

Avdeling for folkehelse

Rita Pauliina Oja

Mastergradsoppgave
**Brukererfaringer ved FIT i en kommunal psykisk
helsetjeneste**

Master of Mental Health Care
Client experiences with FIT in a community mental health service

Master i psykisk helsearbeid

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

FORORD

For litt over to år siden drømte jeg om å lære mer om forskning. Samtidig hadde arbeidsplassen min vært gjennom en endringsprosess. Jeg ble mer og mer nysgjerrig på det nye verktøyet vi hadde begynt å bruke; FIT. Helt siden jeg ble sykepleier har jeg vært engasjert i brukervedvirkning. Den gang da jeg vurderte en masterstudie, var alle disse elementene med meg; interesse for forskning, nysgjerrighet på FIT og engasjement for brukervedvirkning. Det ble masterstudie på brukererfaringer med FIT. For en fantastisk læringsreise dette har vært! Denne oppgaven er et resultat av denne reisen.

Arbeidet med oppgaven har vært spennende og lærerikt, men jeg føler at det ikke er her jeg vil stoppe. Jeg har funnet ut at det er så mye mer spennende jeg vil lese og lære. Mange har vært med meg og bidratt på forskjellige måter. De alle fortjener en stor takk.

Jeg vil først takke alle informantene som ville dele av sine erfaringer med FIT, slik at ny kunnskap kunne vokse frem. Uten dere hadde ikke dette vært mulig å få til. Tusen takk til dere.

Takk til deg Morten Brodahl som har vært medforsker i denne studien. Dine innspill har hatt en stor betydning. Takk for at du ville være med. Jeg vil også takke min veileder Ragnfrid Kogstad ved Høgskolen i Innlandet. Jeg takker deg for din tålmodighet, innspill, støtte og for de lærerike veiledningstimene jeg fikk sammen med deg. Du har møtt meg på en god måte hele veien.

Takk til begge involverte tjenester og ansatte som har hjulpet meg. Spesiell takk til Maj Liss, Solveig, Lene og Marianne. Takk til alle mine fantastiske kollegaer for støtte og oppmuntring. Takk Liv Kirsti for god hjelp med korrekturen. Jeg vil også takke min leder, som har gitt meg tid og rom for å gjennomføre masterstudiet.

Takk til familie og venner. Sist, men ikke minst, en stor takk til Veeti og Per-Eivind, som har vært tålmodige og heiet på meg helt til jeg kom i mål.

Hamar, 30. april 2018

Rita

Innhold

FORORD	3
INNHold	4
NORSK SAMMENDRAG.....	7
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	8
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN	9
1.1.1 <i>Overveielser før studien</i>	12
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	13
1.3 FORSKNINGSDESIGN	14
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	14
1.4.1 <i>Bruker</i>	14
1.4.2 <i>Behandler</i>	14
1.4.3 <i>Psykisk helsearbeid</i>	15
2. TEORETISK BAKGRUNN FOR TEMA OG TIDLIGERE FORSKNING.....	16
2.1 ET PSYKISK HELSE PERSPEKTIV	16
2.2 OM TJENESTENE	19
2.3 PSYKISK HELSEARBEID OG BRUKERNES TANKER OM GOD HJELP	20
2.4 RELASJONENS BETYDNING I PSYKISK HELSEARBEID.....	21
2.5 BRUKERMEDVIRKNING.....	21
2.6 SYSTEMATISK INNHENTING AV TILBAKEMELDINGER.....	24
2.6.1 <i>Feedback</i>	24
2.6.2 <i>Deliberate practice – å utvikle seg som behandler</i>	26
2.6.3 <i>FIT</i>	27

2.6.4	<i>Tidligere forskning på erfaringer med FIT</i>	29
3.	METODE	32
3.1	FILOSOFISKE RØTTER I FENOMENOLOGI OG HERMENEUTIKK.....	32
3.2	KVALITATIV STUDIE.....	33
3.3	FORSKE I EGET FELT.....	34
3.4	DATAINNSAMLING.....	35
3.5	INFORMANTENE OG DERES ERFARINGER MED FIT.....	37
3.6	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE.....	38
3.7	TRANSKRIBERING.....	40
3.7.1	<i>Overveielser i forhold til intervjuer og transkribering</i>	41
3.8	ANALYSE.....	41
3.8.1	<i>Fra villnis til temaer og kodegrupper</i>	42
3.8.2	<i>Kondensering</i>	43
3.8.3	<i>Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelse og begreper</i>	44
3.9	FORSKNINGSETIKK.....	44
4.	RESULTATER	47
4.1	ET MØTE MELLOM TO MENNESKER.....	48
4.1.1	<i>Brukerens kart viser veien</i>	49
4.1.2	<i>Brukerens betydningsfulle rolle</i>	50
4.1.3	<i>Behandler som et medmenneske</i>	52
4.2	FORSTÅELSEVERKTØY.....	53
4.2.1	<i>Verktøy for samarbeidet kontra bare registrering</i>	53
4.2.2	<i>Setter på sporet</i>	55
4.2.3	<i>Bevisstgjøring på tanker og prosess</i>	56

