FIT to function in a good way. Good training, guidance, encouragement to learn from their mistakes, patience and recognition are other success factors. In working with FIT, it is essential that the therapist meets the challenges of feedback and take them seriously through action. Deliberate practice characterizes the way they do it in Familiehjelpe. It's about an ongoing reflection and knowledge quest, which is based on the clients' feedback. Guidance, specialization in various fields, as well as learning outside your comfort zone, characterizes the way they work. FIT and deliberate practice can be demanding, and negative feedback can be a vulnerable experience for some of the informants. Despite demanding aspects, it is also meaningful, motivating and satisfying to work this way. Correspondence between the informant's goals with the work, and management's goals and intentions, seems important to meet the challenges of feedback in an appropriate manner.

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

### *LEDESTJERNA*

*Det er mørkt, sier du*

*Å, ja – det er ofte mørkt på veiene, bror.*

*Men mennesket*

*må VILLE sin ledestjerne, ønske den*

*så hett og inderlig*

*av hele sitt vilskne hjerte*

*at mørket plutselig slår ild*

*og stjerna står der*

*tindrende stor og klar*

*over de frosne veiene*

*Hans Børli (1972)*

Bakgrunn for valg av tema i denne studien er mitt engasjement for brukerstemmens plass i psykisk helsearbeid. Jeg synes Hans Børli så godt formidler hvordan kraften til endring tennes og lyser opp som en ledestjerne, i øyeblikket man virkelig vil noe og finner mening i å følge det. For meg symboliserer dette hvorfor brukerstemmen må stå i sentrum – kun den vet hva som tenner viljen til endring!

Økt brukermedvirkning har vært et overordnet mål innen helse- og sosialtjenester siden slutten av 80-tallet (Sosialdepartementet, 1987). Brukermedvirkning ble for alvor satt på dagsorden med *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- og helsedepartementet, 1996) og *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Brukermedvirkning har siden stått sentralt i nasjonale føringer for psykisk helsearbeid, og er i dag en lovfestet rettighet. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket, og dets demokratiske rettighet til å få uttale seg om tjenester og behandling man er en del av (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2014). Til tross for brukermedvirkningens sentrale posisjon i psykisk helsearbeid siden midten av 90-tallet, har erfaringer gjennom årenes løp avdekket

---

utfordringer med å gjøre brukervedvirkning til mer enn et begrep. Brukervedvirkning har i flere år vært et honnørord i offentlige dokumenter (Almvik, 2010; Humerfelt, 2005). Evaluering av *Opptrappingsplanen for psykisk helse* konkluderte med at brukervedvirkning ikke var godt nok ivaretatt, og en egen rapport for å stimulere til ytterligere utvikling av reell brukervedvirkning ble utarbeidet. Rapporten påpeker at brukervedvirkning må omsettes til handling for at den skal bli reell (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Sosial- og helsedirektoratet (2006) har i sin rapport listet opp en rekke tiltak som legger til rette for at brukeren skal oppleve medvirkningen som reell. Denne studien har gitt meg muligheten til utforske et av de foreslåtte tiltakene: Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). I KOR inngår brukervedvirkning som et av de mest sentrale elementene, og brukerens vurdering av behandlingen innhentes systematisk gjennom tilbakemeldinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Helsedirektoratet (2014) trekker fram KOR som den best dokumenterte metoden for evaluering og systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra brukeren. Jeg ble introdusert for KOR første gang da jeg leste *Videre: Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*, av Birgit Valla (2014). Her beskriver Valla hvordan systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra brukeren, danner grunnlaget for valg av arbeidsmåter i det psykiske helsearbeidet i Familiehjelpa i Stange kommune.

Veilederen *Sammen om mestring* oppfordrer til systematisk evaluering av tjenestetilbudet for ivaretagelse av en tilpasset individuell behandling (Helsedirektoratet, 2014). Evaluering på ulike områder har blitt en viktig del av det moderne samfunnet. Resultater fra evalueringsprosesser kan gi verdifull kunnskap om hvilke tiltak som gir best resultater for ulike brukere i ulike situasjoner. Evaluering danner i så måte et viktig grunnlag for valg av metoder og arbeidsmåter (Eriksson & Karlsson, 2008). Pasientfokuset forskning er et forskningsfelt som har vokst fram på bakgrunn av resultatene fra behandlingsforskning. Et sentralt tema handler om å finne ut hva som skal til for å skreddersy en behandling. Bruk av standardiserte måleinstrumenter for resultater og kontinuerlig tilbakemelding støttes (Karlsson & Borg, 2013).

Brukervedvirkning har alltid stått sentralt i min yrkesutøvelse som ergoterapeut. Utforskningen av KOR har gitt meg muligheten til å belyse brukervedvirkningsaspektet fra et annet perspektiv. KORs anerkjennelse av brukerstemmens sentrale rolle i et behandlingssamarbeid skapte en nysgjerrighet i meg. En nysgjerrighet etter å vite mer om terapeuters erfaringer fra psykisk helsearbeid, hvor anerkjennelsen av brukerstemmen

reflekteres gjennom et konkret evalueringsverktøy. Denne studien har gitt meg anledning til å undersøke dette hos terapeutene i Familiehjelpa i Stange kommune.

## 1.2 Hensikt og Problemstilling

Hensikten med studien er å få økt kunnskap og forståelse for klient- og resultatstyrt praksis (KOR) som evalueringsverktøy i Familiehjelpas psykiske helsearbeid. Ønsket er å vite noe om realismen i å implementere KOR, og hva det innebærer å basere utviklingen av en psykisk helsetjeneste på brukernes tilbakemeldinger. Dette ønsker jeg å belyse ut fra terapeutenes perspektiv.

For å kunne oppnå hensikten har jeg valgt følgende problemstilling for å få samlet inn relevant informasjon:

*«Hvilke opplevelser og erfaringer har terapeutene i Familiehjelpa med klient- og resultatstyrt praksis (KOR)?»*

## 1.3 Familiehjelpa i Stange

Familiehjelpa i Stange kommune ble startet opp som ny tjeneste høsten 2010. Familiehjelpa er et lavterskeltilbud for familier med barn og ungdom. Gjennom intervjuene kom det fram at psykiske helseutfordringer som angst, depresjon, utrygghet i foreldrerollen, skilsmisseproblematikk, selvbildeproblematikk og spiseforstyrrelser er eksempler på livsutfordringer som brukerne søker hjelp for. Tjenestetilbudet er basert på individuelle samtaler, familiesamtaler eller ulike kurstilbud i gruppe. Avhengig hva brukerne ønsker, foregår samtalene inne på kontoret eller ute på relevante arenaer i kommunen. Familiehjelpa samarbeider med aktuelle instanser både i og utenfor kommunen.

Det er ikke mangfoldet av metoder og kartleggingsinstrumenter som danner grunnlaget for det psykiske helsearbeidet i Familiehjelpa, det gjør først og fremst tilbakemeldingene fra de som mottar hjelp. Valla er opptatt av å utvikle de psykiske helsetjenestene og bringe dem videre. «Utgangspunktet for utvikling av de psykiske helsetjenestene bør være tilbakemeldinger fra de som mottar dem, og hva de opplever som nyttig» (Valla, 2014, s. 27). Verdien folkelig, fleksible og nyttig ligger til grunn for kulturen i tjenesten, og det er

---

tro på at «fremragende tjenester kommer fra innsatsen til hver enkelt ansatt, når disse løfter sammen» (Valla, 2014, s. 121).

Da studien startet opp desember 2014, hadde Familiehjelpa 12 terapeuter ansatt i stillingsstørrelser fra 20-100 %. Terapeutgruppen er sammensatt av psykologer og terapeuter med ulike 3-årig helse- og sosialfaglige utdanninger. Flere av terapeutene har relevante videreutdanninger for psykisk helsearbeid.

1. januar 2015 ble Familiehjelpa slått sammen med den psykiske helsetjenesten for voksne i kommunen, og den nye tjenesten fikk navnet Stangehjelpa. I oppgaven er det valgt å referere til Familiehjelpa, siden dette symboliserer det opprinnelige utgangspunktet for måten de har valgt å jobbe på.

## 1.4 Psykisk helsearbeid og psykoterapi

*Psykisk helsearbeid* er det overordnede tema for denne studien, men siden forskning på *psykoterapi* er en sentral del av grunnlaget for utviklingen av Familiehjelpa (Valla, 2014), vil det være aktuelt å benytte begge begrepene i oppgaven. Av den grunn synes det hensiktsmessig å avklare innholdet i både psykisk helsearbeid og psykoterapi, slik at begrepene framstår tydelig i forhold til hverandre.

Psykoterapi er et begrep med lange tradisjoner fra begynnelsen av 1900-tallet, da Sigmund Freud presenterte samtaleterapi som en legitim praksis i USA. Freud var lege og forklarte mentale forstyrrelser ut fra et psykoanalytisk perspektiv som var akseptabelt for den medisinske praksisen. Til å begynne med var psykoanalysen forbeholdt leger, men psykologer ble etter hvert inkludert (Wampold & Imel, 2015). Disse to profesjonene har opp gjennom psykiatriens historie hatt stor makt i å skille mellom det gale og normale. Evidensbasert kunnskap uttrykt gjennom manualer, rutiner og fastlagte terapeutiske intervensjoner har hatt en viktig rolle i dette arbeidet (Karlsson & Borg, 2013). Med bakgrunn i dette kan man forstå at psykoterapi fortsatt i dag assosieres sterkt til lege- og psykologprofesjonen.

Wampold og Imel (2015) definerer psykoterapi på følgende måte:

Psykoterapi er primært en mellommenneskelig behandling som er a) basert på psykologiske prinsipper; b) involverer en utdannet terapeut og en klient som søker hjelp for en psykisk lidelse, problem, eller plage; c) er tiltenkt av terapeuten å redusere klientens lidelse, problem, eller plage; og d) er individuelt tilpasset den enkelte klient og hans eller hennes lidelse, problem eller plage. (s. 37, egen oversettelse).

I motsetning til psykoterapien som har røtter fra begynnelse av 1900-tallet, er psykisk helsearbeid et begrep fra mer moderne tid. Med *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- og helsedepartementet, 1996) og *Opptappingsplanen for psykisk helse* (Sosial- og helsedepartementet, 1997) startet en reform innen psykisk helse i Norge. Det ble konstatert at behandlingsskjeden hadde brist i alle ledd, og lagt vekt på å se psykisk helse i et sosialt, fysisk og eksistensielt perspektiv. Man erkjente nødvendigheten av å forstå mennesket helhetlig innenfor sin kontekst. Faktorer som familie, venner, bolig, økonomi, meningsfulle aktiviteter, kultur og åndelighet ble anerkjent som viktige faktorer innenfor psykisk helse. Opptappingsplanen introduserte begrepet psykisk helsearbeid, og inkluderte alle tiltak som skal bedre den psykiske helsen inn i dette arbeidet (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det ble lagt vekt på at fagfolk med ulike perspektiver og tilnærminger måtte samarbeide for å sikre at alle som har behov for det, får et individuelt tilpasset tilbud. Dette åpnet for at andre profesjoner enn leger og psykologer ble en større del av det psykiske helsearbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) definerer psykisk helsearbeid i kommunene på følgende måte:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. (s. 7).

Bøe og Thomassen (2007) presenterer en videre definisjon som ikke begrenses innenfor kommunens arbeid: «Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse» (s. 18). Denne definisjonen inkluderer et mangfold av innsats fra både offentlige og private arenaer som for eksempel kultur, skole, arbeid og idrett.

Når definisjonene av psykoterapi og psykisk helsearbeid belyses opp mot hverandre omfatter psykisk helsearbeid et bredere spekter av tiltak enn det psykoterapi gjør. I psykisk helsearbeid inkluderes nettverk, forebygging, arbeid på systemnivå, opplysningsarbeid og arbeidsformer på både offentlige og private arenaer. Wampold og Imel (2015) er tydelig på at forebyggingsprogrammer eller behandlinger som ikke har et psykologisk fundament, ikke regnes som psykoterapi. Det kan dermed synes som at psykoterapi er et begrep som favner smalere enn psykisk helsearbeid. Det må imidlertid påpekes at også Wampold (Wampold & Imel, 2015) gjennom sin kontekstuelle modell framhever viktigheten av å se mennesket som del av en større helhet. Med det kontekstuelle aspektet liggende til grunn ser det dermed ut til å være overlappende faktorer ved psykoterapi og psykisk helsearbeid. I denne oppgaven ønsker jeg å forene psykisk helsearbeid og psykoterapi i en felles agenda som handler om å møte brukeren på en måte som fører til opplevd hjelp og nytte.

## 1.5 Begrepsavklaring

### 1.5.1 Brukerbegrepet

*Bruker, klient, pasient* er alle begreper som blir benyttet både i teori- og forskningslitteratur. I denne oppgaven har jeg valgt å integrere de tre begrepene inn i en og samme definisjon: *Bruker, klient og pasient betegner en person som mottar psykiske helsetjenester*. Jeg har selv tradisjon for brukerbegrepet. I all hovedsak, men med noen unntak, har jeg derfor valgt å benytte brukerbegrepet gjennom hele oppgaven, også når referert litteratur har benyttet klient- eller pasientbegrepet. Dette er gjort for å skape et mer samlet og helhetlig inntrykk av oppgaven.

### 1.5.2 Terapeut og psykisk helsearbeider

Som ergoterapeut og psykisk helsearbeider, identifiserer jeg meg med både terapeutbegrepet og psykisk helsearbeiderbegrepet. Jeg anser begrepene som likeverdige. Av hensyn til tekstflyt og helhet, har jeg valgt å benytte ett av begrepene gjennomgående i oppgaven. Valget falt på terapeutbegrepet.

## 2. TEORETISKE PERSPEKTIVER, FORSKNING OG VERDIGRUNNLAG

I dette kapitlet presenteres teoretiske perspektiver, forskning og verdigrunnlag jeg har funnet relevant for å belyse datamaterialet i studien. Kapitlet består av fem tema jeg ønsker å utdype nærmere: *Evaluering, behandlingsforskning i psykoterapi, diskusjonen om den medisinske og kontekstuelle modellen, Covey`s (2014a; 2014b) beskrivelse av «Syv gode vaner», samt brukermedvirkning*. Aktuell forskningslitteratur trekkes inn underveis i de ulike teamene.

### 2.1 Evaluering

Her vil evaluering først presenteres fra et mer overordnet perspektiv. Deretter vil systematisk innhenting av tilbakemeldinger i behandling belyses generelt. Til slutt presenteres KOR som evalueringsverktøy.

#### 2.1.1 Evaluering som eget kunnskapsområde

Definisjonene av evaluering er mange, men i følge Eriksson og Karlsson (2008) handler evaluering om et tilbakeblikk som er framtidsrettet. Evaluering skal anvendes for handling i framtiden. Det innebærer å se tilbake på det som er gjort, og vurdere hva som kan endres slik at handlingen blir bedre i fortsettelsen.

Evaluering har i nyere tid blitt en viktig del av det moderne samfunnet over store deler av verden, og har i seg selv vokst til et eget kunnskapsområde. Evaluering benyttes på mange ulike områder og av ulike grunner, og som eksempel kan evalueringsarbeid innenfor politikk og forvaltning, kommunal virksomhet og sosialarbeid nevnes. De siste tiårene har man hatt en rask utvikling av verktøy og metoder for evaluering innenfor velferdsarbeid. Evaluering sett fra brukerens perspektiv bidrar til å hevde og styrke brukerens rettigheter, og ifølge Eriksson & Karlsson (2008) bør evaluering være en naturlig del av velferdsarbeidet.

Evaluering knyttes til kravet om evidensbasert praksis. Samfunnsendringer gjennom årenes løp har påvirket velferdsarbeidet, og med store omstruktureringer de siste tiårene har man fått større krav til *evidensbasert praksis*. Evidensbasert praksis innebærer at tiltakene skal hvile på et vitenskapelig holdbart kunnskapsgrunnlag. Evalueringen handler om å finne ut hvordan de evidensbaserte tiltakene faktisk fungerer ute i praksisfeltet (Ericsson & Karlsson,



---

2008). American Psychological Association [APA] definerer evidensbasert praksis som følgende: «Evidence-based practice is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences» (APA, 2015). Som definisjonen framhever er det viktig at både terapeutens og brukerens erfaringer integreres i arbeidet. Man snakker i den forbindelse om *erfaringsbasert kunnskap* som kilde til kunnskap på det psykiske helsefeltet (Karlsson & Borg, 2013; Norvoll, 2013).

### 2.1.2 Systematisk innhenting av tilbakemelding i behandling

Evalueringsformen i denne studien er systematisk innhenting av tilbakemelding i behandling. Det finnes en rekke standardiserte systemer for innhenting av tilbakemeldinger. Det første systemet for systematisk evaluering av brukerens respons på behandling ble utviklet i 1996 av Howard og kollegaer (Lambert, 2010). Et annet system er *Outcome Questionnaires (OQ-45)*, utviklet av Lambert og kollegaer (Duncan, 2012; Lambert, 2010). En rekke andre systemer oppsummeres også av Lambert (2010), deriblant KOR som er utgangspunktet i denne studien.

Generelt sett handler systematisk innhenting av tilbakemeldinger om at terapeuten får anledning til å følge med på brukerens respons på behandlingen. Tilbakemeldingene legger til rette for åpne og ærlige diskusjoner med brukeren om behandlingen. Det åpner for at brukeren selv kan evaluere, og sette ord på hvordan behandlingen virker. Terapeutens respons til brukeren kan endres og forbedres med utgangspunkt i dette. Tilbakemeldingene har i tillegg funksjon som varslingsystem, som identifiserer brukere med risiko for å droppe ut eller få negativt utfall (Duncan, 2012, Duncan & Miller, 2000; Duncan & Sparks, 2008; Lambert, 2010; Lambert, 2013a; Lambert & Shimokawa, 2011; Miller, Duncan & Johnson, 2000; Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007). Belyst opp mot forskning som viser at terapeuter sjelden klarer å forutsi forverring i løpet av behandlingsprosessen, kan denne varslingsfunksjonen synes viktig (Hannan, Lambert, Harmon, Nielsen, Smart, Shimokawa & Sutton, 2005; Lambert, 2013a; Sapyta, Riemer & Bickman, 2005).

Tilbakemeldingssystemer synes imidlertid å ha en kompleksitet ved seg som kommer til uttrykk på flere måter. Det ene er forskning som indikerer at tilbakemeldingssystemer ikke er effektive under alle omstendigheter, og at terapeutens holdninger til slike system påvirker utfallet i positiv eller negativ retning (De Jong, Van Sluis, Nugter, Heiser & Spinhoven, 2012; Lutz, Rubel, Schiefele, Zimmermann, Bohnke & Wittmann, 2015; Simon, Lambert, Harris, Busath & Vazquez, 2012). Det andre er forskning som viser at

tilbakemeldingssystemer må være enkle å forstå og raskt kunne gjennomføres. Vurderes ikke tilbakemeldingssystemet som troverdig, informativt og nyttig, er det mer sannsynlig at terapeuten avviser systemet når det ikke passer deres egne preferanser (Sapyta et al., 2005). En tredje faktor som kan virke mot effektiv bruk av tilbakemeldingssystemer er implementering ovenfra og ned, med intensjoner om å være nyttig for ledelsen. Fokuset på den virkelige jobben forsvinner, og hverken brukere eller terapeuter vil oppleve at evalueringen ivaretar deres interesser (Lambert, 2010).

Lambert (2013b) peker på en rekke begrensninger i tilbakemeldingsforskningen. Han viser blant annet til den metodologiske begrensningen som ligger i at forskningen bare er basert på selvrapporeringstiltak. Dette til forskjell fra en mer ambisiøs effektforskning i psykoterapi, som vurderer flere tiltak, gjenspeiler flere synspunkter og flere typer utfall. Bargmann (2013) viser til svakheten som ligger i at utviklere eller tilhengere av systemene har foretatt det meste av forskningen. Resultatene vil dermed være påvirket av forskerens lojalitet til systemet.

Til tross for begrensningene mener Lambert (2013b) det likevel foreligger nok forskning som underbygger systematiske tilbakemeldingssystemers effekt og effektivitet. Slike tilbakemeldingssystemer støttes av flere for å forhindre frafall, negativt utfall og forbedring av behandlingsutfall (Lambert, 2010; Lambert, 2013a; Lambert, 2013b; Lambert & Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010; Simon et al., 2012).

### **2.1.3 Klient- og resultatstyrt praksis - KOR**

KOR er evalueringsverktøyet Familiehjelpa har valgt å benytte seg av. KOR har røtter i *The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS)*. Det er et evalueringsystem med utspring i USA. PCOMS integreres i klinisk praksis gjennom *Feedback Informed Treatment (FIT)*. Systemet ble første gang implementert i 2000, og er i dag oversatt til 23 språk (NREPP, 2012). FIT er det samme som på norsk blir kalt KOR. Evalueringsverktøyet er utviklet av Miller, Duncan, Sorrell og Brown (2005).

En grunnleggende målsetting med KOR er at brukerstemmen blir fremhevet som kilde til kunnskap og løsninger. Med brukerens opplevelser og livshistorier som kunnskapsgrunnlag snakker Duncan (2012) om *praksisbasert evidens*. Klientens endringsteori er sentral, og står for klientens tanker om endringer, og hvordan man kan få det til. KOR er ressursorientert, og det handler i stor grad om å la brukerens ressurser, forventninger og behov, påvirke terapeutens strategier til man finner det som fungerer for den enkelte. De kontinuerlige

---

tilbakemeldingene gir terapeuten muligheten til å individualisere behandlingen. Ved bruk av KOR er blikket rettet mot resultatet av behandlingen, framfor hvilken metode som virker for hva. Metodene er kun nyttig dersom brukeren opplever dem som relevante, og har tillit til dem. Et utvalg av modeller og teknikker er viktig, men den teoretiske bredden utvikles i møtet med brukeren. Gjennom tilbakemeldinger stimuleres terapeuten til å prøve ut nye framgangsmåter og tiltak som kan treffe hos den enkelte. Det relasjonelle aspektet er sentralt, og alliansen som skapes mellom bruker og terapeut anses som svært viktig for samarbeidet og behandlingsprosessen (Duncan, 2012; Duncan & Miller, 2000; Duncan & Sparks, 2008; Ulvestad et al., 2007).

### **To evalueringsskalaer i KOR**

Ved utvikling av KOR ble det lagt vekt på at systemet skulle være valid og reliabelt, og det skulle i tillegg være brukervennlig og lite tidkrevende (Miller et. al., 2005). Ved hjelp av to evalueringsskalaer, *Skala for endringsvurdering (ORS)* og *Skala for samtalevurdering (SRS)*, kan terapeuten følge med på om brukeren opplever bedring, og hvordan brukeren opplever samarbeidet med terapeuten (Duncan & Sparks, 2008).