4.3	DEN SKUMLE SRS`N – VURDERINGEN AV SAMARBEIDET	58
4.3.1	<i>Et kritikkark.....</i>	58
4.3.2	<i>Utfordrer angsten for konflikt</i>	59
4.3.3	<i>Hvordan gjøre bruken av SRS tryggere.....</i>	60
5.	DISKUSJON	62
5.1	METODEDISKUSJON	62
5.2	DISKUSJON AV STUDIENS FUNN	66
5.2.1	<i>Brukermedvirkningens tydelige plass ved bruk av FIT</i>	67
5.2.2	<i>Verktøyets mange muligheter utnyttes bare hvis FIT gjøres til “brukerens verktøy”. 70</i>	
5.2.3	<i>Feedbackens natur kan gi økt forståelse for vanskene med SRS (opplevelse av timen)73</i>	
5.3	AVSLUTNING (KONSEKVENSER OG IMPLIKASJONER)	77
	LITTERATURLISTE	79

FIGUR OG TABELL: Et eksempel på FIT graf s. 28, Resultat tabell s. 48

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Vedlegg 2 Samtykkeerklæring

Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 4 ORS

Vedlegg 5 SRS

Vedlegg 6 Cut-off for ORS og SRS

Vedlegg 7 Svar fra Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

Antall ord: 26636 (s. 9-78)

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Krav og forventninger til kommunalt psykisk helsearbeid har vokst de siste årene. Det er et stort behov for å finne effektive behandlingsmetoder og oppnå resultater. Brukermedvirkning er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene, men er utfordrende å forankre i behandleres tenkning og samhandlingsrelasjon med brukeren. For å sikre brukermedvirkning anbefales FIT (Feedback Informed Treatment) for innhenting av systematiske tilbakemeldinger fra brukeren. Bruk av FIT vokser stadig, men brukererfaringer med dette verktøyet er forholdsvis lite forsket på.

Hensikt: Denne studien fokuserer på brukererfaringer med FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste. Hensikten er at disse erfaringene kan gi økt kunnskap og forståelse for hvordan brukeren erfarer sin innflytelse ved bruk av FIT, hvordan det er for brukeren å bruke dette verktøyet, og for eventuelle utfordringer ved bruken av det. Jeg ønsker at resultatene kan være til hjelp for behandlere som bruker FIT og kan bidra til enda bedre tjenester for brukere i fremtiden.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. Kvalitative studier bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Individuelle semistrukturerte intervjuer er anvendt som grunnlag for datainnsamlingen, i den hensikt å få tilgang til brukernes subjektive erfaringer med FIT. Til sammen deltok 10 informanter fra to forskjellige kommuner i studien. Systematisk tekstkondensering ble benyttet som analysemetode.

Resultater: Funnene viser at brukere i stor grad erfarer en god innflytelse i behandlingen ved bruk av FIT. Funnene beskriver verktøyet mange muligheter, men samtidig viser funnene at disse bare kan utnyttes hvis FIT gjøres til brukerens verktøy. Tilbakemelding på opplevelsen av timen (SRS) kan erfares som utfordrende. Funnene belyser hvordan brukeren erfarer disse utfordringene og hvilke behov brukeren har for at FIT kan erfares som nyttig.

Konklusjon: FIT kan være et nyttig verktøy for å øke og sikre brukermedvirkning i psykiske helsetjenester. For å oppnå hensikten med FIT kreves det mye av behandleren og systemet. I tillegg har brukere sine behov; god informasjon om verktøyet og aktiv bruk av tilbakemeldingene i behandlingen er avgjørende for at bruken kan erfares som nyttig. Disse behovene må behandleren kartlegge og hjelpe med.

Nøkkelord: psykisk helsearbeid, brukermedvirkning, brukererfaring, tilbakemelding og FIT

Engelsk sammendrag (abstract)

Background: Requirements and expectations for community mental health work have grown. There is a great need to find effective treatment methods and achieve results. Client involvement is meant to improve and secure service quality but is challenging to anchor in the treatment and therapist's interaction with the client. To ensure client involvement, FIT (Feedback Informed Treatment) is recommended in order to obtain systematic feedback. The use of FIT is growing steadily, but research about clients' experiences with this tool is limited.