*Skala for endringsvurdering – ORS* (Outcome Rating Scale) er en visuell analog skala som benyttes for å samle inn brukerens respons på selve behandlingen (Duncan, 2012). Dette er et selvrappoterende verktøy, og skalaen som skåres på begynnelsen av timen tar mindre enn et minutt å fylle ut (Miller et al., 2005). ORS består av fire områder: *Personlig*, *mellommenneskelig*, *sosialt* og *generelt*. Hvert av områdene har en 10 cm lang linje hvor brukeren skal merke av for hvordan han har det akkurat nå. Jo nærmere avmerkingen settes mot høyre, desto bedre opplever brukeren at han har det. Avmerkinger mot venstre indikerer at brukeren ikke har det så bra. Med utgangspunkt i avmerkingene regnes det ut en skår. Har brukeren det bra på alle områder blir skåren 40. De som skårer under 25 er ofte de som oppsøker hjelp (Duncan, 2012; Duncan & Sparks, 2008;). Duncan (2012) viser til psykometriske tester som bekrefter skalaen som reliabel og valid. Skalaen er også tilpasset barn (CORS – Child Outcome Rating Scale) i form av et enklere språk og i tillegg med en visuell komponent (Duncan & Sparks, 2008).

*Skala for samtalevurdering – SRS* (Session Rating Scale) benyttes for å samle inn responsen på alliansen, og i hvilken grad brukeren føler seg forstått og respektert (Duncan, 2012). SRS gir terapeuten anledning til åpent å diskutere utfordringene, og jobbe for å forbedre alliansen. Skalaen er selvrappoterende og fylles ut på slutten av timen på mindre enn 1 minutt (Miller et al., 2005). Regelmessig vurdering av de fire dimensjonene *relasjon*, *mål* og *tema*,

*tilnærming* og *generelt* gjør det mulig å oppdage problemer i samarbeidet, før de får negative innvirkninger på utfallet. Også her har hvert område en 10 cm lang linje hvor brukeren skal merke av for hvordan alliansen i timen opplevdes. Høye skår mot høyre på linjen og lave skår mot venstre på linjen. Også her gir skalaene totalt en maks skår på 40 (Duncan, 2012). Psykometriske tester bekrefter SRS som reliabel og valid (Duncan, 2012). Også denne skalaen er tilpasset barn (CSRS – Child Session Rating) (Duncan & Sparks, 2008).

### **Det må handles på tilbakemeldingene**

Valla (2014) skriver om hvordan tilbakemeldingene som hentes inn ved hjelp av KOR, må integreres i refleksjon hos terapeuten for å ha effekt på læring. Refleksjonene må deretter lede til konkret handling som er annerledes enn det man har gjort før. Nye tilbakemeldinger innhentes og nye refleksjoner integreres, for å vurdere i hvilken grad man har kommet nærmere å hjelpe brukeren. Dette er en målrettet form for øvelse og handling, og refereres til som *deliberate practice* (Valla, 2014). *Deliberate practice* er relativt nytt i psykoterapi og psykisk helsearbeid. Å handle på tilbakemeldingene har alltid vært sentralt i KOR, men måten man handler på har fått en ny dimensjon med *deliberate practice*. Mens handlingen tidligere var mer erfaringspreget, har *deliberate practice* åpnet for en ny måte å møte utfordringene i tilbakemeldingene.

Bakgrunnen for denne endringen var at resultatene fra arbeid med systematisk innhenting av tilbakemeldinger, etter hvert avslørte at noen terapeuter gjennomgående fikk høyere resultater, og var gjennomgående bedre enn andre. Valla (2014) beskriver hvordan Miller og kollegaer ble nysgjerrig på hva som utgjorde forskjellen mellom terapeutene. De ønsket å finne ut hva som kjennetegnet de mest effektive terapeutene. I den forbindelse kom Miller over forskning på *deliberate practice*, hvor intensjonen er framgang og forbedring av prestasjoner (Valla, 2014).

Begrepet *deliberate practice* er hentet fra Ericsson og kollegaer (1993) sin forskning på hva som gjør at noen mennesker klarer å øke sine prestasjoner mer enn andre, spesielt innenfor områder som musikk og sport. Ericsson definerer *deliberate practice* defineres slik:

Individuelle treningsaktiviteter spesielt designet av en trener eller lærer som skal forbedre spesifikke aspekter ved utøverens prestasjoner gjennom repetisjoner og påfølgende justering. For maksimal effektoppnåelse av tilbakemeldingene må utøveren delta i treningen med full konsentrasjon, noe som er anstrengende og begrenser varigheten på den daglige treningen. (Ericsson & Lehmann, 1996, s. 278-279, egen oversettelse).

---

Før jeg går videre kan en ordforklaring av *deliberate practice* på norsk bidra til å gjøre begrepsinnholdet lettere tilgjengelig videre i oppgaven. I følge Cappelens engelsk-norsk ordbok (Svenkerud, 1988) oversettes *deliberate* med *veloverveid, bevisst, forsettlig, tilsiktet og sindig*. I følge Valla (2014) er *refleksjon* en viktig del av *deliberate practice*. Med dette som bakgrunn, forstår jeg *deliberate practice* som en praksis hvor ting blir gjort veloverveid, reflektert, og alltid med en hensikt. Jeg velger å forstå *deliberate practice* som en form for *reflektert praksis*. Reflektert praksis vil dermed benyttes som begrep videre i oppgaven.

### **Reflektert praksis i psykisk helsearbeid og psykoterapi**

Miller og Hubble (2011) tok altså utgangspunkt i Ericsson, Krampe & Tesch-Romer (1993) sin forskning på reflektert praksis, som grunnlag for ideen om ekspertiseutvikling innen psykoterapifeltet. De ønsket å finne ut om reflektert praksis kunne være en måte å øke terapeutenes effektivitet og resultater. Som en kontrast til utøvelse av ferdigheter på et middels og stabilt nivå, viser Ericsson (2006) til utøvere som fortsetter sin utvikling og blir eksperter. Dette er en form for utvikling hvor lang erfaring i seg selv ikke er nok for å bli bedre, men en utvikling som i tillegg krever betydelig innsats.

De fleste dagligdagse aktiviteter kan læres relativt enkelt, og krever ofte mindre enn 50 timers øvelse. Når et middels og akseptabelt nivå oppnås, automatiseres den videre utøvelsen og erfaringens betydning for videre forbedring av utøvelsen er begrenset (Feltovich, Prietula & Ericsson, 2006). Skal man utvikle sine ferdigheter utover erfaringsnivå og middels nivå, mener Ericsson et al., (1993) det er nødvendig med reflektert praksis. Dette er en form for praksis og trening som krever engasjement, samt søken etter utfordrende og målrettede aktiviteter hos utøver. Reflektert praksis skjer i samarbeid med en veileder. Med tilgang på kontinuerlige tilbakemeldinger reflekterer og identifiserer man hvor utøveren kommer til kort. En plan for forbedring utarbeides og man øver, prøver ut og evaluerer utøvelsen. Dette tvinger utøveren til å engasjere seg, konsentrere seg og strekke seg (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 1993; Feltovich et al., 2006; Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013; Valla, 2014). Reflektert praksis er mentalt krevende og for å unngå utbrenthet må antall timer daglig trening kontrolleres (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 1993).

Ericsson et al., (1993) påstår at ekspertise innenfor et område kan utvikles gjennom reflektert praksis, uavhengig medfødte evner og talent. Nyere forskning nyanserer denne påstanden. En metaanalyse fra 2014 konkluderer med at reflektert praksis er viktig, men at praksisen ikke står alene som betingelse for utvikling av ekspertise (Macnamara, Hambrick & Oswald, 2014). Den nyere forskningen hevder at medfødte grunnleggende ferdigheter og evner

faktisk er viktig for å utvikle ekspertise innenfor en rekke områder. (Hambrick & Meinz, 2011; Hambrick, Oswald, Altmann, Meinz, Gobet & Campitelli, 2013).

Bruk av reflektert praksis innenfor psykoterapifeltet er fortsatt nytt, og det er nødvendig med mer forskning (Miller et al., 2013). Miller og Hubble (2011) har imidlertid identifisert følgende tre elementer som sentrale for å øke ferdighetsnivået som terapeut: 1) Kjennskap til egen baseline skaper et godt utgangspunkt for videreutvikling av ferdighetene. 2) Engasjement og deltakelse i reflektert praksis. 3) Kontinuerlig innhenting av tilbakemeldinger, helst i samarbeid med en veileder. Miller og Hubble (2011) påpeker i tillegg nødvendigheten av et profesjonelt fagmiljø med kultur for forskning og utvikling som rammebetingelser. I en nyere forskningsartikkel er Tracey, Wampold, Lichtenberg & Goodyear (2014) enige i at reflektert praksis er essensielt i utviklingen av ekspertise innenfor psykoterapifeltet, men de hevder det er nødvendig med noe mer. Praksisen må i tillegg involvere generering av teoretiske forklaringer eller avkreftehypoteser som konkret testes ut, for å motvirke terapeutens tendens til å lete etter bevis for det man selv tror virker (Tracey et al., 2014).

## 2.2 Behandlingsforskning innenfor psykoterapifeltet

Resultater og virkningsfulle endringsmekanismer i behandlingen, står sentralt i KOR. En presentasjon av aktuell behandlingsforskning innenfor psykoterapi er derfor relevant. Siden den første metaanalysen på psykoterapiens effekt utkom i 1977 (Smith & Glass), har flere forskningsmetoder vært aktuelle i arbeidet med å finne virkningsfulle endringsmekanismer i psykoterapibehandling (Wampold & Imel, 2015). I 1990-årene stod kvalitetssikring i fokus, og man var opptatt av å finne forskningsmetoder som objektivt og faglig kunne vurdere om behandlingen gav ønskede resultater. Man snakket i den forbindelse om *evidensbasert terapi* som dokumenterer effekt etter strenge vitenskapelige kriterier. (Littell, 2010; Tuseth, 2007). Kvalitetssikring står fortsatt i fokus i dag, men synet på evidensbasert terapi er variert, og feltet er preget av ulike oppfatninger og retninger. Generelt sett kan man i dag, etter 40 års forskning, konstatere at psykoterapi har effekt (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Lambert, 2013a; Wampold & Imel, 2015).

Til tross for beviselig effekt har psykoterapifeltet fortsatt utfordringer. Dette er en viktig grunn for å rette oppmerksomheten mot hva som skal til for å forbedre behandlingsresultater i psykoterapi og psykisk helsearbeid. En av utfordringene handler om en relativt stor gruppe

---

brukere som dropper ut av behandlingen, ikke opplever bedring, eller opplever forverring (Bohart & Wade, 2013; Lambert, 2013a). En annen utfordring er stor forskjell i terapeuters effektivitet. I forsøk på å forbedre resultatene vil det være viktig å finne ut hva som utgjør forskjell mellom de effektive og mindre effektive terapeutene (Baldwin & Imel, 2013). Det er også en utfordring at brukerens opplevelser av behandlingsutfallet, ikke samsvarer med terapeutens vurdering av behandlingsutfallet (Bohart & Wade, 2013).

### 2.2.1 Fellesfaktorer i psykoterapi

Hva virker i terapi? Det har blitt forsket svært mye på dette, og allerede i 1936 presenterte Saul Rosenzweig sin ide om implisitte fellesfaktorer. Disse referer til aspekt som er felles for alle former for terapi. Med rivaliseringen mellom ulike retninger som bakteppe, brukte han følgende metafor fra eventyret Alice i Wonderland for å belyse at effektforskjellen mellom ulike metoder ikke er stor: «*Til slutt sa Dodo fuglen: 'Alle har vunnet, og alle må få en pris'»* (Rosenzweig, 1936, s. 412, egen oversettelse). Den generelle likeverdigheten mellom ulike former for psykoterapi kalles for Dodo fugl effekten. Mange har etter Rosenzweig tatt utfordringen med å beskrive hva som er fellesfaktorer og hvordan de virker (Wampold & Imel, 2015).

To av de som har forsøkt å identifisere fellesfaktorene er Asay & Lambert (1999). Etter en omfattende gjennomgang av resultatforskning fra flere tiår, presenterte de et sirkeldiagram med 4 fellesfaktorer for terapeutisk endring. Prosentvis anslo de andelen av forskjellen i behandlingseffekt til hver av faktorene: *Utenomterapeutiske/klientrelaterte faktorer 40 %, relasjonsfaktorer 30 %, placebo, håp og forventninger 15 % og metode/teknikk 15 %* (Asay & Lambert, 1999).

Andre modeller er utviklet i nyere tid. Med utgangspunkt i et svært omfattende forskningsmaterieell bestående av studier og metaanalyser, redegjør Norcross og Lambert (2011) for resultater av psykoterapiens effekt. Med et gjennomsnitt fra all forskningen presenteres følgende oversikt på fellesfaktorer, og deres prosentvise andel av forskjell i behandlingseffekt: *Uforklarlig varians 40 %, klientens bidrag 30 %, terapirelasjonen 12 %, behandlingsmetode 8 %, terapeuten 7 %, og andre faktorer 3 %*. Det påpekes at modellens inndeling i prosenter kun skal vurderes som grove estimater og ikke eksakte tall (Norcross & Lambert, 2011).

Når det kommer til KOR danner følgende fellesfaktorer et viktig fundament: *Klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer, terapeuten, alliansen, metoden/teknikken, og*

*tilbakemeldingene.* Duncan (2012) viser til at faktorene er avhengig av hverandre, opptrer flytende og dynamisk, avhengig konteksten. Når det gjelder den prosentvise andelen av forskjell i behandlingseffekt utskilles den delen som skyldes psykoterapiens effekt. *Klienten og utenomterapeutiske faktorer står for 87 %, mens effekten av psykoterapi står for 13 %.* Tallene baserer seg på forskning referert hos Wampold og Imel (2015). Effekten av psykoterapien på 13 % deler Duncan prosentvis inn i følgende flytende andeler: *Alliansen 38-54 %, metode/teknikk 8 %, forventning/generell effekt 30-? %, terapeuten 46-69 % og tilbakemelding 15-31 %* (Duncan, 2012).

Sammenligner man nevnte fellesfaktormodeller ser man forskjell på effekt for behandlingsutfall de ulike faktorene anslås å ha. Den største forskjellen utgjør effekten av klientrelaterte og utenomterapeutiske faktorer som hos Asay og Lambert er 40 %, mens hos Duncan er 87 %. Dette synes å gjenspeile at faktorer ved brukeren har større betydning for behandlingsutfallet enn tidligere anslått.

## **2.2.2 KORs fellesfaktorer**

I KOR anses fellesfaktorene som selve drivkraften i endringen (Duncan, 2012). Det vil derfor være relevant å presentere en kort oversikt på forskning som indikerer de ulike fellesfaktorenes betydning for behandlingsutfallet.

*Klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer:* Brukerens rolle og bidrag i behandlingen har blitt neglisjert og nedvurdert opp gjennom historien. De senere års forskning bekrefter imidlertid at faktorer ved brukeren og dens kontekst, er den viktigste faktoren for endring og et positivt behandlingsutfall (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013).

*Terapeuten:* Rosenzweig (1936) mente terapeutens personlighet var viktig for terapiprosessen. Denne oppfatningen har hatt tendens til å bli ignorert gjennom tidene (Baldwin & Imel, 2013), men i dag viser overvekten av forskningsmaterialet at faktorer ved terapeuten er viktig for et positivt behandlingsutfall (Baldwin & Imel, 2013; Miller et al., 2013; Miller, Hubble, Duncan & Wampold, 2010; Wampold & Imel, 2015). Forskningen tyder på at faktorer ved terapeuten er mer avgjørende for kvaliteten på alliansen, enn faktorer ved brukeren (Del. Re, Fluckiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012). Det er behov for mer forskning som viser hvilke terapeutfaktorer som er effektive, men forskning indikerer imidlertid at dyktige terapeuter er bedre til å forme allianser til et bredt spekter av brukere (Norcross & Wampold, 2011; Wampold & Imel, 2015). I tillegg vises det til at terapeutegenskaper som varme, aksept, empati og fokus på andre har betydning for effekten



---

av terapien (Wampold & Imel, 2015). Nyere forskning på såkalte «superterapeuter» er et tilskudd i arbeidet med å finne ut mer om terapeutens rolle i behandlingen, og hva som skiller effektive terapeuter fra mindre effektive terapeuter (Chow, 2014; Jennings & Skovholt, 1999; Ryum, 2014).

*Alliansen:* Dette er en essensiell fellesfaktor i KOR, og den er tett knyttet til kvaliteten på terapirelasjonen. Norcross og Wampold (2011) konkluderer med at «terapirelasjonen utgjør et betydelig og vedvarende bidrag til utfallet av psykoterapibehandlingen, uavhengig den spesifikke typen behandling» (s. 423, egen oversettelse). Beviselig effektive elementer i terapirelasjonen er *alliansen, samhold i gruppeterapi, empati og innhenting av tilbakemeldinger* (Norcross & Wampold, 2011, s. 424). Forskning bekrefter sammenhengen mellom en god allianse og positivt behandlingsutfall (Norcross, 2010; Norcross & Wampold, 2011).

*Metode:* Faktorer relatert til metode handler om prosedyrene som er unike for den spesifikke typen behandling. Det finnes ingen overbevisende resultater som viser at effekten av spesifikke faktorer er ansvarlig for behandlingsutfallet i psykoterapi (Anderson, Lunnen & Ogles, 2010; Wampold & Imel, 2015). Forskning viser tendens for at det ikke er forskjell mellom metoder når det gjelder virkning. Under visse omstendigheter er noen metoder mer virkningsfulle (Lambert, 2013a; Wampold, 2010; Wampold & Imel, 2015). Lambert mener det å engasjere brukeren i en samarbeidsprosess er mer sentralt for positivt utfall enn valg av metode (Lambert, 2013a).

*Forventning:* Dette handler om tiltroen brukeren og terapeuten har til terapien og relaterte ritualer. Behandlingen får en effekt ved at forventninger og håp aktiveres. Man snakker i den forbindelse om placeboeffekt (Duncan, 2012). Placebo ble lenge ignorert og ikke vurdert som reelt fenomen. Nyere forskning som viser psykologisk effekt fra placebo, har imidlertid ledet til fornyet interesse for fenomenet (Anderson et al., 2010).

*Tilbakemelding:* Randomiserte studier viser at bruk av KOR som evalueringsverktøy gav signifikant større utbytte av behandlingen sammenlignet med ulike typer tradisjonell behandling (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Reese, Toland, Slone & Norsworthy, 2010; Schuman, Slone, Reese & Duncan, 2015). En stor studie fra 2014 (Reese, Duncan, Bohanske, Owen & Minami) indikerer at bruk av ORS-skalaen som kvalitetsforbedringsstrategi i en offentlig helsetjeneste, kan være et middel til å øke behandlingseffekten.

## 2.3 Diskusjonen om den medisinske og kontekstuelle modellen

I den vestlige verden anses medisinen som den dominerende tilfriskningspraksisen. Man snakker i den forbindelse om den *medisinske modellen* som består av følgende fem komponenter i sin tilnærming til sykdom: *Sykdom, biologisk forklaring, endringsmekanisme, terapeutiske prosedyrer* og *spesifisitet*. Historisk sett har den naturvitenskapelig positivistiske vitenskapen og den medisinske modellen stått sentralt i psykoterapien siden Freud innlemmet psykoanalysen som legitim medisinsk praksis på begynnelsen av 1900-tallet (Wampold & Imel, 2015).

Det har vært et kontroversielt prosjekt å adoptere den medisinske modellen innenfor psykoterapi. Mange mener den medisinske modellen kommer til kort når det gjelder å forstå psykiske problemer og lidelser (Karlsson & Borg, 2013; Wampold & Imel, 2015). Denne kontroversen danner grunnlaget som den medisinske modellen belyses ut fra i denne oppgaven. Som alternativ til den medisinske modellen har man en kontekstuell forståelsesmodell. Grunnleggende her er at mennesket ikke kan forstås uavhengig sin personlighet og kontekst (Bøe & Thomassen, 2007; Wampold & Imel, 2015).

### 2.3.1 Den medisinske modellen – et kontroversielt prosjekt

Kjennetegn for den medisinske modellen er diagnostisering og behandling som utledes fra standardiserte diagnosekategorier (Hall, 1996; Wampold & Imel, 2015). Utformingen av moderne psykiske helsearbeid preges fortsatt av den medisinske modellen. Flere mener dette er uheldig, og det hevdes blant annet at et biokjemisk perspektiv på mennesket kan virke dehumaniserende og reduksjonistisk (Bøe & Thomassen, 2007). Man står i fare for å miste personlige erfaringer og kontekstuelle faktorer innenfor den medisinske modellen. Problemene identifiseres av de profesjonelle, og defineres ut fra et biokjemisk eller psykoanalytisk perspektiv. Den profesjonelle blir ekspertten som sitter med svarene. Når diagnosen settes vil en forhåndsbestemt medisinsk respons diktere prosessen og relasjonen. Sykdomsrammen tillater en begrenset forståelse av atferden, men hindrer en dypere forståelse av brukeren som deltaker i en større kontekst. Det brukeren bærer med seg av ressurser står dermed i fare for å bli ignorert, og brukerens rett til å definere egne mål og sette egne ord på hva som skjer, overkjøres (Hall, 1996).

### 2.3.2 Den kontekstuelle modellen

Den kontekstuelle modellen ble utviklet og presentert av Wampold i 2001 (Wampold & Imel, 2015). Modellen har røtter i samfunnsvitenskapen og et grunnleggende premiss er at psykoterapiens effekt tilskrives det som skjer gjennom sosiale prosesser. Den kontekstuelle modellen ivaretar følgende aspekt som den medisinske modellen har utelatt: *Spirituelle og humanistiske aspekter, kultur og kontekst, fellesfaktorene, terapeuten som endringsagent og brukeren som aktiv deltaker*. Vidt definert er relasjonen mellom mennesker kjernen i det som gjør psykoterapi virksomt. Å skape en ekte relasjon mellom bruker og terapeut, anses som nødvendig for å legge til rette for grunnleggende tillit, som gir brukeren tro på at han kan få hjelp (Wampold & Imel, 2015).

Wampold`s kontekstuelle modell er i stor grad knyttet til psykoterapi, og det som skjer i selve terapirelasjonen (Wampold & Imel, 2015). Det finnes også andre modeller med kontekstuellt perspektiv som i større grad er knyttet til psykisk helsearbeid. Karlsson & Borg (2013) presenterer en foreløpig arbeidsmodell for humant og sosialt psykisk helsearbeid, hvor sentrale dimensjoner i relasjonen er likeverd, samarbeid og anerkjennelse. Modellen består av følgende elementer: *Personen som sentral aktør i eget liv, livskontekst og kultur, meningsfulle og ønskede virksomheter, hjemmet, økonomi og levekår, samarbeidende og dialogiske praksiser* (Karlsson & Borg, 2013).

## 2.4 Syv gode vaner

Et viktig element i Familiehjelpas utviklingsstrategi er *Syv gode vaner* av Covey (2014a; 2014b). Syv gode vaner representerer en livsholdning som i følge Covey kan bidra til større selvtillit og bedre relasjoner, samt øke evnen til å motivere andre og øke lysten til å prøve nye ting og gripe utfordringer. Det er en form for leveregler som handler om å bli mer effektiv i betydningen å nyttiggjøre seg egne ressurser på en bedre og mer hensiktsmessig måte. Det handler om å finne gode løsninger, samtidig som man bevarer gode relasjoner og overskuddet i seg selv. Covey (2014a; 2014b) er opptatt av at alle mennesker har sin egen måte å se verden på, altså sitt eget paradigme. Ens egne handlinger og resultater påvirkes av synet man har valgt. Han mener det er nyttig å vurdere nødvendigheten av et paradigmeskifte hvor synet på seg selv og verden endres. Ved å ta følgende syv gode vaner, eller leveregler på alvor, kan man i følge Covey (2014a; 2014b) skape endringer i livet:

**Vane 1: Vær proaktiv**

Dette er den mest grunnleggende vanen og innebærer at man selv bestemmer i sitt eget liv. En proaktiv holdning kjennetegnes av at man selv tar ansvar for sine valg og reaksjoner. Framfor å kreve av andre det man selv ønsker, kan man selv velge å være en kilde til støtte, bekreftelse, modighet, vennlighet og disiplin.

**Vane 2: Begynn med slutten**

Det handler om å utvikle sitt eget verdisystem. Dette krever at man er proaktiv og tar ansvar for hvilke verdier som skal være styrende i det man foretar seg. Verdiene bør nedfelles i en verdierklæring. Det er helt avgjørende at den som verdierklæringen skal gjelde for, må være involvert i utarbeidelsen av den. Nøkkelen til engasjement er involvering.

**Vane 3: Gjør det første først**

Det handler om å ta vane 2 på alvor. Det innebærer at man i praksis handler på grunnlag av sitt eget verdisystem. Ved å gjøre det første først, sier man ja til det som betyr mest for en, og man jobber aktivt for å nå sine mål og utføre ting som planlagt.

Når de tre første vanene slår rot, fører det i følge Covey til en indre kilde av personlig sikkerhet, kontroll over eget liv og uavhengighet.

**Vane 4: Tenk vinn-vinn**

Med vinn-vinn tenkning strever man etter gjensidige fordeler. For å få til ett vellykket samarbeid bør følgende fem elementer ligge til grunn: 1) *Ønskede resultater* som tydelig viser hva man vil ha utført. 2) *Retningslinjer* som er tydelig på hva som bør/ ikke bør gjøres. 3) *Ressurser* man kan trekke på for å nå ønskede resultater. 4) *Ansvarlighet* handler om bevisstheten på at man er ansvarlig for å oppnå ønskede resultat. 5) *Konsekvenser* handler om hva som skjer om ønskede resultater oppnås.

**Vane 5: Søk først etter å forstå**

Dette handler om hvor viktig og virkningsfull empatisk kommunikasjon kan være. I følge Covey hungre mennesket etter å bli forstått. Da slapper man av, forsvaret senkes og man blir åpen. Søk først etter å forstå, deretter å bli forstått, representerer essensen i enhver form

---

for profesjonell kommunikasjon. Det handler om å lytte innenfor den andres referanseramme.

### **Vane 6: Skap synergi**

Det handler om at gjensidig respekt og verdsetting av forskjelligheter skaper grunnlag for et kreativt samarbeid. I en synergi får man interaksjon mellom to personer som i felleskap forsøker å frembringe nye og bedre løsninger.

### **Vane 7: Slip saken**

Slip saken er vanen for vedlikeholdelse. Denne vanen sørger for å utvikle de seks andre vanene. Fire dimensjoner ved den menneskelige personlighet er involvert i de seks vanene. Det er den fysiske, åndelige, den mentale og den sosiale/følelsesmessig. For å ha overskudd i hverdagen må alle dimensjonene få påfyll i en eller annen form.

## **2.5 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkningens sentrale rolle i KOR, gjør det høyst relevant å inkludere dette som perspektiv i oppgaven. Brukermedvirkning handler om brukernes grunnleggende rettigheter til innflytelse på psykisk helsearbeid, både individuelt og overordnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I følge veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) defineres brukermedvirkning på følgende måte:

Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. (s. 17).

*Brukerstyring* er den høyeste graden av medvirkning, og innebærer at brukeren har kontroll og reell beslutningsrett når det gjelder utformingen og gjennomføring av helsetjenesten (Rønning & Solheim, 1998; Storm, 2009). Når det gjelder *Klient- og resultatstyrt praksis* er navnet i seg selv tydelig på at klientens stemme styrer praksis, og KOR vil i så måte høre inn under den høyeste graden av medvirkning. I denne oppgaven velger jeg imidlertid ikke å skille på brukermedvirkning og brukerstyring, men heller forstå brukermedvirkning som et overordnet begrep som består av ulike grader medvirkning.

*Brukerperspektiv* og *empowerment* er begrep beslektet med brukermedvirkning. Å innta et *brukerperspektiv* innebærer at fagpersonen forsøker å se behovet for en tjeneste fra brukers ståsted. Det krever empati og innlevelse fra den som skal yte tjenesten, og det krever at fagpersonen mestrer å persipere perspektivet. Brukerperspektivet skaper motvekt til oppfatningen om at fagpersonen vet best og tar et oppgjør med den paternalistiske rollen i relasjonen til brukeren (Humerfelt, 2005; Rønning & Solheim, 1998). *Empowerment* er prosessen med å styrke og aktivere menneskets egenkraft (Helsedirektoratet, 2006). Begrepet viser til en maktforskyvning hvor mennesket styrkes ved å bevisstgjøres egne rettigheter, og som gjør det i stand til å ta kontroll over egen helse og eget liv. Det handler om å bli inkludert i felles rettigheter og plikter på likeverdige vilkår (Helsedirektoratet, 2006; Humerfelt, 2005; Storm, 2009).

### **2.5.1 Ulike begrunnelser for brukermedvirkning**

Brukermedvirkning kan begrunnes ut fra fire ulike perspektiver. Med utgangspunkt i et *demokratisk perspektiv*, blir brukermedvirkning en direkte form for demokrati der brukeren av tjenester skal ha muligheten til å være med å påvirke innholdet (Bøe & Thomassen, 2007). Det er en demokratisk rettighet, og en politisk og faglig målsetting å involvere brukeren i valg av behandling og tjenester (Helsedirektoratet, 2014). I et *kvalitetsperspektiv* handler brukermedvirkning om å utvikle og forbedre tjenestene med utgangspunkt i erfaringskunnskapen. Den som har opplevd tjenesteforløpet kan gi verdifulle innspill når det gjelder forbedringer (Bøe & Thomassen, 2007). Man har da en form for instrumentell brukermedvirkning der formålet er å bedre tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2006). Sett fra et *behandlingsperspektiv* vil brukermedvirkning legge til rette for aktiv deltakelse i eget endringsarbeid, og i den forstand være helsefremmende (Bøe & Thomassen, 2007). Man snakker da om en terapeutisk brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2006). *Forbrukerperspektivet* ser brukeren som en kunde som skal behandles med respekt, og som bør tilbys valgfrihet i forhold til produkter man vil kjøpe (Bøe & Thomassen, 2007).

Brukermedvirkning utøves på tre nivåer. På *individnivå* innebærer det at brukeren opplever å bli tatt på alvor og møtt på sine innspill i utformingen av tilbudet, mens brukermedvirkning på *tjenestenivå* handler om at brukeren gjennom ulike ordninger kan påvirke utformingen av tjenester gitt innenfor et avgrenset tjenesteområde. Brukermedvirkning på *systemnivå* innebærer at brukergrupper involveres i prosesser, og kan påvirke utformingen av psykiske helsetjenester på overordnet nivå (Bøe & Thomassen, 2007).

---

## 2.5.2 Mobilisering av reell brukermedvirkning på individnivå

Å mobilisere til brukermedvirkning handler mye om det som skjer i selve møtet mellom bruker og terapeut. Følgende sitat fra en kvinne som selv har opplevd å være bruker av psykiske helsetjenester, belyser dette (Holte & Beston, 2005):

Det er bare så utrolig viktig hvordan en blir møtt av en behandler. I løpet av noen få sekunder kan det være avgjort om det blir et godt møte og en viktig arbeidsprosess eller en opplevelse av avmakt. Hjelperen må mobilisere. (s. 57).

Sitatet reiser et aktuelt spørsmål: Bidrar den profesjonelles verdier og holdninger til å mobilisere brukerens ressurser eller til å skape en avmaktsfølelse? I følge Storm og Rennesund (2009) kreves det holdningsendringer å sikre brukerne reell innflytelse i sin egen behandling. Tradisjonelt sett har psykiatrien hatt tendens til å definere sterke følelsestilstander som symptomer på ulike psykiatriske lidelser (Holte & Beston, 2005). Et alternativt perspektiv er å forstå symptomer som en problemløsningsstrategi som gir mening for personen det gjelder. Får man tak i personens subjektive opplevelse og forståelse, kan man støtte den enkeltes løsningsmønster, og unngå generaliserende intervensjoner basert på medisinsk diagnostikk. En slik innfallsvinkel åpner for at brukeren myndiggjøres. Det handler om å hjelpe personen til å bli oppmerksom på egne ressurser og kunnskapen han har om seg selv (Axelsen, 2013; Hall, 1996).

Å mobilisere til brukermedvirkning handler om å sette seg inn i brukerens virkelighet og utvikle et felles språk som skaper forståelse. En troverdig undring og formidling fra terapeuten danner grunnlag for trygghet og tillit i møtet med brukeren (Holte & Beston, 2005). Det handler om å invitere brukeren til å se seg selv som en samarbeidspartner i å gjøre livet sitt bedre. Hver eneste bruker har en unik endringsteori som venter på å bli oppdaget (Duncan & Miller, 2000). Ved å lytte empatisk, og innta en utforskende og ikke-vitende holdning åpner man for nye oppdagelser (Duncan & Miller, 2000; Holte & Beston, 2005).

Et klima preget av lydhørhet åpner for dialog, og gjør det mulig å bygge bro mellom brukerkunnskapen, den profesjonelles erfaringsverden og aktuell teoretisk kunnskap (Holte & Beston, 2005). Gjennom dialog kan man bli forstått og verdsatt av den andre, og det åpner for at likeverdige virkeligheter møtes og virker inn på hverandre. Dialogen åpner for at brukerens erfaringsbaserte kunnskap om egen livssituasjon kan komme til uttrykk (Bøe &

Thomassen, 2007). Skal brukeren bli tatt på alvor med sin erfaringsbaserte kunnskap, er det i følge Skjervheim (1996) nødvendig at terapeuten inntar en holdning som deltaker og lar seg engasjere. Som deltaker sier terapeuten seg villig til å ta den andres meninger på alvor og opp til ettertanke. Om terapeuten kun konstaterer det brukeren sier uten å la seg engasjere, objektiveres brukeren. Terapeuten blir dermed en tilskuer, og brukeren kan vanskeligere tas på alvor.

### **2.5.3 Brukermedvirkning utfordrer det tradisjonelle maktforholdet**

Reell brukermedvirkning kan lett trues av makten som ligger i diagnostisering (Ørstavik, 2008). Duncan og Miller (2000) har utfordret det tradisjonelle fokuset på diagnoser med sitt engasjement for å få brukerens stemme inn i alle aspekter av behandlingen. De mener brukeren dehumaniseres av diagnostiske merkelapper og begrenser mulighetene for meningsfull individuell behandling (Duncan & Miller, 2000). Brukermedvirkning innebærer brudd med praksistradisjoner i sosial- og helsevesenet (Ulvestad & Henriksen, 2007), og utfordrer de tradisjonelle asymmetriske omsorgsrelasjonene (Øye & Norvoll, 2013). Fagpersoner innehar en makt som både kan hemme og frigjøre brukerens egne krefter og ressurser. Makt er et begrep med dualitet. Dette kommer til uttrykk i kontrasten mellom makt som *krenkende* versus makt som *myndiggjørende*. Brukt i et positivt henseende kan makt bidra til å bryte ut av undertrykkende relasjoner, og når det gjelder psykisk helse kan makt i et positivt perspektiv fremme mestring og medvirkning. Den negative siden ved makt kommer til uttrykk når mennesker opplever begrensninger i sin autonomi og handlingsfrihet (Øye & Norvoll, 2013). Det er nødvendig å synliggjøre det asymmetriske maktforholdet som har rådet innom psykiatrien. Ved å erkjenne maktforholdet blir den som sitter med makten ansvarliggjort for hvordan makten utøves (Hummelvoll & Eriksson, 2005; Øye & Norvoll, 2013).

Brukermedvirkning handler om at fagfolk må tørre å gi slipp på sin maktposisjon, og erkjenne at den enkelte brukers erfaringskunnskap er like verdifull som ekspertkunnskap. Det må skje en maktforskyvning i bruker-terapeut relasjonen som kommer brukeren til gode i form av medvirkning (Ørstavik, 2008). Dette innebærer at ansatte må gi fra seg makt, og brukere skal gis makt for å hjelpe seg selv. Denne endringen i maktforholdet kan sees i et positivt perspektiv, og innebærer at brukeren frigjør egne krefter og aktiveres til å ta ansvar for eget liv (Øye & Norvoll, 2013).



## 3. METODOLOGI

### 3.1 Kvalitativ metode

Intensjonen med studien er å la erfaringsnære beskrivelser fra informantenes livsverden legge grunnlaget for økt kunnskap og forståelse av KOR som evalueringsverktøy. I den forbindelse anses kvalitativ forskningsmetode som godt egnet. I kvalitativ forskning står de meningsfulle fenomenene sentralt. Gjennom informantenes beskrivelser av erfaringer og opplevelser er det fokus på å få fram variasjon, nyanser og mangfold (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009; Thornquist, 2003).

### 3.2 En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming

Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Dette innebærer å erkjenne at mennesker er forstående og fortolkende individer med sin egen historie og sosiokulturelle bakgrunn. En og samme situasjon kan oppfattes og fortolkes forskjellig av ulike individer, avhengig av deres egen referanseramme (Thornquist, 2003) Hva dette innebærer mer konkret i denne studien, vil jeg utdype gjennom å beskrive fenomenologien og hermeneutikken i korte trekk, hver for seg.

I fenomenologien er det aktørens egne perspektiver og beskrivelser av verden som står sentralt (Kvale & Brinkmann, 2009; Thornquist, 2003). Husserl gikk ut fra en forestilling om at all kunnskap tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen. Han brukte begrepet fenomen for å vise til det som trer fram for personens bevissthet når noe skjer og oppleves (Husserl, 1989). Den dagligdagse verden man er en del av omtales som «livsverden», og i forskningssammenheng er man opptatt av å få subjektive, erfaringsnære og rike beskrivelser fra det enkelte individs livsverden. I denne studien handler fenomenologien om å ha åpenhet og tilbakeholdenhet slik at informantenes egne beskrivelser av KOR kommer til uttrykk. Man snakker i den sammenheng om epochè; «å sette parentes» omkring egne fordommer og oppfatninger, slik at disse ikke styrer og påvirker beskrivelsene som informantene kommer med (Thornquist, 2003).

Hermeneutikken erkjenner at vi aldri møter verden helt forutsetningsløst. Alle mennesker bærer med seg en forståelseshorisont som er preget av den enkeltes forventninger og

erfaringer. Denne forutforståelsen påvirker hvordan vi forstår og fortolker. Forskerens tankemodeller, erfaringer og historie utgjør en forforståelse som vil være førende for kunnskapen som skapes (Malterud, 2011; Thornquist, 2003). Med utgangspunkt i dette vil det derfor være sentralt at jeg redegjør for min forforståelse, da denne danner grunnlaget for hvordan jeg forstår og tolker datamaterialet. Ved studiens oppstart var KOR var nytt for meg, og kunnskapen om temaet var begrenset. Det jeg leste om KOR i boken til Valla (2014), skapte tanker og spørsmål som jeg har tatt med videre inn i studien, og som reflekteres i diskusjonsdelen. Brukermedvirkning derimot har alltid stått sentralt i min yrkesutøvelse. Temaet engasjerer meg, og jeg har tro på at mye av grunnlaget for brukermedvirkningen legges i selve møtet mellom bruker og terapeut. Jeg anser respekt, likeverdighet, empati og forståelse som grunnleggende verdier i arbeidet med å gi brukerstemmen plass.

Intervjuene i studien resulterte i et tekstmateriale. Framgangsmåten som har ligget til grunn for min tolkning og forståelse av tekstmaterialet kan beskrives ved hjelp av Gadamer (2007). Når man forsøker å forstå en tekst, skaper man en foreløpig forståelse basert på forventningene man leser teksten med. Etter hvert utløses en helhetsforståelse av teksten. Denne helhetsforståelsen vil igjen påvirke og endre den første forståelsen. Stadig nye forståelser utgjør forståelsens og fortolkningens meningsbevegelse. Denne prosessen kjennetegner den hermeneutiske sirkel. Erkjennelsesprosessen er dynamisk og kan beskrives som en pendling mellom delene og helheten.

### 3.3 Utvalg

For å få svar på en problemstilling er det nødvendig med en empirisk kilde som er gyldig for fenomenet som undersøkes. Hensikten med et strategisk utvalg er å få tak i et datamateriale som har best mulig potensial for å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Jeg anså Familiehjelpa som et aktuelt sted å utføre en masterstudie, og henvendte meg til lederen for tjenesten. Utvalget ble altså til dels bestemt på forhånd, men det var likevel nødvendig å foreta et strategisk utvalg innenfor gruppen av terapeuter, for å sikre en gyldig empirisk kilde for fenomenene. Det jobbet totalt 12 terapeuter i Familiehjelpa ved studiens oppstart, i stillingsprosenter fra 20 % - 100 %. Inklusjonskriteriene ble satt i forhold til stillingsprosent og arbeidserfaring med KOR. Alle terapeuter som hadde jobbet i 60 % - 100 % stilling i minst 3 år eller mer i denne tjenesten, ble forspurt om å delta. Alle de forespurte terapeutene

---

samtykket til å delta i studien. Utvalget består av 7 informanter med variert yrkesfaglig bakgrunn, og stort spenn i totalt antall år med arbeidserfaring, både med og uten KOR. Informantgruppen består av begge kjønn, med overvekt av kvinner.

### 3.4 Det kvalitative intervjuet

Kvalitativt forskningsintervjuet er valgt som datainnsamlingsmetode i denne studien. Metoden egner seg godt når man ønsker å forstå verden sett fra informantenes ståsted. I denne studien handler det om å forstå KOR, sett fra et terapeutperspektiv. Forskningsintervjuet er en profesjonell samtale som tar utgangspunkt i dagliglivet, og kunnskapen konstrueres i samspill mellom intervjueren og den intervjuede. Målet handler om å få tak i folks erfaringer og opplevelse av verden. En nysgjerrig og lydhør innstilling for både det sagte og usagte bør prege intervjueren, samtidig som man er kritisk til egne forutsetninger og hypoteser (Kvale & Brinkmann, 2009).

I forkant av intervjuene ble en oversikt over tema sendt ut til informantene, slik at de var forberedt på hvilke temaområder jeg ønsket å komme innom. Denne muligheten for refleksjon over temaene på forhånd kan kritiseres for å påvirke informantenes spontanitet og forutsetningsløshet. Det må derfor påpekes at selve spørsmålsstillingen ble utelatt, nettopp for å ivareta en mest mulig åpen og spontan tilnærming under selve intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar og mars 2015. Tidspunkt for intervjuet ble avtalt direkte med hver enkelt informant, etter at skriftlig samtykke var mottatt. Gjennomføringen skjedde i arbeidstiden på informantenes arbeidssted. Som forespeilet i informasjonsskrivet hadde intervjuene en varighet på 60-90 minutter.

Hvert intervju startet med en innledning hvor jeg presenterte meg selv, og gikk gjennom hovedpunktene i informasjonsskrivet som var sendt ut i forkant. Jeg presenterte mitt ønske om å få ta del i hver enkelt informants tanker og erfaringer rundt temaene, og var bevisst på å skape en god intervjuramme preget av respekt og trygghet. Kvale & Brinkmann (2009) påpeker hvordan samspillet karakter påvirker kunnskapen som produseres.

Intervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide som fokuserte på bestemte temaer og forslag til spørsmål (vedlegg 1). Intervjuguiden er hverken åpen eller lukket, men tar utgangspunkt i bestemte temaer og forslag til spørsmål relevant for problemstillingen

(Kvale & Brinkmann, 2009). Den semistrukturerte intervjuguiden bestod av 10 åpne spørsmål som sørget for bredde og relevante temaer. Jeg vurderte risikoen for at mange spørsmål kan lede informantene inn i et spor preget av min forforståelse. Dette aspektet ble vurdert opp mot ønsket om et bredt og nyansert datamateriale. Valget falt på 10 spørsmål. For å unngå at forforståelsen skulle overdøve empirien (Malterud, 2011), ble forforståelsen skrevet ned tidlig i prosessen. Dette la til rette for å sette forforståelsen i parentes, både ved utarbeidelse av intervjuguiden og underveis i intervjuene. Intervjuguiden ble testet ut i et pilotintervju i forkant av intervjuene.

Etter de to første intervjuene gjorde jeg meg refleksjoner vedrørende intervjuguiden som påvirket den videre prosessen. Tryggheten og strukturen som ligger i å følge intervjuguiden tematisk, kom i konflikt med ønsket om å følge opp svarene til informantene. Erfaring fra de to første intervjuene avdekket at informantenes svar ofte var en gylden anledning til videre dypdykk og spontane beskrivelser. Dette krevde imidlertid en fleksibel oppfølging av intervjupersonens svar der og da (Kvale & Brinkmann, 2009). I de videre intervjuene valgte jeg derfor å frigjøre meg fra intervjuguidens tematiske rekkefølge, stikkord og underspørsmål. Oppmerksomheten kunne rettes mot situasjonsbetingede ledetråder som på fruktbar måte kunne være med på å belyse problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Å gi informantenes fortellinger tid og rom stilte krav om å gi slipp på kontrollen, og ikke alltid vite om historien ville føre noe med seg. Jeg måtte være fleksibel, samtidig som jeg måtte styre intervjuet og sørge for at alle temaene ble berørt. Malterud (2011) beskriver min opplevelse av dette på en god måte. Å være tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid er en kunst. Det å våge å avvente nysgjerrig ved historier som tilsynelatende er avsporinger, men som viser seg å være verdifulle bidrag til ny kunnskap, krever balanse mellom fleksibilitet og styring (Malterud, 2011).