Purpose: This study focuses on client experiences with FIT in a community mental health service. The purpose is to provide increased knowledge and understanding of how the clients experience their influence using FIT, how it is felt like for the clients to use this tool and which challenges they experience when using it. I hope that the results may be helpful for clinicians who use FIT and can contribute to better services for clients in the future.

Method: This is a qualitative study. Qualitative studies are based on approaches focusing on interpretation (hermeneutics) and human experience (phenomenology). Individual semistructured interviews have been used as the basis for data collection, with the purpose of gaining access to clients' subjective experiences with FIT. A total of 10 informants from two different communities participated. Systematic text condensation was used as the analytical method.

Results: The findings show that clients are largely experiencing a good influence in treatment using FIT. The findings describe the many possibilities of the tool, but at the same time, the findings show that the opportunities are utilized only if FIT is facilitated as the clients' tool. SRS - feedback on the experience of the hour, can be experienced as challenging. The findings illustrate how the clients experience these challenges and inform about what is needed for the clients in order to experience FIT as a good and helpful tool.

Conclusion: FIT can be a useful tool for increasing and ensuring client involvement in mental health services. To achieve the purpose of FIT, much is required from the therapist and the system. Additionally, users have their needs; good information about the tool and the active use of feedback in treatment is essential. Client's needs must be reviewed and assisted by the therapist.

Keywords: mental health, client involvement, client experiences, feedback and FIT

1. INNLEDNING

Bakgrunn for valg av tema for min studie er interesse og engasjement for brukermedvirkning i psykisk helsearbeid og i utviklingen av psykiske helsetjenester. I mitt arbeid har jeg også et ønske om at det jeg gjør sammen med brukeren er til hjelp. Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier i en kommunal psykisk helsetjeneste i Øst Norge. De siste tre årene har arbeidsplassen min gjennomgått store endringer. Det har blant annet blitt tatt i bruk et samarbeidsverktøy som heter FIT; Feedback Informed Treatment (KOR=klient og resultatstyrt praksis, er et tidligere brukt navn på FIT. Noen bruker fortsatt begrepet KOR, men i denne oppgaven brukes systematisk FIT). I løpet av den tiden jeg har brukt FIT i min praksis har jeg opplevd det som et bra samarbeidsverktøy, men jeg har også erfart forskjellige utfordringer ved bruken av det. Det har gjort meg nysgjerrig på hva brukere mener om å benytte dette verktøyet. Dette førte frem til at jeg valgte brukererfaringer ved FIT som et tema for min masteroppgave. Jeg kommer nå til å fortelle om bakgrunnen for temaet, forklare hensikten med studien og studiens problemstilling. I tillegg forteller jeg kort om hvordan jeg har tenkt å utforske temaet. Innledningen avsluttes med noen begrepsavklaringer.

1.1 Bakgrunn

Psykisk uhelse er et globalt problem som rammer i alle land (Ulland & Thorød, 2015). En rapport «Globale helseutfordringer – psykisk helse som global utfordring» viser at 1 av 2 til 3 mennesker vil oppleve å ha en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet (Holte, Siem & Vartdal, 2014). Depresjon vil alene utgjøre den største helsebelastningen i vestlige land i 2020 (Verdens helseorganisasjon, 2012). Utfordringer med psykisk helse kan ha store konsekvenser individuelt, men også på mange andre måter som for eksempel samfunnsøkonomisk. Det er altså mange grunner til å ha fokus på psykisk helsearbeid i tiden fremover.

Folkehelseinstituttets rapport «Psykisk helse i Norge» (2018) viser at psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen, og at disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. Denne rapporten viser at de vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. I rapporten skrives det om at det ikke finnes tegn til at psykiske lidelser øker hos de voksne i

Norge, men at det er en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som sliter med psykiske plager. (Ibid.)

Ut fra denne informasjonen virker det lite sannsynlig at det kommer til å bli mindre behov for psykiske helsetjenester i Norge i fremtiden. I tillegg øker befolkningsmengden. Det er en evig kamp om penger og prioriteringer. Psykisk helsearbeid må konkurrere med andre tjenester og områder for å få en del av de begrensede ressurser som er tilgjengelig. Dette har ført frem til at tjenester må kunne dokumentere resultater og de må bruke effektive metoder for å oppnå resultater.