Intervjuet forløp som en samtale. God tid og rolig tempo la til rette for at informantene kunne bruke tid på spørsmålene og reflektere høyt rundt dem. Med oppriktig nysgjerrighet, blikk-kontakt, oppmuntrende utsagn som «ja, ja» og «kan du utdype det», samt kommentarer underveis i intervjuet, responderte jeg på informantens refleksjoner. Gjentakelse av ord og setninger informantene hadde sagt åpnet ofte for ytterligere utdypninger og beskrivelser av fenomenet. Kvale og Brinkmann (2009) referer til ulike kvalitetskriterier for et intervju, hvor blant annet idealintervjuet blir tolket underveis og intervjueren forsøker å verifisere sine fortolkninger av informantens svar. Dette kan framstå som uoppnåelige idealer, men som retningslinjer kan de vise vei til god intervju praksis. I denne studien ble denne formen for

verifisering forsøkt ivaretatt ved at jeg presenterte min fortolkning av det som ble sagt underveis. Informanten kunne da bekrefte, avkrefte eller utdype min fortolkning. Informantens utdyping av min fortolkning medførte ofte en mer nyansert beskrivelse av fenomenene.

Det 11. spørsmålet i intervjuguiden var et avsluttende spørsmål som åpnet for at informanten kunne sette ord på det som eventuelt fortsatt var usagt. Hvert intervju ble avrundet med dette spørsmålet. Dette åpnet for en løs og uformell prat hvor jeg fokuserte på å skape en positiv og respektfull avslutning på samtalen.

Alle informantene ble invitert til en erfaringsutveksling i slutten av april 2015. Seks av syv informanter hadde anledning til å komme. Jeg presenterte resultatene muntlig ved hjelp av en powerpoint. Et skriftlig utkast av resultater og sitater var også tilgjengelige for gjennomlesning. Dette gav informanten som ikke var til stede muligheten til å uttale seg. Informantene ble oppfordret til å komme med kommentarer og refleksjoner. Informantene bekreftet at funnene beskrev et gjenkjennelig bilde av deres opplevelser og erfaringer.

### 3.5 Transkribering

Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene. Ved transkribering blir samtalen mellom to mennesker abstrahert og oversatt til skriftlig form. Denne prosessen bidrar til å strukturere intervjuene og gjøre dem mer egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg anser det som en fordel at transkriberingen ble utført av meg selv. Deltaker i en samtale husker ofte momenter som er av betydning for meningen i teksten, og bidrar med dette til å styrke validiteten av analysematerialet (Malterud, 2011). Transkriberingen ble et verdifullt tilskudd i analyseprosessen da analytiske spor kunne identifiseres allerede her. Totalt utgjorde det transkriberte materialet 130 sider med enkel linjeavstand. Alt materialet i forbindelse med intervjuene ble håndtert i henhold til NSD's krav om anonymisering og konfidensialitet. Alle informantene fikk nummer i stedet for navn, og lydopptakene ble oppbevart i låsbart skap og slettet ved studiens slutt.

## 3.6 Analyse

Innsamling av informantenes erfaringer og opplevelser med KOR har dannet grunnlaget for å oppnå hensikten med studien. I følge Malterud (2011) innebærer en kvalitativ analyse at datamaterialet leses og organiseres med utgangspunkt i hensikten og problemstillingen, slik at man finner svar på det man i utgangspunktet ønsket å undersøke. Hensikt med denne studien er å få økt kunnskap og forståelse for KOR som evalueringsverktøy i Familiehjelpas psykiske helsearbeid. Ønsket er å vite noe om realismen i å implementere KOR, og hva det innebærer å basere utviklingen av en psykisk helsetjeneste på brukernes tilbakemeldinger. Det innsamlede datamaterialet med informantenes opplevelser og erfaringer har gjennomgått en systematisk og kritisk refleksjon. Her har mønster og kjennetegn som sier noe om implementeringen og tjenesteutviklingen blitt identifisert. Tilnærmingen til datamaterialet har vært induktiv. Med utgangspunkt i de empiriske data er det materialet som leverer begreper og kategorier, og man snakker i den forbindelse om datastyrt analyse (Malterud, 2011).

Til å analysere det innsamlede datamaterialet har jeg valgt en kvalitativ innholdsanalyse som tar utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004). Analysen tar for seg både det manifeste og latente innholdet i materialet. Det manifeste tolkningsaspektet referer til det som er synlige og opplagte komponenter i teksten, mens det latente aspektet innebærer tolkning av den underliggende meningen i teksten. Gjennomføringen av den kvalitative innholdsanalysen kan beskrives i 5 trinn:

1. For å få et grep om helheten i datamaterialet ble alt gjennomlest flere ganger, og delt opp i innholdsområder. Dette skapte oversikt og organiserte datamaterialet. Innholdsområder relevant for problemstillingen utgjorde egne analyseenheter som ble gjenstand for videre analyse.
2. Ved gjennomlesning av hver analyseenhet ble meningsbærende enheter markert. Meningsbærende enheter ble kondensert ved behov. Her ble lang tekst forkortet og unødvendige ord fjernet uten at kjernen av innholdet ble borte.
3. Meningsbærende enheter ble abstrahert. Stikkord for innholdet ble skrevet i margin, i form av et kodeord.

4. Alle meningsbærende enheter med kodeord som passet sammen ble samlet i en datamatrikse og vurdert opp mot hverandre. Dette dannet grunnlaget for opprettelse av kategorier og underkategorier.
5. Kategoriene ble validert opp mot transkriberte intervju. Eksempler på sitat ble plukket ut for å gjenspeile innholdet og validere kategoriene.

Ved rekontekstualisering av datamaterialet skal de løsrevne tekstbitene legge grunnlaget for ny kunnskap og nye beskrivelser av fenomenet som er undersøkt. Det er imidlertid viktig å bevare lojaliteten ovenfor informantenes opprinnelige utsagn, slik at svarene man har kommet fram til fortsatt stemmer overens med sammenhengen de ble hentet ut fra. Delene må valideres opp mot helheten (Malterud, 2011). Dette er forsøkt ivaretatt gjennom en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, hvor de løsrevne tekstdelene og hele teksten, er belyst opp mot hverandre (Gadamer, 2007; Thornquist, 2003). I denne dynamiske erkjennelsesprosessen har ny forståelse trådt fram, samtidig som den er holdt innenfor empirien (Malterud, 2011).

### 3.7 Etske refleksjoner

En intervjuundersøkelse vil være preget av etiske problemstillinger gjennom hele forløpet (Kvale & Brinkmann, 2009). Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013) sammenfatter forskningsetiske retningslinjer for medisinsk forskning som involverer mennesker. Sentralt står de etiske prinsippene om *informert samtykke*, *frivillighet*, *personvern*, *nytte/velgjørenhet*, *autonomi* og *ikke-skade*. I min rolle som forsker står jeg ansvarlig for å ivareta det forskningsetiske aspektet ved studien (WMA, 2013). I følge Kvale og Brinkmann (2009) er moralsk ansvarlig forskningsatferd knyttet til forskerens sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål og moralsk handling. Her er forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet avgjørende faktorer. Sammen med sentrale forskningsetiske prinsipper fra Helsinkideklarasjonen, har refleksjoner over egen rolle som forsker dannet grunnlaget for de etiske valgene gjort underveis i denne studien.

Den 23. januar 2015 kontaktet jeg Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) på telefon for å undersøke om studien skulle meldes inn til dem. Her presenterte jeg studiens hensikt, metode, utvalg og arbeidssted. NSD gav klarsignal pr. telefon om å sette i gang med

studien, under forutsetning om at kravene til anonymisering og konfidensialitet ble ivaretatt gjennom hele studien.

Ved studiens oppstart ble det sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 2) og en samtykkeerklæring (vedlegg 3) med informasjon om studiens hensikt til alle informanter. Her ble de etiske prinsippene om *informert samtykke*, *personvern*, *nytte*, *frivillighet* og *retten til å trekke seg* ivaretatt.

I henhold til NSD sine krav er anonymisering av enkeltpersoner ivaretatt gjennom hele studien. Jeg valgte imidlertid å gi informantene muligheten til selv å velge åpenhet eller anonymisering vedrørende det faktum at studien omhandler tjenesten Familiehjelpa. I samtykkeerklæringen ble denne muligheten dokumentert og ivaretatt i et eget punkt. Bakgrunnen for dette valget handler om at informantene kan sitte med et ønske om at deres bidrag og arbeid faktisk blir kreditert og gjort kjent (Kvale & Brinkmann, 2009). Etter erfaringsutvekslingen i april 2015, kunne informantene ta stilling til dette ved å krysse av på skjema med valg om *anonymisering* eller *åpenhet* (vedlegg 4). Ved minst ett ønske om anonymisering ville dette bli respektert og tatt til følge. For å sikre at alle skulle kunne ta et valg uavhengig av andres meninger, ble avkryssingen foretatt anonymt. Alle informantene valgte åpenhet om studien.

Utvalget i studien kommer fra et og samme arbeidssted. Dette innebærer en risiko for gjennomsliktig datamaterialet med tanke på gjenkjenning av kollegaers utsagn. Spesielt ved tema som omhandler spenningsfelt har dette vært et utfordrende aspekt. Samtidig er det i følge Malterud (2011) viktig at slike spenningsfelt får tre fram. Gode data representerer motsigelser og paradokser, og dette er viktig sider ved livet som ikke skal elimineres. Styrken i kvalitativ forskning ligger å framstille slike spenningsfelt (Malterud, 2011). Dette har krevd en balansegang mellom kravet om å være ærlig og rettferdig i presentasjonen av sitat og resultat, og kravet om ikke å skulle gå på bekostning av den enkelte informants anonymitet og integritet. Bevisstheten om dette aspektet har vært til stede i hele analyseprosessen, og for å gjøre materialet minst mulig gjennomsliktig har alle sitatene gjennomgått en språklig vask. Dialekt er oversatt til bokmål, og ord som representerer en individuell personlig stil har blitt byttet ut med mer nøytrale ord. Dette er gjort uten å gå på bekostning av meningsinnholdet.



---

Frivillighetsaspektet i studien har også vært gjenstand for etisk refleksjon. Informasjonsskrivet er i seg selv tydelig på frivilligheten ved deltakelse, men utfordringen ligger i at henvendelsen gikk til leder for ett enkelt arbeidsmiljø. Den etiske refleksjon tar utgangspunkt i prinsippene om plikt og lojalitet, og handler om i hvilken grad den enkelte informant følte at deltakelsen var frivillig. Om en leder uttrykker ønske om deltakelse fra sine ansatte, kan det tenkes at plikten og lojaliteten ovenfor leder går på tvers av den ansattes eget ønske. Dette er ikke nødvendigvis tilfelle i denne studien, men likevel et aspekt å ta høyde for. Da jeg fikk anledning til å treffe hver enkelt deltaker personlig, benyttet jeg anledningen til å påpeke frivillighetsaspektet ved å vise til informasjonsskrivet og gjenta hovedpunktene i dette.

### 3.8 Metodediskusjon

I følge Graneheim & Lundman (2004) er *troverdighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet* sentrale aspekter når kvaliteten på forskningen skal vurderes.

#### **Troverdighet**

Troverdighet handler om hvor godt datamaterialet og analyseprosessen faktisk adresser hensikten med studien (Graneheim & Lundman (2004).

Når det gjelder utvalg sørget inklusjonskriteriene for at alle informantene hadde minst 3 års erfaring med KOR i minst 60 % stilling. Jeg anser det som en styrke for troverdigheten at alle informantene har hatt et minimum av erfaring med KOR. I følge Kvale og Brinkmann (2009) regnes 15 +/- 10 som et tilstrekkelig antall informanter i en kvalitativ intervjustudie. Utvalget i studien har bestått av 7 informanter. Min vurdering er at dette har vært et tilstrekkelig antall. Noe av begrunnelsen for dette ligger i at utvalget er variert sammensatt med tanke på yrkesfaglig bakgrunn og antall år med yrkeserfaring. Dette anser jeg som en styrke, i motsetningen til en mer homogen gruppe som kan medføre liten spennvidde i resultatene (Graneheim & Lundman, 2004). Når det gjelder erfaringer kan utvalget deles inn i to grupper. De med erfaring fra psykisk helsearbeid før KOR (4 informanter), og de som kun har erfaring med KOR i psykisk helsearbeid (3 informanter). Dette gir grunnlag for å hevde at informantenes erfaringer sammenlagt, bærer preg av variasjon og bredde, og dermed kan gi spennvidde i resultatene. Dette anser jeg som en styrke ved studien.

Når det gjelder konteksten for studien, kan det diskuteres om det har eventuelle innvirkninger på resultatet at utvalget kommer fra et lite arbeidssted. Dersom det foreligger

en sterk enighet og samstemthet i måten man jobber på som gruppe, kan dette hindre at utfordringer med KOR trer fram. Man står i fare for å få et ensartet og lite nyansert syn på fenomenet som undersøkes. Man skal heller ikke se bort fra at ønsket om å fremstille eget arbeidsted i et positivt lys, hindrer eventuelle utfordringer å komme fram. Bevisstheten om disse aspektene har bidratt til en reflektert og kritisk holdning gjennom hele prosessen. Jeg har fra starten av forsøkt å legge til rette for å belyse både fordeler og utfordringer ved KOR, men det faktum at studien omhandler en gruppe på et relativt lite arbeidssted kan tildekke eventuelle utfordringer som ville vist seg innenfor en annen kontekst.

Valg av egnet metode for datainnsamling er viktig for å oppnå troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Informantenes subjektive opplevelser og erfaringer med KOR har vært målet under datainnsamlingen, og i den forbindelse har kvalitativ forskningsmetode med hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming egnet seg godt.

Det kan diskuteres om et annet metodevalg kunne gitt andre svar. Da jeg startet studien ble flerstegsfokusgruppeintervju vurdert som aktuell metode. Spennvidden og ulike sider ved KOR, kunne i større grad blitt diskutert, utdypet og nyansert ved valg av denne metoden. Refleksjonsbredden ville sannsynligvis blitt større, men jeg anså muligheten til å få personlige og erfaringsnære beskrivelser som større, ved valg av kvalitative intervju. Dette ville få fram mangfoldet og detaljrikheten ved KOR, samt legge til rette for at alle informantene kom til ordet.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) finnes det få standardiserte prosedyrer for hvordan intervju skal utføres, og metodologiske beslutninger må fattes underveis i intervjuet. Kunnskapsproduksjonen skjer gjennom personlig samspill mellom intervjuer og intervjuperson. Dette stiller høye krav til intervjuerens kunnskap og ferdigheter, både vedrørende metodologiske muligheter og intervjutemaet generelt. Som masterstudent hadde jeg begrenset med intervju- og forskererfaring fra tidligere, og læring underveis har dermed vært en viktig del av prosessen. Pilotintervjuet var nyttig for å prøve ut rollen som intervjuer og teste intervjuguiden. Ellers er begrenset erfaring fra forskningsfeltet forsøkt balansert med kunnskapsøken, planlegging, nøyaktighet og systematisk jobbing. Det skal imidlertid ikke sees bort fra at min begrensede erfaring utgjør en svakhet ved studien.

Utarbeidelsen av kategorier og underkategorier har gjennomgått flere faser, og det anser jeg som en styrke for troverdigheten. Da analysen var delvis ferdig lot jeg den ligge et par uker, før jeg gjennomgikk kategoriene på nytt. Avstanden til materialet gjorde det mulig å se funnene fra et nytt og kritisk perspektiv. Dette åpnet for nye vurderinger som spisset

---

kategoriene enda mer. Gjennomgang av kategoriene sammen med veileder, lærere og medstudenter har også tilført prosessen verdifulle innspill og refleksjoner.

I erfaringsutvekslingen anerkjente informantene at resultatene beskrev et gjenkjennelig bilde av deres opplevelser og erfaringer. I følge Graneheim og Lundman (2004) skal ikke dette tas til inntekt for verifisering av funnene, men anerkjennelsen er likevel et aspekt ved troverdigheten, i form av at resultatene blir bekreftet.

Min forforståelse av brukerstemmens sentrale rolle i et behandlingssamarbeid sammenfaller sterkt med KORs anerkjennelse av brukerstemmen. I den forbindelse kan det stilles spørsmål ved min refleksivitet, som handler om hvordan min bakgrunn og mitt perspektiv påvirker forskningsprosessen og resultatene (Malterud, 2011). I følge Graneheim og Lundman (2004) er det hverken mulig eller ønskelig, ikke å tillegge analysen et bestemt perspektiv. Mitt perspektiv er tydelig på at brukerstemmen er viktig, men innenfor denne rammen har jeg forsøkt å la teksten tale for seg. Jeg har bestrebet å parentessette min forforståelse slik at denne ikke skal farge teksten på en slik måte at de opprinnelige utsagnene blir tilslørt, eller tilført mening som ikke er der (Malterud, 2011). Disse resultatene gir et delvis bilde av en større helhet. Denne studien er et ledd i en stadig kunnskapsutvikling, og jeg er bevisst på at resultatene kan komplementeres og motsies av andre perspektiver.

### **Overførbarhet**

Resultatene reflekterer KOR som evalueringsverktøy i psykisk helsearbeid innenfor en bestemt kontekst. Denne konteksten består av teoretiske perspektiver og verdigrunnlag som farger det innsamlede datamaterialet. For å kunne vurdere om resultatene er overførbare til andre kontekster, er det i følge Graneheim og Lundman (2004) nødvendig med en god beskrivelse av kontekst, metode og resultater. I denne studien er dette forsøkt ivaretatt med presentasjon av Familiehjelpa som kontekst, samt en detaljert metodebeskrivelse. Resultater belyst med treffende sitater legger også til rette for å vurdere studiens overførbarhet.

### **Pålitelighet**

Påliteligheten i en studie er knyttet til eventuelle endringer i dataene over tid, og forskerens endringer underveis i prosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Underveis i intervjuene tilegnet jeg meg erfaringer som påvirket den videre intervjuprosessen. Dette medførte justeringer i selve gjennomføringen av intervjuene. Dette kan ha påvirket datainnsamlingen. De første intervjuene har i større grad blitt styrt av strukturen i intervjuguiden, og dermed ikke vært like åpne for spontanitet og oppfølging av ledetråder som de påfølgende

intervjuene. Kvalitetsmessig kan det innebære at de første intervjuene er mer begrenset i sine utdypninger, mens de påfølgende intervjuene har bidratt til ett rikere datamateriale. Det er imidlertid redegjort for justeringene i metodedelen, slik at forutsetningene for datainnsamlingen kommer tydelig fram.

## 4. RESULTATER – PRESENTASJON OG ANALYSE

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen. Først vil en skjematisk framstilling av resultatene presenteres i form av kategorier og underkategorier. Deretter vil resultatene bli utdypet, analysert og eksemplifisert med sitater fra informantene.

Tabell 1: Skjematisk framstilling av resultatene i form av kategorier og underkategorier.

Kategori	Underkategori
Brukermedvirkning som ledestjerne	Likeverdig samarbeid Forutinntattheten tilsidesettes Klima for tilbakemelding må skapes Magien i møtet, og tro på menneskets egenkraft Korrigeringsverktøy på brukerens premisser
KOR-basert praksis	En krevende endringsprosess Urokkelig tro på KOR i ledelsen Profesjonsgrenser sprennes Å fjerne seg fra ekspertrollen
Å møte utfordringene i tilbakemeldingene	Reflekterende, aldri hvilende Veiledning, et rom for refleksjon og utvikling Fordypning gir erfaring og trygghet Ut av komfortsonen, med lederstøtte I spenningsfeltet mellom høye krav og tilfredsstillelsen av å lykkes Tilbakemeldinger og sårbarhet

## 4.1 Brukermedvirkning som ledestjerne

Gjennom sine beskrivelser gav alle informantene uttrykk for brukerstemmens sentrale plass i KOR. Resultatene er i tråd med teori om KOR, der det framheves at brukeren er kilden til kunnskap og løsninger (Duncan, 2012; Duncan & Miller, 2000; Duncan & Sparks, 2008). Følgende underkategorier utdyper hvordan brukermedvirkning anerkjennes og virkeliggjøres med KOR som evalueringsverktøy.

### 4.1.1 Likeverdig samarbeid

Gjennom KOR legges det til rette for et likeverdig samarbeid der brukerstemmen skal bli hørt, tatt på alvor og være styrende for arbeidet.

*«Jeg legger grunnlaget for tilbakemeldinger i første samtale. For meg er det viktig, fordi jeg ønsker de skal få det bedre. For deres del er det viktig for å oppleve at det er nyttig å få stemmen sin med inn, føler seg tatt på alvor og at vi er likeverdige».*

Å få kunnskap om brukerens behov og tanker om hva som er viktig i eget liv, anses som en forutsetning for at terapeuten skal kunne ta i bruk sin kunnskap. For å kunne være tilstrekkelig lydhør og ydmyk for brukerens ønsker, preges arbeidet av en bevissthet om at terapeutens egne ideer og kunnskap må holdes tilbake til å begynne med. Dette legger til rette for at brukeren kan definere behov og ønsker med egne ord, og gjøre endringsprosessen til sitt eget prosjekt.

*«Om jeg skal være til hjelp for dem med min kunnskap, må jeg først vite hva som er viktig for dem. Det kan jeg aldri vite på forhånd, uansett symptomer. Derfor må jeg først finne ut hva som er viktig, deretter bruke det jeg kan. Når jeg bruker KOR så er det for å få hjelp til å finne ut hva den jeg skal hjelpe ønsker».*

Fokuset på brukerens endringsteori er styrende for arbeidet. Det handler om å løfte fram brukerens tanker om hva som skal til for å få ønskede forandringer (Duncan & Sparks, 2008). Resultatene viser hvordan dette innebærer at brukeren selv må ta et ansvar for målet man blir enig om, og prosessen man går inn i. Det er en grunnleggende tro på at svarene ligger i brukeren selv, og med KOR legges det til rette for at brukeren kan bli aktivt deltakende i egen endringsprosess.

*«Man blir aktiv i stedet for passiv deltaker i sitt eget liv. Om det man prøver ikke fungerer, er man aktivt med og styrer at noe annet kan prøves. Man blir ikke passiv*

---

*hjelpemottaker som kan skylde på hjelpa som gis. Det gjør noe med selyfølelsen. Det er de som har jobbet for dette og skapt endringen».*

Dette resultatet uttrykker en motvekt til behandlingsprosesser hvor brukerens utfordringer defineres ut fra den profesjonelles perspektiv (Hall, 1996). Ved bruk av KOR ligger det en klar forventning til brukeren om å ta ansvar i sin egen endringsprosess. Samtidig gir informantene uttrykk for at ansvaret ikke forventes å skulle bæres alene, men i et felles samarbeid med terapeuten.

*«Hva skal vi i fellesskap gjøre for at du kommer dit du vil?».*

Det relasjonelle aspektet er essensielt i KOR (Duncan, 2012). Belyst opp mot Wampold (Wampold & Imel, 2015) sin kontekstuelle modell, gjenspeiler sitatet tro på et grunnleggende premiss om at relasjonen mellom mennesker er kjernen i det som gjør psykoterapi virksomt.

#### **4.1.2 Forutinntattheten tilsidesettes**

De fleste informantene snakket om viktigheten av å møte brukeren med minst mulig forutinntatthet. Ikke å være forutinntatt handler mye om ikke la seg friste til å hoppe rett på en løsning, men i stedet lytte empatisk, tørre å tåle stillheten og være tålmodig sammen med brukeren. Noen av informantene beskriver dette som utfordrende, fordi man tenker at brukeren forventer at terapeuten skal sitte med svarene.

*«Jobber med å legge bort forventningspresset man ofte har med seg inn. At man tror den andre forventer noe av deg. Ikke å være så redd for stillheten, men tåle å stå i det og ikke alltid ha svarene. Det er klart man kan stille noen krav etter hvert til teknikker man kan bruke, men svarene ligger ikke i meg».*

Ved å gjøre seg opp en mening på forhånd om brukerens problemer, kan man finne trygghet i å ha et svar å gi. Forutinntattheten blir dermed en måte å få kontroll på. Forutinntattheten som resultatene avslører kan knyttes opp mot den medisinske modellen, hvor det er vanlig at behandlingsmanualer og forhåndsbestemte prosedyrer legger føringer for den videre behandlingsprosessen (Hall, 1996). Resultatene illustrerer utfordringen med å være forutinntatt. Det innebærer risiko for at svaret kan bli feil, og at de egentlige utfordringene brukeren har, ikke kommer til uttrykk. Informantene ønsker derfor å møte brukeren med blanke ark, og la brukerne selv sette ord på hvorfor de har tatt kontakt. Da kan det også vise seg at den egentlige utfordringen handler om noe annet enn det henvisningen sa.

*«I et felles møte har vi et felles ansvar for det vi legger inn i møtet og det vi vil ha ut av det. Hvis en har lagd seg for mye tanker før det først møtet, så forkludrer det litt. En henvisning sier noe, men så er det egentlig noe helt annet det handler om. Kjempeviktig ikke å være forutinntatt. Tenker det er litt av kjernen i hvordan vi jobber her».*

### **4.1.3 Klima for tilbakemelding må skapes**

Bruk av KOR er ingen garanti i seg selv for at tilbakemeldingene som samles inn representerer et ærlig bilde av brukerens virkelighet. Resultatene viser at terapeuten har et ansvar for å skape klima som legger til rette for at brukeren faktisk ønsker å åpne seg. Følgende sitat belyser dette.

*«Jeg skulle ønske det var garantert at det de krysset av på skalaen var den fulle og hele sannhet, men det vil det aldri være. Det er jo ingen løgndetektor. Det blir mer knyttet til hvordan jeg skal få personen som sitter over meg til virkelig å åpne seg. Det med ærlighet har egentlig ikke noe med KOR-skalaen å gjøre, det har med oss å gjøre. Hvis man bare har høye skår på tilbakemeldingen på alliansen, så sier det ingen ting. Tenker det er bra å få lave skårer på den. Hvis man bare får høye skår må man jobbe for at folk skal åpne seg mer».*

Sitatet avdekker et tosidig aspekt ved SRS-skalaen som måler brukerens respons på alliansen. Handler høye skår på alliansen om at brukeren faktisk er fornøyd, eller handler det om at brukeren ikke har valgt å åpne seg, og at terapeuten må legge innsats i å skape et bedre klima? Resultatene indikerer at KOR krever refleksjon hos terapeuten på hva de høye skårene på SRS-skalaen faktisk gjenspeiler. Dette krever at terapeuten er bevisst sitt ansvar i å skape et klima der brukeren føler seg tilstrekkelig trygg til å åpne opp og være ærlig. Resultatene er i tråd med KORs teorigrunnlag og reflekterer en grunnleggende tro på nødvendigheten av å skape en god allianse for et positivt og fruktbart samarbeid (Duncan, 2012; Duncan & Miller, 2000; Duncan & Sparks, 2008). Dette aspektet ved KOR baserer seg på forskning som bekrefter at alliansen har beviselig effekt for et positivt behandlingsutfall (Norcross & Wampold, 2011).

*«Om folk føler seg trygg på oss sier de i fra. Jeg må gi dem tryggheten til å gi tilbakemelding».*



---

Resultatene viser reflekterte holdninger blant informantene når det gjelder å skape godt klima for tilbakemeldinger. Som sitatet ovenfor viser handler et aspekt ved dette om å skape trygghet for brukeren. Et annet aspekt handler om selve presentasjonen av KOR. Forskning viser at terapeutens holdninger til tilbakemeldingssystemer påvirker utfallet i positiv eller negativ retning (De Jong et al., 2012; Lutz et al., 2015; Simon et al., 2012). Resultatene gjenspeiler dette og viser at flere informanter har jobbet med egne holdninger for å kunne stå inne for en presentasjon og bruk av KOR som reflekterer trygghet og troverdighet.

*«Jeg jobber mye med troverdigheten på at jeg faktisk ønsker ærlighet».*

*«Den største utfordringen ligger vel i å greie å skape et klima sånn at du får konkrete tilbakemeldinger på hvordan samtalen har vært. Det er ikke alltid like enkelt. Det handler litt om hvordan jeg presenterer det. Det har vært nødvendig å teste, prøve og bruke det en god del, og finne min personlige mening i å bruke det. Det handler litt om min trygghet i å bruke det godt».*

Bruken av KOR ser ut til å påvirkes av innstillingen informantene velger til de røde (lave) skårene. Resultatene indikerer at lave skår kan være en utfordring som kan skape en sårbarhet hos informanten. Følgende sitat uttrykker en informants tanker om at innstillingen kan endres og ufarliggjøres, ved å se de røde skårene som en mulighet til å lære, og hjelpe brukeren enda bedre.

*«Hvis en virkelig ønsker å bli en bedre terapeut, så lærer man jo ingen ting av at det blir en grønn skår. Vi burde egentlig hige etter den røde skåren; hva kan jeg gjøre annerledes, hva savnet du?».*

Resultatene i denne kategorien ser ut til å gjenspeile et holdningsarbeid i gruppen, som handler om å kunne utnytte KORs potensial best mulig.

#### **4.1.4 Magien i møtet, og tro på menneskets egenkraft**

I sitt arbeid med å skape godt klima for tilbakemelding er informantene opptatt av forståelse for brukerens situasjon som utgangspunktet for det videre samarbeidet. Relasjonen som skapes i møtet med brukeren er viktig i dette arbeidet.

*«Ligger det noe magi i det, så er det jo nettopp den biten der, om hvordan vi møter folk. For min del handler det om å holde seg tro mot et enkelt prinsipp. Det er at de vet mest om seg selv, og at jeg er oppriktig nysgjerrig i å forstå deres historie før jeg begynner å tenke».*

Resultatet gjenspeiler at terapeuten ser sitt ansvar i å mobilisere til brukermedvirkning gjennom sine verdier og holdninger (Duncan & Miller, 2000; Holte & Beston, 2005). Når informantene reflekterer rundt verdier som preger det mellommenneskelig møtet, snakker flere om nysgjerrighet, likeverdighet, ydmykhet, vennlighet, trygghet og det ikke å være forutinntatt. I tillegg nevnes empati, respekt, åpenhet, ærlighet, lydhørhet og anerkjennelse som viktige verdier i møtet med brukeren. Disse resultatene reflekterer en sentral side ved KOR, som handler om terapeutens bidrag til brukerens opplevelse av et positivt behandlingsutfall (Duncan, 2012). Dette støttes videre av behandlingsforskningen som viser at terapeutfaktorer har betydning for behandlingsutfallet (Baldwin & Imel, 2013; Miller et al., 2013; Miller et al., 2010; Wampold & Imel, 2015).

*«Viktige verdier i møtet er at vi er likeverdige, nysgjerrige med et felles fokus og at de føler at jeg har tro på dem fra første sekund. Et vennlig, rolig og ufarlig møte. Det handler mye om å føle vennlighet og omtenkksomhet».*

Informantene uttrykker stor tro på brukerens egenkraft. Denne troen ligger som en grunnleggende holdning i tjenesten og er helt i tråd med KORs ideologi (Duncan & Sparks, 2008). Ulike livsproblemer hindrer brukerens ressurser i å komme fram, og med nysgjerrighet og tro på brukerens egenkraft handler informantenes arbeid om å gi støtte og hjelp slik at egenkraften kan bringes fram.

*«Jeg tror på at alle har muligheter og krefter i seg til å håndtere sitt eget liv, og vite hva som er bra for seg. Man blir av ulike grunner forstyrret og trenger litt hjelp og støtte til å hente fram kraften i seg. Det er det som gir meg inspirasjon, og den skattejakten synes jeg er veldig spennende».*

Utgangspunktet for skattejakten er brukerens behov og tanker om endringer. Følgende sitat belyser hvordan terapeutens tanker og meninger tilsidesettes til fordel for brukerens ønsker.

*«En kunne ofte tenkt seg å hjelpe folk et annet sted, men jeg må respektere det de ønsker».*

Jeg tenker dette sitatet illustrerer anerkjennelsen av brukerstemmen som KOR representerer. Det er kun brukeren som vet hva som tenner viljen til endring.

#### **4.1.5 Korrigeringsverktøy på brukerens premisser**

Gjennom bruk av KOR skjer det en kontinuerlig tilbakemelding på tiltakene og samarbeidet mellom bruker og terapeut. Tilbakemeldingene skjer på brukerens premisser. Det er

---

essensielt for tjenesten at tiltakene som iverksettes skal utgjøre en forskjell og oppleves nyttig for brukeren. Korrigeringsfunksjonen handler om at brukeren selv vurderer om iverksatte tiltak fungerer hensiktsmessig eller ikke.

*«KOR kan være med på å gi oss et svar på om vi er på rett vei i forhold til målet».*

Verktøyet kan sammenlignes med en termometer som fanger opp i hvilken grad ting er bra eller ikke, og brukeren får selv muligheten til å sette ord på dette (Duncan, 2012; Duncan & Sparks, 2008). Resultatene viser at dette motvirker at terapeuten lager egne årsaksforklaringer på det som skjer underveis i samarbeidet. En annen side ved KOR som korrigeringsverktøy, handler om *visualiseringens kraft* som kommer til uttrykk i flere av historiene informantene har delt. Når brukeren krysser av på et skjema synliggjøres opplevelsene som brukeren sitter med. Dette kan bidra til en bevisstgjøring for både bruker og terapeut på hva som blir viktig videre. Følgende sitater viser hvordan visualiseringen skaper en direkte inngangsport til å prate om det som ikke fungerer.

*«Jeg ser at du fremdeles krysser langt ned. Opplever du at det her er nyttig for deg? Skal vi kanskje prøve noe annet?».*

*«Et barn satte kryss helt utenfor surfjeset. Jeg spurte om han kunne fortelle meg om det, og det viste seg at jeg hadde glemt noe jeg hadde lovet å ta med. Jeg lurer på hva som hadde skjedd mellom oss, om han ikke hadde fått mulighet til å visualisere og synliggjøre at noe ikke var greit».*

Resultatene er i tråd med intensjonene for hvordan KOR er tenkt brukt (Duncan, 2012; Duncan & Sparks, 2008). I det siste sitatet undrer informanten seg om hva det ville gjort med relasjonen dersom barnet ikke fikk visualisert skuffelsen sin, men i stedet tatt skuffelsen med i det videre samarbeidet. Sitatene illustrerer hvordan KOR fungerer som en invitasjon til brukeren om å fremme stemmen sin, enten det er verbalt eller visuelt. Visualisering via et skjema kan for noen være en enklere måte å si i fra på, og oppleves mindre konfronterende enn å skulle si fra verbalt, ansikt til ansikt. Følgende sitat belyser dette poenget og viser at informanten ikke tar for gitt at brukeren sier i fra dersom noe ikke føles greit.

*«Jeg møter mennesker som er frittalende og tydelige, men det kan samtidig sitte langt inne å si at noe ikke er ålreit. Vi er liksom litt oppdratt til det. Man tenker at; ja, ja, hun vet nok hva hun snakker om og det burde hun skjønne om det ikke var riktig. Men det er ikke alltid sånn. Vi trenger å korrigeres».*

Sitatet uttrykker en bevissthet om at det kan være vanskelig for brukeren å skulle si i mot en fagperson. Det ligger makt i rollen og kunnskapen som fagpersonen besitter. Ved bruk av KOR kommer anerkjennelsen av brukerstemmen tydelig til uttrykk. Som korrigeringsverktøy bidrar KOR til at brukerstemmen får plassen den har krav på, ved behov for kursendring. Forskning viser at terapeutens vurdering ofte ikke stemmer overens med brukerens vurdering av behandlingen (Bohart & Wade, 2013). Resultatene illustrer at KOR motvirker at terapeutens vurderinger blir liggende til grunn og styre det videre samarbeidet. Følgende sitat viser hvordan informantens opplevelse av hva som er god hjelp får en realitetsjekk opp mot brukerens opplevelse.

*«Det var en familie som ønsket hjelp. Det nærmet seg tida vi skulle avslutte og jeg tenkte at dette gikk veldig bra, men jeg måtte jo be om tilbakemelding, bare få den her bekreftelsen. Den ene foreldrene krysset full skår, mens den andre krysset langt nede. Hadde jeg tatt imot arket og tenkt at det her må vi ta neste gang hadde det blitt borte. Jeg tok et valg om å ta tak i det med en gang. Det er de små valgene som ikke alltid er mulig, men i hvert fall prøve å bruke noen minutter på det. Vi gikk gjennom det forelderen følte seg misforstått på. Foreldrene krysset av igjen og var fornøyd. Hadde vi ikke viet ekstra tid hadde vi kanskje brukt ti samtaler ekstra i det lange løp for å komme fram til noe».*

Sitatet illustrerer hvordan KOR avslører hindringer i samarbeidet underveis, og legger til rette for at disse kan gripes tak i. KOR blir en inngangsport til brukerens livsverden og opplevelser, og terapeutens bilde av hva som er god hjelp for brukeren kan korrigeres. En annen ting dette sitatet illustrerer er viktigheten av å gripe tak i utfordringene med en gang. På den måten kan man unngå at skuffelsen eller frustrasjonen påvirker det videre samarbeidet i negativ retning. Forskning støtter at systematisk innhenting av tilbakemeldinger bidrar til å forhindre frafall og negativt utfall (Lambert, 2010).

Gjennom KOR kommer endringene tydelig fram, enten de er til det bedre eller dårligere. Følgende sitat viser hvordan KOR kan brukes som verktøy for å løfte fram brukerens egne bidrag i endringsprosessen.

*«Jeg tar bestandig med skjema fra forrige time. Ser om de skårer lavere eller høyere enn forrige gang. Hvis de skårer høyere spør jeg hva som har skjedd siden forrige gang. Er veldig opptatt av brukerens bidrag og hva de har gjort i mellomtiden. Hvis de skårer dårlig; ok, hva skjedde her? Hva skal til for at de skal jobbe seg oppover igjen».*

---

Sitatet viser at bidragene som har fungert bra, kan brukes som anledninger til å styrke brukerens tro på seg selv og egen evne til å mestre. Det som ikke har fungert bra kan korrigeres og endres i neste time. Det er også et viktig poeng at KOR avslører endringer som viser at samarbeidet faktisk ikke fungerer og bør avsluttes (Duncan, 2012). Resultatene bekrefter dette.

*«Jeg hadde en dame som ikke ble bedre, og den beste hjelpen for henne var at vi sluttet å hjelpe henne. Hadde vi ikke hatt KOR med grafen hvor vi ser disse tingene, hadde vi ikke greid å fange det som skjer. Da hadde vi lagd oss alle andre mulige forklaringer på hvordan det her egentlig har gått, helt ut fra hvordan vi vurderer det».*

Resultatene viser hvordan KOR grafen avslører når en bruker ikke opplever behandlingen som nyttig. Grafen skaper et tydelig bilde for både brukeren og terapeuten når det er fornuftig å henvise videre, slik at brukeren kan få hjelp av noen andre.

*«Jeg ser du ikke har fått det bedre. Jeg tenker at noen andre skulle ha prøvd å hjelpe deg».*

## 4.2 KOR-basert praksis

Implementeringen av KOR har medført varierte opplevelser og erfaringer for informantene. For over halvparten av informantene førte implementeringen til en krevende endringsprosess fra måten de jobbet på tidligere. Ellers har informantenes beskrivelser avdekket to grunnleggende holdninger for arbeidet i en KOR-basert praksis: Uavhengighet til profesjoner og avstand til den tradisjonelle ekspertrollen. Følgende underkategorier utdyper dette nærmere.

### 4.2.1 En krevende endringsprosess

Rundt halvparten av informantene har gjennomgått en endringsprosess etter at de begynte å arbeide med KOR. Det gis uttrykk for at prosessen har vært krevende, og at KOR fra starten av ble møtt med motstand. Belyst opp mot Covey (2014a; 2014b) kan dette forstås som at informantene ble utfordret på sine paradigmer, og sin måte å se verden på.

*«Det er store endringsprosesser vi har gått gjennom. Det har ikke bare vært lett. Det har vært ganske tøft til tider».*

*«I tidlig erfaring med tilbakemelding var det uunngåelig å kjenne på at dette er jeg usikker på, og dette vet jeg ikke om jeg har tro på kommer til å virke».*

Motstanden hadde flere ansikter. Den handlet både om følelsen av at arbeidet man stod for ikke var bra nok og ble tråkket på, men også om frykten for å bli målt. Det var skummelt å bli vurdert etter hver samtale og røde skår ble tatt personlig. Motstanden gjorde det også utfordrende å bruke verktøyet på en fortrolig og trygg måte i møte med brukerne. Følgende sitat kommer fra en informant som fortalte om frykten for å bli begrenset i arbeidet sitt.

*«Jeg møtte det med motstand. Jeg har skjønt at det er nyttig og det går an å fortsette å jobbe på den måten jeg vet har virket før. Jeg var redd for at jeg måtte bli firkantet, og jobbe etter noen skjemaer som ikke passet meg og måten min å tenke på. Jeg endret syn, fordi jeg så at det fungerte og var nyttig».*

Felles for informantene var at motstanden ble mindre etterhvert som de ble mer kjent med KOR, og opplevde verktøyet som nyttig. Holdningen til røde skår ble endret, og røde skår ble i stedet sett som mulighet for forbedring.

*«Var veldig redd for røde skår i starten. Handlet om at jeg ikke gjorde god nok jobb og tok det veldig personlig. Det er fortsatt personlig, men samtidig ser jeg det som et potensiale for å forbedre meg»*

Holdningsarbeidet som handler om å se KOR som et nyttig evalueringsverktøy reflekteres også her, men samtidig finnes det fortsatt en potensiell personlig sårbarhet i å bruke verktøyet. Som et motstykke til gruppen av informanter som har gjennomgått en endringsprosess er det resten av gruppen som alltid kun har jobbet med KOR.

*«Jeg har alltid brukt KOR, så jeg vet ikke hvordan det er ikke å bruke det».*

*«Det betyr alt å jobbe med tilbakemeldinger. Det har alltid betydd alt. Det var ikke noe problem i den første jobben å være med på dette tankesettet, for det går veldig i stil med meg som person».*

Denne todelingen i gruppen ser ut til å avdekke et faktum som kan være viktig å ta høyde for ved implementering av KOR. Terapeuter med arbeidserfaring uten bruk av KOR kan se ut til å stå foran større endringsutfordringer enn terapeuter som aldri har gjort det på noen annen måte.

## 4.2.2 Urokkelig tro på KOR i ledelsen

Miller og Hubble (2011) påpeker nødvendigheten av å legge til rette for et arbeidsmiljø som fremmer utvikling. Resultatene viser at dette aspektet er viktig som grunnlag for å få KOR implementert på en vellykket måte. Hovedvekten av informantene framhevet ledelsens rolle i forhold til KOR. Urokkelig tro på KOR i viktige ledd nevnes som en suksessfaktor. Et arbeidsmiljø preget av framsnakking, tålmodighet til å finne ut av det i sitt tempo, oppmuntring til å se rødsaker som mulighet for utvikling, samt rom for prøving og feiling, peker seg ut som viktige faktorer for å få KOR til å fungere. God opplæring, og gode veiledningsmuligheter nevnes også av en informant som sentralt. Det har også vært viktig at denne måten å jobbe på ikke skal være et prestasjonsjag, men at det til syvende og sist handler om å gjøre en best mulig jobb for brukerne. Dette handler om noe Lambert (2010) påpeker, nemlig nødvendigheten av at brukere og terapeuter opplever at evalueringen ivaretar deres interesser.

*«Har vært veldig fokus på at det ikke er et prestasjonsjag. Det eneste prestasjonsjaget er at vi skylder klientene å være så gode som vi kan være for dem».*

Oppsummert tyder disse faktorene på at KOR er avhengig av en sterk forankring og drivkraft i ledelsen som skaper positive holdninger og drar arbeidet framover. Følgende sitat illustrerer dette.

*«Du må ha to eller tre som er skikkelige pådrivere, som er overbevist og ønsker det veldig. Alle må kjenne på god opplæring, god oppfølging og god veiledning. Kan ikke bare bli overlatt til seg selv med det her, for da gir det ikke mening».*

Urokkelig tro på KOR som fundament i tjenesten stiller krav til hver enkelt terapeut om å være med på utviklingen det legges opp til, både som en del av et samarbeid og individuelt. Det kreves mye av informantene å jobbe på denne måten. Flere informanter gir uttrykk for at dette balanseres ved å få mye tilbake i form av tillit, frihet, anerkjennelse og fleksibilitet. Dette aspektet ser ut til å reflektere Covey`s (2014a; 2014b) vinn-vinn tenkning. Et viktig poeng i følge Covey, er at folk ikke kan holdes ansvarlig for resultatene, dersom deres metoder overvåkes. Kreative krefter frigjøres når man er fri til å nå målene på sin egen måte, innenfor oppsatte rammer og retningslinjer. Det handler om at ledelsen må vise tillit til sine medarbeidere.