Fra slutten av 70-tallet startet en kraftig nedbygging av institusjonskapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Kommunene fikk større ansvar for psykiske helsetjenester gjennom omfattende reformer og lovendringer. (Schjødt, Onsøien & Hoel, 2012, s. 18). «Psykisk helsearbeid i kommunen utgjør et bredt kunnskapsfelt og et mangslungent praksisfelt. Det er et relativt nytt fagfelt for kommunene og innebærer at prioriteringer, arbeidsområder, oppgaver og arbeidsmodeller fortsatt befinner seg i støpeskjeen» (Ibid., s.16) . Opptrappingsplanen for psykisk helse kom i 1998 da regjeringen så behov for å styrke det psykiske helsearbeidet. Den pågikk i ti år.

Det har blitt forsket på hvilke resultater Opptrappingsplanen har ført frem til. I forhold til kommuner har det blitt skrevet blant annet følgende:

Selv om kommuners kapasitet og arbeidsmetoder i det psykiske helsearbeidet har økt i perioden, tyder mye på at de kvantitative målene er blitt bedre oppfylt enn de kvalitative. Det betyr blant annet at det gjenstår arbeid med å forbedre innholdet i tjenestene. (Schjødt et al., 2012, s. 19)

Folkehelseinstituttets rapport «Bedre føre var» (Folkehelseinstitutt, 2011) sier at det er viktig å kunne vurdere om tiltakene kan implementeres slik de skal, om de virker og er nyttige og om folk ønsker dem.

Brukermedvirkning var et sentralt tema i Opptrappingsplanen. Evaluering viser at dette ikke er godt nok ivaretatt, og at brukermedvirkning er en forutsetning for at målene i Opptrappingsplanen nås (Kalseth, Pettersen & Kalseth, 2008). Brukere har lovfestet rettighet til å medvirke, brukermedvirkning er også et virkemiddel på flere nivåer; den har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 9).

Etter at Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) ble avsluttet har det ikke vært en helhetlig plan for dette feltet. Derfor så regjeringen behov for å lage en ny strategi. Strategi for god psykisk helse (2017-2022) «Mestre hele livet» kom. Strategien har en internasjonal forankring. Et av de overordnede mål er «Pasientens helse- og omsorgstjeneste» som innebærer sterkere involvering av brukere; både i behandlingen og utviklingen av tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I denne strategien står det at tjenestene må forbedre seg slik at de klarer å imøtekomme de individuelle behovene til folk bedre og at brukerne må involveres sterkere enn i dag. Stortingsmeldingene Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan har tiltak for å styrke brukerens rolle (Ibid.).

I mitt arbeid i kommunen møter jeg mennesker i alle aldersgrupper. Arbeidet varierer mye. Alle mennesker jeg møter er forskjellige og psykiske helseutfordringer varierer fra en person til en annen. Jeg har tenkt mye på utviklingen i feltet. Kommunene skal være rustet til å tilby gode tjenester når sengeplasser i spesialist helsetjenesten bygges ned og pasienter skrives raskere ut. Psykiske helseproblemer er utbredt i befolkningen og man skal ha rask og effektiv hjelp der man bor. Hvordan kan kommunale psykiske helsetjenester møte disse utfordringer på en god måte? Hvordan utvikle arbeidet slik at tjenesten er mer effektiv og virksom, og samtidig slik at brukerne opplever den som nyttig og slik at de har innflytelse over sin egen behandling?

For noen år siden fikk arbeidsplassen min en ny leder som introduserte FIT for hele tjenesten. FIT ble implementert og at alle fikk opplæring og veiledning til å bruke det. Jeg fikk høre at dette verktøyet skulle øke brukermedvirkning i praksis. Det hørtes bra ut og jeg likte tanken på å lytte mer til brukerens stemme. Jeg likte også tanken på å se om det jeg og brukeren gjorde sammen var til hjelp. Vi kunne sammen følge med på om brukeren fikk det bedre og hvis ikke kunne vi gjøre endringer i samarbeidet raskt. FIT skulle også bidra med tilbakemeldinger om hvordan brukeren opplevde samarbeidet og relasjonen. Verktøyet kunne være til hjelp på mange måter, tenkte jeg; både sikre kvaliteten og for å øke brukermedvirkningen. Men hva tenker brukere? Opplevs FIT som greit og nyttig for dem?