*«Har en friere jobb nå enn før. Det ligger mye ansvar i den, men også mye tillit. Det tror jeg er viktig for at tjenesten har blitt suksess, og at vi får til ting. Det er avgjørende hvordan det ledes. Hadde man ikke følt seg anerkjent for jobben man gjør, eller følt tillit, så hadde man kanskje heller ikke orket å stå i det. Det er stor fleksibilitet i avdelingen på at du kan gjøre mye forskjellig. Det er lite begrensninger på hva du kan gjøre hvis det hjelper brukeren».*

### **4.2.3 Profesjongrenser sprenses**

Profesjonsuavhengighet utpeker seg som en endring fra tidligere arbeid informantene har hatt. Tradisjonelt har profesjonsidentiteten hatt sterkt fokus. Karlsson og Borg (2013) viser til helsesektorens oppdeling og spesialisering innenfor mindre områder, samtidig som desentralisering av helsetjenester har fremskyndet behovet for økt grad av samarbeid mellom yrkesgruppene. Karlsson og Borg (2013) mener dette utfordrer profesjonsidentiteten og yrkesstoltheten. Informantenes beskrivelser viser hvordan de selv har vært preget av inndelte kompetanseområder tidligere.

*«Jeg kommer fra en kultur hvor man har fokus på profesjon og er opptatt av hva som er innenfor mitt kompetanseområde og hva som må henvises videre».*

KOR og reflektert praksis utfordrer de inndelte kompetanseområdene, og åpner for muligheten til å gå utenfor sine tradisjonelle oppgaver, og bevege seg inn på nye områder i takt med brukerens behov. Tidligere har informantene i større grad henvist videre, dersom brukeren har hatt behov man tradisjonelt har tenkt hører en annen profesjon til. Arbeidet preges nå i større grad av en nysgjerrig holdning på brukerens utfordringer. Det er en tro på at man kan bidra, selv om det krever å bevege seg utenfor rammen av tidligere arbeidsoppgaver.

*«Tidligere var det mer en presentasjon av tjenesten med hva vi kunne tilby. Nå er det i stedet en nysgjerrighet på; hvem er du, hva er dine utfordringer og hva kan vi finne på sammen. Det utfordrer deg litt mer».*

Flere informanter gav uttrykk for utfordringen som lå i denne nye måten å jobbe. Det var utfordrende å skulle bevege seg utenfor det som var kjent. Noe av dette kan handle om fraskrivelsen av en mer fastlagt ramme for hva man som fagperson forventes å tilby. Følgende sitat belyser dette.



---

*«Det var en utfordring å legge bort forventningen om at du skal prestere som en type profesjon. Å skulle møte bruker uten forutinntattheten om hva du vil møte, og ikke ha en viss kontroll på temaene som dukker opp var vanskelig. Vi skulle favne alt, og i det lå det noe om at profesjon ikke spilte så stor rolle».*

Denne måten å jobbe på sprenger grensene mellom profesjoner. Fokuset er ikke lenger på hva man kan tilby som utøver av en bestemt profesjon, men det er i selve møtet med brukeren grunnlaget for den videre tjenesteutviklingen legges.

*«Gjennom bruk av KOR har profesjon blitt mindre viktig. Det er ikke profesjonen som nødvendigvis avgjør om du gjør en god jobb. Det er deliberate practice og hvordan du aktivt jobber med ting som gjør at du blir god».*

#### **4.2.4 Å fjerne seg fra ekspertrollen**

Informantene gir uttrykk for en felles holdning om å fjerne seg fra ekspertrollen. I en tradisjonell ekspertrolle ligger det forventning om at den profesjonelle som sitter med kunnskapen og svarene (Hall, 1996; Wampold & Imel, 2015). Risikoen med en slik forventning er at terapeuten tar styringen, og brukerstemmen i mindre grad slipper til. Når hjelpen er gitt kan man ikke være helt sikker på at det var det brukeren egentlig trengte. Følgende sitat belyser dette.

*«Jeg tenker tilbake på alle jeg har møtt der jeg har trodd at samtalen har vært god. Men det er jo ikke sikkert de har kjent det samme. Det er ikke lett å skulle si noe om at det vi pratet om i dag kanskje ikke var det viktigste i livet, når man durer på som terapeut og legger føringen».*

*«Handler om at vi ikke er ekspertene og alltid vet hva vi bør gjøre. Det er brukeren som må få lov til å si noe om det. Det er ikke brukeren som skal velge ut fra hva vi har å tilby, det er vi som må tilby ut fra brukerens behov».*

Det å ville fjerne seg fra ekspertrollen ser ut til å handle om større ydmykhet og lydhørhet for brukeren, men også om en grunnleggende tro på viktigheten av å få brukeren engasjert i egen prosess. Man ønsker å komme bort fra forventningen om at terapeuten skal fikse ting. I stedet legges det vekt på å få til et samarbeid der brukeren blir aktivt deltakende og engasjert i egen prosess.

*«Å hjelpe mennesker med psykiske problemer er ikke det samme som å operere en fot. Til syvende og sist er det brukeren selv som gjør at de får det bedre. Vi kan ha en*

*rolle i det, men til syvende og sist er det brukeren selv som gjør at han får det bedre. Det er viktig å få folk engasjert i sitt eget prosjekt».*

Når holdningen preges av at man skal samarbeide om å finne svarene, blir det mindre skummelt å møte behovene som brukeren kommer med. Fokuset på samarbeid åpner for å bevege seg sammen med brukeren og utvikle kompetansen sin underveis. Det blir mindre skummelt med prøving og feiling i jakten på hva som fungerer for den enkelte.

*«Med filosofien og grunnlaget som vi jobber ut fra her, er det sånn at hverken alder eller tema er begrensende eller avgjørende på noen måte. Det er ikke en tanke om at man skal reparere eller ha ekspertsvar på noe. Det blir skummelt hvis en skal tenke at det her skal jeg kunne masse om, og dette må jeg være god på for å tørre å snakke om. Det er hvordan vi bruker det vi har lært og hvordan vi tilegner oss ny kunnskap, uavhengig profesjon, som blir viktig».*

Ved å fjerne seg fra den tradisjonelle ekspertrollen frigjøres man fra forventningen om at løsningen skal ligge klar fra terapeutens side i første møte.

*«Det handler om å finne ut av ting sammen. Jeg har jobbet masse med å frigjøre meg fra tradisjonen hvor det forventes at du skal vite hva det er med meg når jeg har vondt».*

Selv om informantene også tidligere kunne spørre brukeren hvordan timen hadde vært, gis det uttrykk for at systematisk bruk av tilbakemeldinger har gitt brukerstemmen større plass. En mindre styrende rolle hos terapeuten åpner for større likeverdighet i bruker-terapeut relasjonen.

*«Nå blir jeg enda mer utfordret på å la brukerstemmen bli mer førende. Jeg må la andre ta føringen. Det er en annerledes arbeidskultur».*

Sitatet illustrerer hvordan KOR bidrar til å forskyve maktforholdet, slik at brukerstemmen får mer styringsmakt (Ørstavik, 2008).

### 4.3 Å møte utfordringene i tilbakemeldingene

En essensiell faktor i arbeidet med KOR handler om å ta tilbakemeldingene fra brukeren på alvor gjennom reflektert praksis. Funnene viser ulike måter å møte utfordringene i tilbakemeldingen på. Følgende underkategorier belyser dette.

### 4.3.1 Reflekterende, aldri hvilende

Med utgangspunkt i brukerens tilbakemeldinger sørger informantene for å utvikle seg i tråd med brukerens behov. Det er dette reflektert praksis dreier seg om, og følgende sitat illustrerer hva dette aspektet ved KOR innebærer i Familiehjelpe.

*«Har vel aldri jobbet et sted hvor jeg har tilegnet meg så mye og lest så mye i forhold til temaene som dukker opp i samarbeidet med familiene».*

Forskningslitteraturen har fokus på økt effektivitet og fremhever ekspertiseaspektet ved reflektert praksis (Ericsson et al., 1993; Miller & Hubble, 2011). Hos informantene framkommer ikke dette fokuset på samme måte. Her gjenspeiles reflektert praksis først og fremst som en måte å ta tilbakemeldingene på alvor. Resultatene viser et variert syn blant informantene på hva reflektert praksis innebærer. Lesing av faglitteratur med utgangspunkt i en konkret problemstilling, utpeker seg som den vanligste måten å tilegne seg kunnskap på. Det påpekes av en informant at det som leses må omsettes i handling, og prøves ut aktivt i møte med brukeren for å få læringseffekt. Det handler også om å lese opp på bredden i et fagfelt. Forslag til faglitteratur får man både av veileder og kollegaer.

Flere informanter snakker om refleksjon. Det handler om å skape rom for egenrefleksjon slik at man kan oppdage sammenhenger og se mulige løsninger i utfordringer man står ovenfor. Dette er en form for refleksjon som skjer utenfor terapirommet, og den kan finne sted når som helt og hvor som helst, uavhengig arbeidstid.

*«Deliberate practice delen for meg er det å aldri være fornøyd».*

Sitatet illustrerer at man som terapeut ikke stopper opp og hviler når noe fungerer, men fortsetter med refleksjon for å finne ut hvilke faktorer som utgjorde forskjellen. En informant forteller om hvordan man ikke skal lete etter bekræftelsen man ønsker, men heller forsøke å fange opp faktoren som utgjør forskjellen for brukeren.

En annen form for refleksjon er den som skjer sammen med kollegaer. Det handler om å diskutere og dele erfaringer med hverandre. Av andre måter å lære på nevnes også internundervisning for hverandre, og i tråd med Covey (2014a; 2014b) er det prinsippet om at man lærer best av å sette ord på selv, og lære bort til andre, som ligger til grunn. Som nevnt i egen underkategori trekkes også veiledning fram som viktig arena for refleksjon og utvikling.

Reflektert praksis beskrives som en form for utvikling som krever betydelig innsats (Ericsson, 2006). Dette illustreres gjennom resultatene som viser at tilegning av kunnskap skjer både på jobb og i fritiden. I følge Ericsson et al., (1993) er reflektert praksis mentalt krevende og må holdes under kontroll for å unngå utbrenthet. Resultatene bekrefter at reflektert praksis er krevende, og flere av informantene forteller at de bruker fritiden til kunnskapsutvikling. Det kommer fram at den tidkrevende biten ved reflektert praksis er utfordrende å få til i en hektisk hverdag, hvor både arbeidsoppgaver og fritid må prioriteres.

*«Utfordringen er å jobbe nok med tilbakemeldingene i etterkant på det som ikke fungerer. Vi har mange avtaler i løpet av dagen og tida går».*

Resultatene illustrerer med dette et utfordrende aspekt ved reflektert praksis som er viktig å ta på alvor ved implementering. Hvordan kan man legge til rette for utvikling av tjenesten, uten at det skal medføre risiko for utbrente medarbeidere?

*«Kan være en utfordring hele tiden å strebe etter å bli bedre og bedre, og kanskje aldri føle at man er god nok».*

Denne formen for tjenesteutvikling er både faglig og personlig, og den krever at man er utforskende og beveger seg ut av komfortsonen. Man må være proaktiv (Covey, 2014a; 2014b). Det er en dynamisk og stadig pågående form for utvikling hvor man bevisst leter etter faktorene som utgjør forskjell.

*«Det kreves at man er interessert og at det er ingen opplagte løsninger. Man må utforske og finne ut hva som kan være bedre enn sånn som man har gjort det tidligere».*

Det er også et viktig poeng at den reflekterte praksisen knyttes til resultater som kan vise om handlingen har utgjort forskjell for brukeren.

*«Det handler ikke om å gå på et kurs her og et kurs der. Dette er en mer målrettet måte å skaffe seg kunnskap på. Det må være knyttet til det du trenger og til resultat».*

Lambert (2013a) mener det å engasjere brukeren i en samarbeidsprosess er mer sentralt for positivt behandlingsutfall enn valg av metode. Resultatene reflekterer denne holdningen. Informantene påpeker viktigheten av et godt terapeutisk fundament med mange generelle tilnærminger, men framholder samtidig at tjenesteutviklingen ikke handler om å lære seg det nyeste av metoder på feltet.

*«Det handler ikke om å lære seg en ny metode, men å forstå på en dypere og annerledes måte, og jobbe med folk på en annen måte. Resultatene viser om brukeren har fått det bedre, og det er det som blir viktig. Ikke om du har brukt den eller den metoden».*

Covey`s (2014a; 2014b) *Syv gode vaner* danner fundamentet for faglig og personlig utvikling i tjenesten. Flere av informantene uttrykker at det å utvikle tjenesten i tråd med brukerens behov, krever en bevisst holdning til seg selv som menneske og terapeut. Det kan dermed synes nyttig med et fundament som ivaretar dette aspektet.

*«For å bli en tryggere terapeut må en også ta noen runder med seg selv. Hvem er jeg som menneske, hvem ønsker jeg å være og hva tenker jeg at jeg bør jobbe med. Gjennom «Syv gode vaner» jobbes det mye med bevisstgjøring på hvordan vi møter verden og utfordringene som er der. Hva må til for å være en god terapeut?»*

### **4.3.2 Veiledning, et rom for refleksjon og utvikling**

I tråd med forskning på reflektert praksis (Ericsson, et al., 1993) trer veiledning fram som en sentral faktor i utviklingsarbeidet, og betegnes som både viktig og utviklende av informantene. Rødsakene er ofte utgangspunkt for veiledning. Her reflekteres det rundt utfordringene man møter, man speiler seg selv, og man ser på forslag til å gjøre ting annerledes sammen med brukeren. Man får dermed flere spillebrikker og hjelp til å holde fokus på egen utvikling som terapeut. Problemstillingene i veiledningen er knyttet til både faglig utvikling og personlig utfordringer. I møtet med brukeren kan informantene møte utfordringer som trigger personlig sider, og det er avgjørende at veiledningen oppleves som en trygg arena hvor man tør å synliggjøre svakhetene sine.

*«Får jeg rødsak kan jeg ta den på veiledning og få andre øyne til å hjelpe meg å se på hva kunne jeg gjort annerledes, og hva jeg kan lære. Viktig å ha en veileder du er trygg på, og som du kan tørre å innrømme at dette sliter jeg med og dette er jeg ikke god på. Tørre å gå ut av komfortsonen og synliggjøre svakhetene dine».*

### **4.3.3 Fordypning gir erfaring og trygghet**

For å kunne utvikle seg og bli bedre som terapeut, er det en grunnleggende tro i tjenesten på at fordypning innenfor bestemte områder er nødvendig. Nye problemstillinger og oppgaver kan ofte oppleves utrygt og utfordrende i starten. Ved å møte utfordringene gang på gang

opparbeider man seg kunnskap og erfaring, og man utvikler etterhvert en kompetanse på området. Arbeidsoppgavene i Familiehjelpa er fordelt med utgangspunkt i dette prinsippet.

*«Vi blir bedre av å gjøre mye av det samme og spesialisere oss på ting. Ved å gå i en retning får du mer erfaring, og du blir tryggere på at du får det til bedre. Men for å bli bedre må du tørre å gjøre feil».*

Miller og Hubble (2011) er opptatt av nødvendigheten i å gjøre feil, huske dem og lære av dem. Resultatene viser hvordan feiling anses som en viktig del av læringsprosessen og blir brukt av ledelsen som motivasjon for læring og utvikling.

*«Leder vil vi skal utvikle oss ved å tørre å gjøre feil».*

#### **4.3.4 Ut av komfortsonen, med lederstøtte**

*«Her er et fokus på at ingen får lov til å stagnere, og ingen får lov til å bli værende i komfortsonen».*

Ambisjonene for tjenesteutvikling er store og tydelige. Med ambisjonene følger det et krav om stadig utvikling hos den enkelte. Det kan handle om å få tildelt ansvarsområder man må bli god på, og oppgaver som krever at man går utenfor komfortsonen sin. Det uttrykkes at oppmuntring og støtte fra leder er essensielt når ting oppleves utfordrende. Flere informanter gir uttrykk for at det er mentalt krevende og slitsomt, og det krever et bevisst valg å skulle jobbe på denne måten. Forstått ut fra Covey (2014a; 2014b) handler dette om å innta en proaktiv innstilling hvor man selv tar ansvar for sine valg og innstilling. Ansvaret for utvikling ligger på hver enkelt terapeut, men samtidig kommer det fram at man ikke står alene i utviklingsarbeidet. Man jobber sammen som gruppe for å bli bedre som tjeneste.

*«Det er store ambisjoner for tjenesten. Vi skal hele tiden videre og bli bedre. Når hver og en for seg blir bedre, så blir tjenesten som helhet bedre og sterkere. Vi skal tørre å utfordre oss og svette».*

#### **4.3.5 I spenningsfeltet mellom høye krav og tilfredstillelsen av å lykkes**

På den ene siden oppleves det slitsomt å jobbe på et sted med høye krav til utvikling. På den andre siden ligger det en tilfredstillelsen i å mestre utfordringene og lykkes i det man gjør.

*«Det er slitsomt og på en litt dårlig dag kan man nok kjenne på at man ikke kan legge seg bak på. Det er en forventning om å være på hele tiden. Å være del av et team som*

---

*tør å tenke nytt, og som vil noe, er veldig spennende. Jeg trenger det, ellers ville jeg gått lei. Det er krevende, men så er det følelsen vi kjenner på når vi har besteget et fjell, eller hva det nå er du skal gjennomgå. Det å få lønn for strevet. Det er utrolig artig å gjøre nye oppdagelser og kjenne på mestringen».*

Til tross for at utviklingsarbeidet kan oppleves både slitsomt og frustrerende, finnes det likevel en indre kraft i informantene som driver dem framover. Flere av informantene uttrykker at det ligger en motivasjon i å skulle bli bedre. Motivasjonen blir en drivkraft til å sprengre grenser, og våge seg ut på nye områder. Utviklingsperspektivet i tjenesten utfordrer stadig terapeutene til å bryte grenser. Det gis uttrykk for at dette både er spennende, gir mening og er nødvendig for ikke å gå lei. Samtidig uttrykkes det at dette er en annerledes og krevende måte å jobbe på. Det er flere informanter som sier noe om hvordan eget overskudd og underskudd i hverdagen påvirker opplevelsen av å jobbe på denne måten. På dårlige dager oppleves det slitsomt og stressende, mens på gode dager med overskudd oppleves det meningsfullt og givende. Å jobbe slik ser også ut til å handle om hvilken innstilling man velger til utfordringene man står ovenfor. Resultatene er i tråd med forskning som viser at det å knytte egen motivasjon til et mål bidrar til å gi mening, og å tåle utfordringene bedre (Sapyta et al., 2005). Følgende sitat belyser dette.

*«Man kan gå ned i skuffelse og bearbeidelse og tenke at det her vil jeg ikke være med på, og jeg orker ikke å bli målt. Men også å tenke at det kan skape motivasjon for å jobbe videre. Hvis målet mitt er å hjelpe andre mennesker til å få et bedre liv, så vil bare en rød skår gi motivasjon til å gjøre noe annerledes».*

For flere av informantene ligger denne drivkraften også i å utgjøre en forskjell for andre, og å oppleve seg selv som nyttig for andre mennesker. Når en bruker gir uttrykk for forandring og større innsikt, oppleves det motiverende og engasjerende. En informant gir også uttrykk for drivkraften som ligger i å finne nye måter å hjelpe folk på.

*«Noen ganger er det slitsomt og du blir frustrert, men det ligger en drivkraft der når du skjønner at du klarer å gjøre en forskjell for folk, og ser at det nytter det du driver med. Det er motiverende at du selv utvikler deg, skjønner at du får til mer, lærer mer, får mere kunnskap, og at du blir klokere etter hvert som du blander sammen erfaringene dine og kunnskapen din».*

### 4.3.6 Tilbakemeldinger og sårbarhet

Rundt halvparten av informantene gav uttrykk for en potensiell sårbarhet som ligger i det å få tilbakemeldinger. En informant erkjenner nødvendigheten av kjenne på det sårbare for å kunne forbedre seg og være til hjelp, men uttrykte samtidig at dette kan være en belastning. Nødvendigheten av å anerkjenne brukerstemmen gjennom bruk av systematiske tilbakemeldinger er fundamentet i KOR, men samtidig kan det oppleves utfordrende for informantene ikke å skulle ta negative tilbakemeldinger personlig.

*«Selv om det kan være utfordrende og vondt å ta imot tilbakemeldinger, så tenker jeg at uansett hva det gjelder, så vil jeg heller ha en tilbakemelding enn at det ikke blir sagt».*

For andre informanter var ikke dette sårbarhetsaspektet et problem.

*«De røde sakene handler ikke om at jeg ikke er god nok. Jeg tenker hvordan skal jeg lære av det her. Jeg har aldri gjort det på noen annen måte og opplever ikke at det er noe problem».*

Funnene belyser altså ulike oppfatninger i gruppen når det kommer til sårbarheten i det å ta i mot tilbakemeldinger. Mens noen er upåvirket, er det andre som blir påvirket. Flere av informantene uttrykte viktigheten i å ha noen å dele utfordringene med. Her ble kollegaer, trygt arbeidsmiljø og veiledningsmuligheter nevnt som betydningsfulle faktorer.

*«Det kan være godt å snakke med noen andre om det. Å banke på en dør til en kollega når man har fått en vanskelig tilbakemelding, det kan være godt».*



## 5. DISKUSJON

I oppgavens problemstilling spør jeg hvilke erfaringer og opplevelser informantene i Familiehjelpa har med KOR. Svarene som er samlet inn gjennom kvalitative intervju har dannet grunnlag for å få økt kunnskap og forståelse for KOR. I dette kapittelet diskuteres studiens kunnskapsmessige bidrag til KOR som evalueringsverktøy.

### 5.1 Hva karakteriserer KOR som evalueringsverktøy?

Som tidligere nevnt er mitt engasjement for brukermedvirkning sterk, og i møtet med den enkelte bruker er jeg opptatt av både likeverdighet, empati, forståelse og god allianse. Noe av drivkraften i studien har vært nysgjerrigheten etter å finne ut hva som skiller KORs anerkjennelse av brukerstemmen, fra min anerkjennelse av brukerstemmen. Hvilken forskjell utgjør KOR i møtet med brukeren? Hva innebærer det for terapeuten å benytte KOR som evalueringsverktøy? Resultatene fra studien har bidratt med kunnskap som gjør det mulig å svare på disse spørsmålene, og følgende vil både KORs anerkjennelse av brukerstemmen og terapeutens rolle for å utnytte KORs potensial, diskuteres.

#### 5.1.1 Konkretisering av brukerstemmens essensielle rolle

Slik jeg tolker resultatene ligger noe av styrken til KOR i formen av å være et konkret verktøy. Anerkjennelsen av brukerstemmen konkretiseres gjennom et håndfast evalueringsverktøy. Gjennom to skjema inviteres KOR brukerstemmen inn, og bekrefter at brukerstemmen er essensiell og ønsket. Jeg forstår systematikken og kontinuiteten i KOR som svært sentral. Å spørre brukeren hvordan timen har vært, uten bruk av KOR, synes å være preget av tilfeldighet og mangel på kontinuitet. Jeg tror noe av forskjellen fra min anerkjennelse, ligger i et konkret verktøy som systematisk inviterer til samarbeid i hver eneste time. I denne systematikken ligger det en overbevisning om at brukerens endringsteori faktisk er den viktigste. Forskning bekrefter brukerens essensielle rolle for et positivt behandlingsutfall (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013), og KOR blir et konkret verktøy som legger til rette for at brukeren skal få denne rollen.

### 5.1.2 Realitetssjekk av terapeutens vurderinger

En annen forskjell som KOR utgjør kan forklares med utgangspunkt i forskning som viser at terapeuter sjelden klarer å forutsi forverring i løpet av et behandlingsforløp (Hannan et al., 2005; Lambert, 2013a; Sapyta et al., 2005). Som terapeut bærer man både erfaringer og kunnskap med seg, og man gjør vurderinger basert på disse. Man kan imidlertid aldri være helt sikker på at vurderingene stemmer, før disse sjekkes ut med brukeren selv. Spørsmålet er i hvilken grad man faktisk gjør dette i hver time. Kanskje preges også dette mer av tilfeldighet enn systematikk? Informantene beskriver hvordan deres egne vurderinger av brukerens situasjon får en realitetssjekk ved hjelp av KOR. Denne realitetssjekken gjør det mulig å oppdage at egne vurderinger ikke stemmer overens med brukerens, og man kan dermed avsløre hindringer i samarbeidet. Resultatene fra studien er i tråd med forskning som viser at systematiske tilbakemeldingssystemer bidrar til å forhindre frafall, negativt utfall og forbedring av behandlingsutfall (Lambert, 2010; Lambert, 2013a; Lambert, 2013b; Lambert & Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010; Simon et al., 2012).

### 5.1.3 KOR bidrar til maktforskyvning i bruker - terapeutrelasjonen

En annen forklaring på at KOR utgjør forskjell når det gjelder anerkjennelsen av brukerstemmen, tar utgangspunkt i det tradisjonelle asymmetriske maktforholdet mellom terapeut og bruker. Siden begynnelsen på 1900-tallet har den medisinske modellen hatt en sterk posisjon innenfor feltet psykiatri og psykisk helse. Et mønster hvor eksperten sitter med svarene har hatt mange år på å etablere seg (Wampold & Imel, 2015). Ekspertstemmen har hatt den største makten. Det har ikke vært tradisjon for at brukerstemmen er like verdifull som ekspertstemmen (Ørstavik, 2008; Øye & Norvoll, 2013). Å bryte ut av dette mønsteret krever en erkjennelse av skjevforholdet, først da blir den enkelte terapeut bevisst sitt ansvar å endre på dette (Hummelvoll & Eriksson, 2005; Øye & Norvoll, 2013). Slik jeg tolker resultatene har Familiehjelpa som helhet, vært opptatt av å bryte ut av det skjevfordelte maktforholdet. Gjennomgående har informantene påpekt viktigheten av *likeverdighet, ikke forutinntatthet* og *ønske om å fjerne seg fra ekspertrollen*. Dette kan tyde på et aktivt verdiskapningsarbeid, hvor tjenesten har vært opptatt av å skape en arbeidskultur med felles verdier og holdninger, som skal bidra til å balansere maktforholdet.

Maktforholdet består imidlertid også av brukeren. Slik jeg ser det, handler dette like mye om å gi brukerne muligheten til å bryte ut av et tradisjonelt mønster hvor brukerstemmen ikke

anses som verdifull. Resultatene belyser dette aspektet. Informantene tar ikke for gitt at brukerne sier i fra om noe ikke føles riktig. Som terapeut kan man altså jobbe ut fra de beste intensjoner om å skape reell brukermedvirkning, men hva hjelper det om brukeren ikke har tradisjon for å bli hørt? I dag indikerer forskning at 87 % av effekten i et positivt behandlingsutfall tilfaller klientrelaterte og utenomterapeutiske faktorer (Duncan, 2012; Wampold & Imel, 2015). Hvordan kan man legge til rette for å bryte ut av den gamle tradisjonen, slik at brukerne selv overbevises om at deres egen stemme er viktigst? Resultatene viser at KOR har en sentral rolle i dette arbeidet. Det ligger i selve kjernen av KOR at brukerstemmen blir framhevet som kilde til kunnskap og løsninger (Duncan, 2012; Duncan & Miller, 2000; Duncan & Sparks, 2008). KOR utfordrer de tradisjonelle asymmetriske omsorgsrelasjonene, og legger til rette for å frigjøre brukerens egne krefter og ressurser, ved at brukerens egen endringsteori blir styrende (Duncan & Sparks, 2008). Dette medfører samtidig at terapeuten mister mye av makten som ligger i kunnskapen om hva som skal til for å løse brukerens problem. På den måten bidrar KOR til en maktforskyvning i bruker-terapeut relasjonen. Belyst opp mot teori handler det om at terapeuten må gi fra seg makt, mens brukeren myndiggjøres og tildeles makt (Hummelvoll & Ericsson, 2005; Ørstavik, 2008; Øye & Norvoll). Resultatene viser at denne siden av KOR har utfordret flere av informantene. Det å måtte tilside sette egen kunnskap og forutinntatthet i møtet med brukeren, til fordel for brukerens endringsteori, har vært både utfordrende, sårbart og utrygt.

#### **5.1.4 Terapeutens ansvar å utnytte KORs potensial**

Resultatene fra studien indikerer at terapeutens holdninger til KOR er en viktig faktor som påvirker hvor godt evalueringsverktøyet fungerer. Informantene fortalte hvordan egen innstilling til KOR har påvirket en troverdig og trygg bruk av tilbakemeldingssystemet. Resultatene er i tråd med forskning som belyser at tilbakemeldingssystemer ikke er effektive under alle omstendigheter. Terapeutens holdninger til slike systemer påvirker behandlingsutfallet i positiv eller negativ retning (De Jong et al., 2012; Lutz et al., 2015; Simon et al., 2012). Bruk av KOR som evalueringsverktøy sikrer altså ikke i seg selv effekt. Terapeutens engasjement, tro på egenmestring og tilbøyelighet til bruk av tilbakemeldinger er noen av faktorene som påvirker effekten av tilbakemeldingssystemer (De Jong et al., 2012; Lutz et al., 2015; Simon et al., 2012).

Det relasjonelle aspektet og alliansen er essensielt i KOR (Duncan, 2012; Duncan & Sparks, 2008). Resultatene er i tråd med dette og indikerer at god utnyttelse av potensialet i KOR er

avhengig av relasjonen og alliansen som skapes mellom bruker og terapeut. Informantene er bevisst sitt ansvar i å skape et klima for tilbakemelding som legger til rette for at brukeren velger å være ærlig og åpne seg. Dette sier noe om at evalueringsverktøy i seg selv ikke kan sikre god kvalitet på tjenesten, men at god utnyttelse er avhengig av personen som skal bruke det.

Dette åpner for en diskusjon hvor KOR som evidensbasert evalueringsverktøy kan belyses. I tråd med kvalitetssikringsutviklingen som startet på 1990-tallet, skal man ved bruk av evidensbaserte verktøy kunne dokumentere effekt etter strenge vitenskapelig kriterier (Littell, 2010; Tuseth, 2007). Belyst opp mot KOR innebærer det at man ved hjelp av ORS og SRS, som to evidensbaserte evalueringsskalaer (Duncan, 2012), samler inn brukerens tilbakemeldinger og dokumenterer resultatet. Resultatene viser hvilken effekt brukeren har fra behandlingen, og KOR som evidensbasert verktøy, bidrar på den måten til å kvalitetssikre tjenesten. Resultatene indikerer imidlertid at god kvalitet ikke kan ivaretas av verktøyet alene. Det ligger et stort ansvar på terapeuten i å utnytte KORs potensial på en god måte. Resultatene illustrerer at det menneskelige aspektet, og det som skjer i mellommenneskelig møter, vanskelig kan kontrolleres helt ved hjelp av evidensbaserte verktøy. Det indikerer at vi aldri vil klare å kvalitetssikre oss til det fullkomne i arbeid med mennesker. Relasjonen og alliansen som skapes i møtet mellom bruker og terapeut vil alltid påvirkes av terapeuten skjønn, vurderinger og egenskaper. Dette bekreftes også av forskning (Baldwin & Imel, 2013; Del. Re et al., 2012; Wampold & Imel, 2015). I jakten på kvalitetssikring gjennom evidensbasering, må man ikke glemme verdien som ligger i terapeutenes egenskaper og evne til å utøve skjønn. Fratar man fagutøverens muligheter for skjønnsvurdering og autonomi, får man i følge Ekeland (2015) en regelstyrt praksis kontrollert av andre. Slik jeg ser det, gir dette lite rom for kreativitet og fleksibilitet hos terapeutene. En må erkjenne at alt som har med mennesker å gjøre er feilbarlig, og at det ikke fullt ut er mulig å kvalitetssikre seg mot dette. Det må være rom for at terapeuten kan bruke seg selv, og ledelsen må våge å ha tillit til at godt utdannede mennesker kan utøve faglig skjønn. Resultatene viser at KOR er et viktig hjelpemiddel som løfter brukerstemmen fram, men verktøyet kan ikke alene sikre god kvalitet på tjenesten. Like viktig som å lære seg evidensbaserte manualer godt, blir det viktig å legge til rette for styrking av terapeutene, både faglig og personlig. Dette er i tråd med KORs tro på terapeutenes viktige rolle i endringsprosessen (Duncan, 2012). Resultatene viser at Familiehjelpa er opptatt av dette

---

aspektet, og Covey`s (2014a; 2014b) *Syv gode vaner* blir benyttet som fundament for å ivareta terapeutenes faglige og personlig utvikling.

### **5.1.5 Systematiske tilbakemeldinger og handling er essensen**

Systematisk innhenting av tilbakemelding, og handling i tråd med tilbakemeldingene, har i løpet av studien trådt fram som selve essensen i KOR. Karakteriske trekk ved KOR som evalueringsverktøy er diskutert, men ser man de store linjene vil flere evalueringsverktøy kunne karakteriseres på samme måte. Evalueringsverktøy i velferdsarbeid generelt sett fremhever brukerstemmen på en konkret måte. Evaluering sikrer lydhørhet for brukernes egne vurderinger, og bidrar til å hevde og styrke brukernes rettigheter (Eriksson & Karlsson, 2008). Dette viser at KOR ikke er unikt som evalueringsverktøy, men et av mange verktøy som kan benyttes i evaluering av velferdstjenester (Eriksson & Karlsson, 2008; Lambert, 2010). Det viktigste synes altså ikke å være hvilket evalueringsverktøy man velger, men viktigere er det at innhentingene skjer systematisk, og at tilbakemeldingene tas på alvor gjennom handling.

## **5.2 Implementering og praktisk gjennomføring av KOR**

I følgende diskusjon vil implementering og den praktiske gjennomføringen belyses nærmere.

### **5.2.1 Terapeutene utfordres på sitt eget paradigme**

I følge Covey (2014a; 2014b) har alle sitt eget paradigme. Dette innebærer at man har sin egen måte å se verden på. I tråd med Covey`s tenking forstår jeg resultatene slik at informantenes egne paradigmer ble konfrontert ved implementeringen av KOR. Informantene ble utfordret på å oppgi tryggheten som ligger i egen kunnskap og profesjon, og utfordret på å endre synet på seg selv og verden. De ble stilt ovenfor nye krav som fulgte med KOR, og deres egen kunnskap satt på prøve når de måtte bevege seg utenfor egen profesjons tradisjonelle arbeidsoppgaver. Resultatene viser at informantene ved hjelp av Covey`s (2014a; 2014b) *Syv gode vaner* har jobbet bevisst med utvikling og refleksjon både faglig og personlig. Slik jeg forstår resultatene har *Syv gode vaner* dannet en felles plattform hvor informantene har fått mulighetene til å konfrontere egen motstand, og jobbe bevisst med hvordan de møter verden og utfordringer. Jeg tenker resultatene illustrerer at felles plattform, som gir rom for å jobbe med refleksjon og utvikling, kan være hensiktsmessig å

ha på plass i forkant av en implementeringsprosess. Resultatene viser nødvendigheten av at ledelsen tar informantenes motstand på alvor. De må føle seg forstått, anerkjent og møtt med tålmodighet, samtidig som det er rom for å la motstanden komme til uttrykk.

### **5.2.2 Erfaring versus reflektert praksis**

Skal brukeren oppleve at evalueringen blir tatt på alvor, er det helt avgjørende at terapeutens tilnærminger baserer seg på tilbakemeldingene. I den forbindelse er reflektert praksis essensielt i Familiehjelpa. Før studien var reflektert praksis ukjent for meg. Etter hvert skjønnte jeg at dette handlet om å utvikle ekspertisekunnskap innenfor et område, med mål om å bli best mulig og bedre enn gjennomsnittet (Ericsson et al., 1993). Jeg leste litteratur om emnet og kom over utsagn som «å bli den beste av de beste». Disse utsagnene vekket assosiasjoner til konkurranse og sport, og en kritisk side i meg fikk ikke dette konkurranseaspektet, og «bli best»-aspektet, til å passe inn i arbeidet med mennesker. Nå som studien er gjennomført og resultatene foreligger, er imidlertid synet på reflektert praksis mer nyansert.

Slik jeg tolker resultatene handler reflektert praksis i Familiehjelpa ikke om konkurranse, men det handler om å bli så gode som man kan for brukerne. I det store og hele handler det om å forbedre tjenestene og utvikle fagfeltet videre, først og fremst til brukernes beste. Men hvorfor trenger man reflektert praksis til utvikling og forbedring? Hvorfor er ikke erfaring godt nok i arbeidet med å ta tilbakemeldingene på alvor?

Selv har jeg en oppfatning av at erfaring er viktig, og gjør meg til en bedre yrkesutøver. Med erfaring følger det trygghet, selvtillit, bredde og et nyansert blikk når det gjelder ulike typer utfordringer. Da jeg begynte å lese om reflektert praksis måtte denne forestillingen gjennom en revurdering. Jeg leste forskning som viser at erfaringens betydning for forbedring innen et område er begrenset (Feltovich et al., 2006). Jeg kunne først ikke forstå dette, men resultatene tvang meg til å gå ut av min egen oppfatning og belyse erfaring fra et annet perspektiv. Da kunne jeg erkjenne at mye erfaring innenfor et område gjør meg trygg, men jeg måtte samtidig erkjenne at erfaring gjør meg mindre reflektert. Med erfaring vet jeg hva som forventes av meg, og handlingsmønster automatiseres. Ulempen med handlingsmønstrene er at de skaper skylapper, hindrer meg i å se nye perspektiver og nye innfallsvinkler. Med erfaring er det lett å være forutinntatt, og gå ut fra at problemer kan løse

---

på samme måte som lignende problemer er løst tidligere. Med erfaring er det kort sagt fare for at refleksjonen forsvinner, og kontekstens avgjørende rolle oversees.

Slik jeg tolker resultatene hjelper reflektert praksis til med å bryte erfaringens automatiserte handlingsmønstre, bevege seg utover egen referanseramme og holde refleksjonen levende. På den måten kan nye perspektiver slippe til og drive utviklingen videre. En informant uttrykte at det handler om aldri å være fornøyd. Man er reflekterende og aldri hvilende i sin søken etter svar på hva som hjelper brukeren. Forutinntattheten tilsidesettes og man tar ikke for gitt at det som har fungert for en bruker, også fungerer for den neste. Det handler om ikke å lete etter bekreftelsen man ønsker, men å lete etter det som fungerte sett fra brukerens perspektiv. Belyst opp mot Tracey et al., (2014) handler det om å teste ut gyldigheten i sine egne antagelser, i stede for å lete etter svar som bekrefter dem.

For min del har kunnskapen om reflektert praksis bidratt til et nytt perspektiv på utvikling av psykiske helsetjenester. Sett i lys av denne kunnskapen synes erfaring alene å komme til kort når psykiske helsetjenester skal utvikles og skreddersys brukernes behov. Jeg har fortsatt en oppfatning av at erfaring er viktig, men ser også at det vil kunne være nyttig å kombinere erfaringen med reflektert praksis, for å drive utviklingen framover. Resultatene tyder heller ikke på noen motsetninger mellom erfaringer og reflektert praksis i Familiehjelpa. Resultatene viser tvert imot at fordypning på ulike felt er viktig for å få erfaring, og i kombinasjon med reflektert praksis ivaretas refleksjonen, utprøvingen og kunnskapssøken som ellers fort kan forsvinne i erfaringens trygge havn.

### **5.2.3 Balansen mellom krav og mestring – et lederansvar**

Resultatene viser at tjenesteutvikling ved bruk av KOR og reflektert praksis oppleves krevende for informantene. Med høye ambisjoner om videreutvikling av tjenesten stilles det høye krav til terapeutene. Resultatene illustrerer at det oppleves både krevende og tilfredsstillende å jobbe på denne måten. En god balanse mellom krav og mestring må ivaretas, slik at overbelastning ikke medfører risiko for utbrenthet (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 1993). Når det gjelder ivaretagelse av dette aspektet, snakker informantene om at kravene balanseres ved å få mye tilbake fra ledelsen i form av tillit, frihet, anerkjennelse og fleksibilitet. En suksessfull og god bruk av KOR, synes altså i stor grad å avhenge av ledelsens evne til å ivareta medarbeiderne på en god måte. Dette avdekker samtidig sårbarheten som ligger hos ledelsen, for om implementeringen av KOR skal lykkes eller

ikke. Resultatene har vist at implementeringen medførte motstand. Sårbarheten hos ledelsen handler om evnen til å kunne snu motstanden, slik at medarbeiderne føler seg anerkjent og ivaretatt, fremfor overkjørt og krenket.

#### **5.2.4 Samsvar mellom ledelsens intensjoner og terapeutens mål**

En informant trakk fram ledelsens fokus på at KOR og reflektert praksis, ikke handler om prestasjonsjag, men det handler om å være så gode som man kan for brukerne. Jeg tenker dette er en viktig faktor som kan knyttes til ledelsens intensjoner med KOR. Om tilbakemeldingssystemer implementeres ovenfra og ned, med intensjoner om å være nyttig for ledelsen, står man i fare for å mislykkes. Grunnen til dette er at hverken brukere eller terapeuter vil oppleve at evalueringen ivaretar deres interesser (Lambert, 2010). Slik jeg forstår Lambert, handler dette om mangel på samsvar mellom ledelsens intensjoner og terapeutenes motivasjon og mål. Resultatene viser samsvar mellom ledelsens intensjoner og informantenes motivasjon og mål med arbeidet. For informantene handler motivasjonen og målet med arbeidet om å utvikle seg, og være til nytte for brukerne. Dette er i tråd med ledelsens intensjoner om å utvikle en best mulig tjeneste for brukerne sin del. Det handler om å bli så gode som man kan for brukerne. Når informantene kan knytte sitt eget mål direkte til arbeidet, gir det mening å møte utfordringene som ligger i tilbakemeldingen, selv om det er krevende. Forskning bekrefter at terapeuter er mer villig og fleksible til å endre tilnærminger som følge av tilbakemeldinger, når de kan knytte egne mål til arbeidet (Sapyta et al., 2005).

#### **5.2.5 Kompleksiteten ved KOR og reflektert praksis**

Resultatene viser at KOR og reflektert praksis er et faglig og personlig krevende utviklingsarbeid. Det stilles høye krav til informantene i arbeidet med å møte utfordringene i tilbakemeldingene. Min forståelse er at denne arbeidsformen krever engasjerte og motiverte medarbeidere som er villig til å gå ut av komfortsonen og utfordre seg selv. For flere innebærer det også å bruke fritiden til kunnskapssøken. I tråd med Covey (2014a; 2014b) handler det om å være proaktiv, og ta ansvar for hvordan man velger å møte utfordringer. Overført til Familiehjelpa handler det om hvilken innstilling den enkelte terapeut selv velger til arbeidet med tilbakemeldinger og reflektert praksis.

I følge Miller & Hubble (2011) er det nødvendig å stille visse rammebetingelser til fagmiljøet og ledelsen når det skal legges til rette for reflektert praksis og



---

ekspertiseutvikling. Familiehjelpa er unik i den forstand at tjenesten er basert på KOR og reflektert praksis helt fra starten av, og det har vært lagt til rette for informantenes involvering i oppbygging av tjenesten (Valla, 2014). Flere av rammebetingelsene til Miller og Hubble (2011) er ivaretatt. Familiehjelpa har dermed hatt muligheten å legge til rette for denne måten å jobbe på, blant annet gjennom god opplæring, jevnlig veiledning, oppmuntring til å lære av feil og urokkelig tro på arbeidet i ledelsen.

Familiehjelpa startet altså opp som ny tjeneste, men hva med implementering inn i allerede eksisterende tjenester med solide tradisjoner og innarbeidede metodetilnæringer? Reflektert praksis har en kompleksitet ved seg, og det utfordrende og krevende aspektet ved denne arbeidsformen får meg til å stille en rekke spørsmål. Egner denne arbeidsformen seg for alle? Kan denne arbeidsformen la seg overføre til alle typer psykiske helsetjenester? Speiles man tilbake på seg selv og sitt valg om innstilling til jobben, dersom man synes det blir for utfordrende og krevende? Krever det et bevisst valg å jobbe slik?

Spørsmålene er mange. Jeg har ikke svarene, men tenker likevel at spørsmålene i seg selv er viktig å ta med i videreutviklingen av KOR og reflektert praksis innen psykisk helsearbeid.

## 5.3 Ekspertrollens paradoks

Resultatene er tydelige på at informantene ønsker seg bort fra ekspertrollen hvor det forventes at terapeuten er eksperten som sitter med svarene. Samtidig avdekker resultatene en stadig pågående tjenesteutvikling med sterkt fokus på tilegning av ny kunnskap. I henhold til forskningslitteratur på reflektert praksis handler det om ekspertiseutvikling (Ericsson et al., 1993; Miller & Hubble, 2011) Hva handler dette om? Vil man bort fra en ekspertrolle, for så å gå inn i en ny? Dette synes å være et paradoks.

### 5.3.1 Ekspertrolle på brukerens premisser

Slik jeg tolker resultatene handler dette om to ulike former for ekspertroller. I henhold til den medisinske modellen innehar den profesjonelle en ekspertrolle. I sin kunnskap om diagnoser og behandling utledet fra standardiserte diagnosekategorier, sitter eksperten med svarene. Denne ekspertkunnskapen dikterer i stor grad det videre behandlingsforløpet. Brukerens atferd objektiviseres, og personlige erfaringer, samt konteksten som brukeren er en del av, står i fare for å bli oversett. Dette danner grunnlaget for et skjevfordelt maktforhold (Hall, 1996).

I henhold til reflektert praksis snakker man om utvikling av en ekspertise basert på brukerens tilbakemeldinger. I motsetning til den tradisjonelle ekspertrollen subjektiviseres brukerens atferd. Det handler om å tilsesette forutinntattheten som følger med erfaring, diagnoser og lidelser, og la brukeren selv sette ord på egen endringsteori (Duncan & Miller, 2000; Duncan, 2012; Duncan & Sparks, 2008). Det handler først og fremst om å forstå brukeren som et unikt individ innenfor sin egen kontekst (Karlsson & Borg, 2013; Wampold & Imel, 2015). Resultatene viser at tjenesten er opptatt av et godt generelt kunnskapsgrunnlag med ulike tilnærminger og metoder, men det er ikke profesjon eller metode som avgjør om brukeren får hjelp. Uavhengig profesjon er det reflektert praksis som legger til rette for at behandlingen skreddersys i tråd med brukerens kontekst og tilbakemeldinger. Slik jeg ser det handler reflektert praksis om en form for ekspertise som utvikles på brukerens premisser. Det er en ekspertise som utfordrer det tradisjonelle skjevfordelte maktforholdet i brukertapeut relasjonen, og som bidrar til en maktforskyvning til gode for brukeren (Ørstavik, 2005). Brukerens erfaringskunnskap står sentralt, og ekspertisen får ikke verdi før den verdsettes av brukeren.

### **5.3.2 Likeverdighet mellom profesjoner**

Profesjonsstrider hvor yrkesgrupper føler seg undervurdert og dominert av hverandre, er en utfordring innenfor psykiske helsetjenester. Dette skaper klima som bremses både kreativiteten og fleksibiliteten (Karlsson & Borg, 2013). I Familiehjelpa preges arbeidet av profesjonsuavhengighet, og sett fra et kritisk perspektiv kan man stille flere spørsmål vedrørende dette. Hvor blir det av den enkelte profesjons særpreg og perspektiv? Hvorfor trenger man ulike profesjoner dersom alle skal gjøre det samme? Resultatene viser at flere av informantene ble utfordret på dette i starten. De kjente på motstand og utrygghet i å gå utenfor sine tradisjonelle oppgaver og gi slipp på profesjonsidentiteten, men etter hvert opplevde de en større fleksibilitet i sin utøvelse som terapeut. Slik jeg tolker resultatene ligger noe av fordelene i å oppheve profesjongrensene, i et mer fleksibelt og helhetlig tjenestetilbud for brukeren. Det blir mindre henvisninger mellom ulike profesjoner. Fokuset rettes mot utvikling i takt med brukerens behov, framfor fokus på hvem som kan gjøre hva.

Profesjonsuavhengighet betyr ikke nødvendigvis at den enkeltes unike perspektiv blir borte. I Familiehjelpa legges det stor vekt på samarbeid, og at man som gruppe løfter sammen (Valla, 2014). Slik jeg ser det kan ulike profesjoner som samarbeider i en gruppe, ha stor verdi i sin tilgang på et mangfold av perspektiver. Denne formen for ekspertiseutvikling på

---

brukernes premisser, uavhengig profesjon, kan kanskje være et steg i retning mot større likeverdighet mellom profesjonene?

Nødvendigheten av å se brukeren som del av en større helhet og kontekst, framholdes av flere og flere fagpersoner. Samtidig som det ligger et ønske om helhetstenkning innenfor helsesektoren, preges den samme sektoren av oppdeling og spesialisering i mindre områder. For å kunne møte behovet for samarbeid på tvers av fagområder etterspørres nytenkning, kreativitet og utvikling innenfor det psykiske helsefeltet (Karlsson & Borg, 2013). Denne studien viser en mulighet for nytenkning i psykisk helsearbeid. Resultatene viser hvordan brukerens endringsteori kan være selve grunnlaget for den faglige utviklingen, og hvordan profesjonsgrensene oppheves i arbeidet med å møte brukernes tilbakemeldinger. Grensene mellom psykisk helsearbeid og psykoterapi viskes også i større grad ut, når profesjonsgrensene oppheves.

## 5.4 Avslutning

Denne studien har bidratt med økt kunnskap og forståelse av KOR som evalueringsverktøy. Det er imidlertid viktig å se resultatene innenfor konteksten de er hentet ut fra. Familiehjelpa er unik på flere måter. Tjenesten er bygd opp fra grunnen av, med KOR og reflektert praksis som fundament. Det er en tjeneste med høye ambisjoner, hvor utvikling og forbedring av de psykiske helsetjenestene har vært et mål fra starten av (Valla, 2014). Systematisk og konsekvent jobbing med KOR preger tjenesten, og urokkelig tro på KOR i ledelsen har i følge informantene vært en viktig suksessfaktor. Sammenslåing med psykiske helsetjenester for voksne fra 1. januar 2015, viser tro på at dette er en arbeidsform som kan fungere for et større spekter av psykiske helsetjenester.

KOR kombinert med reflektert praksis regnes fortsatt som nytt innen psykoterapi og psykisk helsearbeid (Miller et al., 2013). For å gå videre i utviklingen av feltet måtte denne arbeidsformen implementeres flere steder. Mer forskning på området vil være nødvendig for å avdekke suksessfaktorer og utfordringer innenfor et større spekter av psykiske helsetjenester. Det vil gi oss mer kunnskap om overførbarheten til psykisk helsearbeid generelt sett.

## Litteraturliste

- Almvik, A. (2010). Utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene – sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Tusenkunstnerne: Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 15-31). Bergen: Fagbokforlaget.
- American Psychological Association. (2015). *Evidence-based practice in psychology*. Lokalisert 07.08.15 på <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/>
- Anderson, T., Lunnen, K. M. & Ogles, B. M. (2010). Putting models and techniques in context. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 143-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anker, M. G., Duncan, B. L. & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704. DOI: 10.1037/a0016062
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association
- Axelsen, E. D. (2013). Meningskaping – en diamant i psykoterapi. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.). *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (172-193). Oslo: Pax Forlag.
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effect: Findings and methods. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 258-297). Lokalisert 19.08.15 på <http://site.ebrary.com.ezproxy.hihm.no/lib/hedmark/reader.action?docID=10683268>
- Bargmann, S. (2013). Familieterapiens fremtid: Terapeuten mellom evidenskrav og utvikling. *Fokus på Familien*, 41(2), 136-152. Lokalisert 19.08.15 på <http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/fokus/2013/02>

- 
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. I. B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 83-112). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 219-257). Lokalisert 19.08.15 på <http://site.ebrary.com.ezproxy.hihm.no/lib/hedmark/reader.action?docID=10683268>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Børli, H. (1972). *Kyndelsmesse*. Oslo: Aschehoug.
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practice of highly effective psychotherapists*. (Doktorgradsavhandling). Perth, Australia: Curtin University. Lokalisert 19.08.15 [http://espace.library.curtin.edu.au/R?func=dbin-jump-full&local\\_base=gen01-era02&object\\_id=200923](http://espace.library.curtin.edu.au/R?func=dbin-jump-full&local_base=gen01-era02&object_id=200923)
- Covey, S. R. (2014a). *Syv gode vaner. Personlig og profesjonell effektivitet* (2. utg.). København: Gyldendal Business.
- Covey, S. R. (2014b). *Syv gode vaner – fortalt af Stephen. R. Covey*. [København]: Gyldendal Business.
- De Jong, K., Van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J. & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22(4), 464-474. Doi.org/10.1080/10503307.2012.673023
- Del Re, A. C., Fluckiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance outcome relationship: A restricted maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. DOI. 10.1016/j.cpr.2012.07.002

- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome informed therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Wiley Company.
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (Red.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. & Sparks, J. (2008). *I felleskap for endring: En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2015). Profesjonskritikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2015(02), 174-177. Lokalisert 22.08.15 på <http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/tph/2015/02/profesjonskritikk>
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. I K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich & R. R. Hoffman (Red.), *The cambridge handbook of expertise and expert performance* (s. 683-703). New York: Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A. & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaption to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 273-305. Lokalisert 19.08.15 på <http://www.annualreviews.org/action/doSearch?pageSize=20&AllField=Ericsson+Lehmann&startPage=&ContribStored=Ericsson%2C%20K%20A>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. & Tesch-Romer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363-406. Doi/10.1037/0033-295X.100.3.363
- Eriksson, B. G. & Karlsson, P.-K. (2008). *Att utvardera velferdsarbete*. Stockholm: Gothia Forlag.
- Feltovich, P. J., Prietula, M. J. & Ericsson, K. A. (2006). Studies of expertise from psychological perspectives. I K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich & R. R.

---

Hoffman (Red), *The cambridge handbook of expertise and expert performance* (s.41-67). New York: Cambridge University Press.

Gadamer, H.- G. (2007). *Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Århus: Academica.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. Doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hall, B. A. (1996). The psychiatric model: A critical analysis of its undermining effects on nursing in cronic mental illness. *Advances in Nursing Science*, 18(3), 16-26.  
Lokalisert 19.08.15 på  
<http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/results.aspx?txtkeywords=Hall+1996+The+psychiatric+model>

Hambrick, D. Z. & Meinz, E. J. (2011). Limits on the predictive power of domain-specific experience and knowledge in skilled performance. *Association for Psychology Science*, 20(5), 275-279. Doi: 10.1177/0963721411422061

Hambrick, D. Z., Oswald, F. L., Altmann, E. M., Meinz, E. J., Gobet, F. & Campitelli, G. (2013). Deliberate practice: Is that all it takes to become an expert? *Intelligence* 45, 34-45. Doi.org/10.1016/j.intell.2013.04.001

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W, Shimokawa, K. & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155-163.  
DOI:10.1002/jclp.20108

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder IS-2076). Oslo: Direktoratet.

Holte, J. S. & Beston, G. (2005). Å mobilisere til brukermedvirkning – en forskjell som gjør en forskjell i møte med en psykisk syk. I G. Beston, J. S. Holte, B. G. Eriksson & J. K. Hummelvoll (Red.), *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid* (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 8, 2005, s. 57-69). Lokalisert 19.08.15 på

---

[http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133756/rapp08\\_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133756/rapp08_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s.15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. & Eriksson, B. G. (2005). Psykisk helsoarbeite och brukarperspektivet några inledande reflexioner. I G. Beston, J. S. Holte, B. G. Eriksson & J. K. Hummelvoll (Red.), *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid* (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 8, 2005, s. 11-34). Lokalisert 19.08.15 på [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133756/rapp08\\_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133756/rapp08_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Husserl, E. (1989). *Fenomenologins idè*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos AB.
- Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3-11. Doi:10.1037/0022-0167.46.1.3.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lambert, M. J. (2010). Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. I B.L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 239-266). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6.utg., s. 169-218). Lokalisert 19.08.15 på <http://site.ebrary.com.ezproxy.hihm.no/lib/hedmark/reader.action?docID=10683268>



- 
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. DOI: 10.1037/a0030682
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. DOI: 10.1037/a0022238
- Littell, J. H. (2010). Evidence-based practice: Evidence or orthodoxy? I. B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 167-198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Bohnke, J. R. & Wittmann, W. W. (2015). Feedback therapist effect in the context of treatments outcome and treatment length. *Psychotherapy Research*, July 2015, 1-14.  
Doi.org/10.1080/10503307.2015.1053553
- Macnamara, B. N., Hambrick, D. Z. & Oswald, F. L. (2014). Deliberate practice and performance in music, games, sports, education, and in professions: A meta-analysis. *Association for Psychological Science*, 25(8), 1608-1618.  
DOI:10.1177/0956797614535810
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Johnson, L. (2000). Becoming outcome-informed in clinical practice: Making therapy count. I B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy* (s. 90-118). San Francisco, CA: Jossey-bass.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208.  
DOI:10.1002/jclp.20111
- Miller, S. & Hubble, M. (2011). The road to mastery. *Psychotherapy Networker*, 35(3), 22-31+ 60. Lokalisert 19.08.15 på <http://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/The%20Road%20to%20Mastery.PDF>

- Miller, S. C., Hubble, M. A., Chow, D. L. & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. DOI:10.1037/a0031097
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Wampold, B. E. (2010). Delivering what works. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., 421-430). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I. B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 113-142). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 423-430). New York: Oxford University Press.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 13-36). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J. & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 82(4), 731-742. Doi.org/10.1037/a0036915
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A. & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418-431. DOI: 10.1037/a0017901

- 
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C. & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 616-630. DOI: 10.1037/a0021182
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. Lokalisert 19.08.15 på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x/abstract>
- Ryum, T. (2014). Terapeutkompetanse og personlige egenskaper. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder* (49-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, R. & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- SAMHSA`s National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2012). *Partners for change outcome management system (PCOMS): International center for clinical practice*. Lokalisert 19.08.15 på <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249>
- Sapyta, J., Riemer, M. & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, Research, practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 145-153. Lokalisert 19.08.15 på <http://onlinelibrary.wiley.com/advanced/search/results>
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J. & Duncan, B. L. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25(4), 396-407. Doi.org/10.1080/10503307.2014.900875
- Shimokawa, K., Lambert, M. J. & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and Mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), s. 298-311. DOI: 10.1037/a0019247
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G. & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on

patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638-647.  
Doi.org/10.1080/10503307.2012.698918

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug & Co.

Lokalisert 19.08.15 på

<http://www.nb.no/nbsok/nb/e2b2a205200b02a4c9c6203f67981fba.nbdigital?lang=no#79>

Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies.

*American Psychologist*, 32(9), 752-760. Doi/10.1037/0003-066X.32.9.752

Sosialdepartementet. (1987). *Helsepolitikken mot år 2000: Nasjonal helseplan*. (St. meld. nr. 41, 1987-1988). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St. meld. nr. 25, 1996 – 97). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. (St. prp. nr. 63, 1997 – 98). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. (Veileder IS-1332). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- Helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. (Rapport IS-1315). Oslo: Direktoratet.

Storm, M. (2009). Teoretisk forankring av brukervedvirkning. I M. Storm, Å. B. Rennesund & M. J. F. Jensen (Red.), *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (s.18-25). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Storm, M. & Rennesund, Å. B. (2009). Innledning. I M. Storm, Å. B. Rennesund, & M. J. F. Jensen (Red.), *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (s.11-17). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svenkerud, H. *Cappelens store Engelsk-norsk ordbok* (2. utg.). Oslo: J. W. Cappelens Forlag.

- 
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229.  
DOI:10.1037/a0035099
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (Red.). (2007). *Den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuseth, A.-G. (2007). Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 40-63). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ulvestad, A. K. & Henriksen, A. K. (2007). I skyggen av elfenbenstårnet. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 20-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Valla, B. (2014). *Videre: Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 49-82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- World Medical Association. (2015). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subject. Lokalisert 19.08.15 på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.5(02), 111-119. Lokalisert 19.08.15 på [https://www.idunn.no/tph/2008/02/vi\\_berer\\_psykisk\\_helsearbeid\\_videre](https://www.idunn.no/tph/2008/02/vi_berer_psykisk_helsearbeid_videre)

Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.73-97). Oslo: Gyldendal akademisk.

## INTERVJUGUIDE

Kort presentere meg selv og min bakgrunn. Innlede med henvisning til informasjonsskriv, gjenta frivillighetsaspektet og fortelle litt om hensikten med studien. Formidle mitt ønske med intervjuet som handler om å få et innblikk i hver enkelt terapeuts verden, høre tanker, opplevelser og erfaringer når det gjelder jobben som terapeut.

1. *Kan du begynne med fortelle om din faglige bakgrunn og hvor lenge du har vært her?*

- Teoretisk bakgrunn

2. *Kan du si noe om hvem som kommer til deg for å få hjelp og hvilke utfordringer de har?*

3. *Kan du beskrive hva utøvelse av psykisk helsearbeid innebærer konkret for deg i din arbeidshverdag?*

- Hvordan forstå behovene?
- Bruk av KOR og tilbakemeldingene?
- Hvordan imøtekomme behovene?

4. *Kan du med et nyansert blikk beskrive hva du tenker de ulike sidene av KOR betyr for arbeidet ditt?*

- Fordeler/utfordringer med KOR som retningslinje?
- Ærlighet?
- Autonomi?
- Opplevelsen av å få arbeidsinnsatsen vurdert?

5. *Kan du beskrive hva du gjør for å utvikle deg som terapeut og hva deliberate practice innebærer for deg helt konkret i hverdagen?*

- Hva, hvordan og hvor ofte trener du?
- Veiledning?
- Beste læremåte?

6. *Kan du med et nyansert blikk beskrive hva du tenker de ulike sidene av deliberate practice betyr for arbeidet ditt?*

- Fordeler/utfordringer i forbindelse med deliberate practice?
- Opplevelsen av å jobbe et sted med sterkt fokus på utvikling?

7. *Hvordan vil du beskrive samhandlingen din med familiene som kommer for å få hjelp?*

- Verdier?
- Relasjonens betydning?
- Hva innebærer god allianse?

8. *Hvordan vil du beskrive deg selv som terapeut?*

- Personlige egenskaper?
- Beskrive en opplevelse der du lykkes/ikke lykkes med å gi hjelp.
- Klientens opplevelse av å være i et terapeut-klientforhold med deg?
- Hvordan reagerer du om en familie uttrykker at de er fornøyd/misfornøyd?

9. *Kan du si noe om din motivasjon for å jobbe med mennesker i en psykisk helsetjeneste?*

- Hva skaper lyst og engasjement i jobben din?
- Hvordan reagerer du i forhold til utfordringer du møter i jobben?

10. *Kan du fortelle meg om hvordan du jobber nå sammenlignet med hvordan du jobbet tidligere?*

- Hva er annerledes?
- Endringsprosess?

11. *Er det noe du ønsker å si før vi avslutter?*



## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### **«Et dypdykk med fokus på klient- og resultatstyrt praksis og deliberate practice»**

#### **Bakgrunn og hensikt.**

Dette forskningsprosjektet er en masterstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark.

Hensikten med studien er å få en større forståelse for hva klient- og resultatstyrt praksis (KOR) og deliberate practice innebærer i psykisk helsearbeid. Utgangspunktet er å undersøke hvordan hver enkelt terapeut tenker og handler ved utøving av psykisk helsearbeid, og hvordan hver enkelt tenker og handler for å utvikle sine terapeutiske ferdigheter. Fordeler og utfordringer knyttet til denne måten å jobbe på ønskes også belyst. Intensjonen er å identifisere faktorer som kan gi en nyansert beskrivelse av den daglige praksisens innhold.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Du blir forespurt om å delta, fordi du jobber som terapeut og har erfaring med KOR og deliberate practice. Studien har en kvalitativ tilnærming med individuelt intervju som metode. Metoden egner seg til å gå i dybden og få fram nyanser når det gjelder hver enkelt terapeuts tanker, opplevelser og erfaringer. Intervjuet har en varighet på 1-1,5 time og gjennomføres i februar/mars på din arbeidsplass. Nytteperspektivet handler om å få et nyansert bilde av den daglige praksisens innhold. Denne kunnskapen kan fungere som et tilskudd i det videre utviklingsarbeidet.

#### **Hva skjer med informasjon om deg?**

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Alle opplysninger vil oppbevares konfidensielt og bli slettet når prosjektet avsluttes august 2015. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang på disse opplysningene. Når det gjelder anonymisering av studien vil alle som deltar få anledning til å ta stilling til dette etter presentasjon av funn. Et eget skjema med valg om «anonymisering» eller «åpenhet» vil bli delt ut til deg. Er det minst en person som ønsker anonymisering vil dette bli respektert og tatt til følge. Det vil uansett aldri være snakk om at enkeltpersoner kan identifiseres i det ferdige arbeidet. Om åpenhet velges vil det kun være åpent at studien omhandler terapeutene i Familiehjelpe.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Om du ønsker å delta kan du sende det undertegnede samtykket i posten til oppgitt adresse. En annen mulighet er å ringe eller sende e-post til undertegnede. Det skriftlige samtykket tar du i så fall med når vi møtes. Om du nå sier ja til å delta, kan du når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål, kan du kontakte:

Siri Vikrem Austdal på mobil 943 47 331 eller på e-post [siri@austdal.net](mailto:siri@austdal.net)

Veileder er Ragnfrid Kogstad ved Høgskolen i Elverum.

Med vennlig hilsen  
Siri Vikrem Austdal

---

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

## Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

*«Et dypdykk med fokus på klient- og resultatstyrt praksis og deliberate practice»*

- Jeg samtykker til å delta i studien.
- Jeg samtykker til at studien kan publiseres.
- Jeg samtykker til at eget skjema vedrørende «anonymisering» eller «åpenhet» om studien blir delt ut etter at jeg har fått presentert funn fra undersøkelsen. Er det minst et ønske om anonymisering tas dette til følge.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

Dato:

Deltaker:

---

Kan sendes til:  
Siri Vikrem Austdal  
Gerhard Schønings gate 21  
2315 Hamar

## **Anonymisering eller åpenhet i masterstudien:**

### ***«Et dypdykk med fokus på klient- og resultatstyrt praksis og deliberate practice»***

Jeg ønsker å gi dere som informanter muligheten til selv å velge anonymitet eller åpenhet i studien. Det er ikke snakk om at enkeltpersoner skal kunne identifiseres i det ferdige arbeidet, men det er snakk om å være åpen på at studien omhandler terapeutene i Familiehjelpa i Stange kommune. Bakgrunnen for dette valget handler om at informantene kan sitte med et ønske om at deres bidrag og arbeid faktisk blir kreditert og gjort kjent (Kvale & Brinkmann, 2009).

Etter erfaringsutvekslingen 27. april 2015 har dere blitt presentert for funnene fra analysen. I tillegg får dere anledning til å lese gjennom analyseteksten og datamatriksen med sitat som har dannet grunnlaget for analysen. Analyseteksten blir en del av selve oppgaven og danner grunnlaget for diskusjonen. Diskusjonsdelen er på dette tidspunktet ikke ferdig, og vil derfor ikke være mulig å lese gjennom på forhånd. Med dette som utgangspunkt håper jeg hver enkelt av dere får tatt et valg som føles riktig for den enkelte. Er det minst en person som ønsker anonymisering vil dette bli respektert og tatt til følge. Avkryssingen skjer anonymt ved at hver enkelt krysser av på dette skjemaet uten navn, og legger i vedlagt adressert konvolutt. Om dere har innspill eller reagerer på noe i teksten som er sendt ut til gjennomlesning, ønsker jeg å høre fra dere.

Sett ett kryss for ditt valg:

- Jeg ønsker anonymisering av masterstudien. Studien vil omhandle terapeutene ved en psykisk helsetjeneste i en Østlandskommune.
- Jeg ønsker åpenhet om at masterstudien omhandler terapeutene ved Familiehjelpa i Stange kommune.

Med vennlig hilsen

Siri Vikrem Austdal

Mobil: 94347331

E-post: [siri@austdal.net](mailto:siri@austdal.net)