FIT blir brukt i mange land. I Skandinavia begynte interessen for FIT å spire allerede rundt år 2000 (Bargmann, 2017). I dag blir FIT brukt over hele verden, i mange ulike sammenhenger og med mange ulike brukergrupper. I 2005 foreslo Sosial og helsedirektoratet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005) at hjelpeapparatet systematisk innhenter brukererfaringer. En rapport

fra Helsedirektoratet (2011) tydeliggjør behovet for videre vurderinger av virkemidler til økt brukermedvirkning, og nevner FIT som et forslag. I «Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» (Helsedirektoratet, 2014) anbefales innhenting av systematiske tilbakemeldinger fra brukere for å sikre brukermedvirkning, og FIT anses å være den best dokumenterte metoden for dette. Regjeringens strategi for god psykisk helse anbefaler også FIT som en metode for å involvere brukere og for å benytte brukererfaringer til å forbedre tjenester i kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Norvoll (2013, s. 90) skriver at det har vært mer fokus på brukermedvirkning i psykisk helsearbeid den siste tiden, men forskning tyder fortsatt på at psykisk helsearbeid er «forankret i en diagnostisk tenkning og kultur som passiviserer heller enn aktiviserer brukere». Brukermedvirkning er ikke nødvendigvis en del av behandlernes «kliniske tenkning og samhandlingsrelasjon med bruker», men er heller en «overfladisk tenkning som taper terreng i møte med medisinske behandlingsmetoder» (Ibid., s. 91). Gjør FIT noen forskjell, tenkte jeg. Opplever brukere at de har mulighet til å påvirke i sin behandling ved bruk av FIT? Opplever brukere medvirkning i samarbeidet med behandleren?

Tankene rundt FIT vandret frem og tilbake i hodet mitt og gjorde meg mer og mer nysgjerrig. I 2016 søkte jeg permisjon for å ta masterstudie i psykisk helsearbeid. Jeg ville finne ut mer om dette. Det ble klart for meg at jeg måtte snakke med brukere for få frem deres erfaringer med FIT. Denne studien har gitt meg mulighet til å undersøke dette temaet hos brukerne fra to kommuner på Østlandet.

1.1.1 Overveielser før studien

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og min arbeidsplass gjennom mange år har vært i kommunen. Jeg bruker selv FIT i mitt daglige arbeid. Min bakgrunn farger mine tanker og hvordan jeg ser på det psykiske helsefeltet, dens utfordringer og mulige løsninger. Mitt ønske i denne studien er å belyse informantenes erfaringer på en best mulig måte. Jeg har et ønske om å være åpen for ny informasjon og forståelse. Dette innebærer å være åpen for både de gode erfaringene og de erfaringene informantene har opplevd som negativt; for alle innspill. For å få til dette prøver jeg å skrive ned arbeidet jeg har gjort så nøyaktig og godt jeg kan, slik at det blir transparent for leseren.

I tillegg har jeg hatt med meg en medforsker. Dette fordi jeg studerer et verktøy jeg selv bruker i jobben min. Dette utfordrer forskerrollen min. Malterud (2017) mener at selv om jeg prøver

å legge fra meg min forståelse og engasjement, vil deltakerne og dialogen være preget av det. Jeg håper at det å arbeide sammen med en medforsker er en god vaksinasjon mot blind selvopptatthet og som kan bidra til større pålitelighet. Han har jobbet som erfaringskonsulent i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Han har tidligere vært erfaringskonsulent på min arbeidsplass, og har derfra kjennskap til FIT og hvordan dette verktøyet brukes i praksis. Hans egen erfaring og kunnskap til verktøyet gjorde at jeg spurte han om å bli med i min studie. Jeg tenkte at for en som ikke har noe kunnskap om FIT kunne medforskerjobben vært vanskelig. Mitt ønske er at han er med i hele prosessen, fra å utforme intervjuguide og intervjuer, til å analysere og tolke resultater. Jeg håper at hans deltagelse kan bidra til et friskt blikk fra et brukerperspektiv.

1.2 Hensikt og problemstilling

Bruk av FIT vokser stadig; både i Norge og internasjonalt. Jeg mener at det er viktig å få frem flere brukererfaringer. Hensikten med studien min er å få økt kunnskap og forståelse for brukeres erfaringer ved bruk av FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste. Jeg ønsket å studere nærmere på:

Har brukere noen erfaringer med innflytelse/medvirkning ved bruk av FIT? Hva slags? Hvordan erfarer de betydningen av dette?

Hvordan erfares behandling basert på bruken av FIT? Erfares FIT som nyttig eller ikke? Eventuelt hvorfor?

Er det noe som brukere erfarer som vanskelig ved bruk av FIT? Eventuelt hvorfor? Er det noe som kan gjøres for å løse det?

Jeg ønsker at resultatene fra denne studien kan være til hjelp for behandlere som bruker dette verktøyet. Jeg ønsker også at resultatene kan øke forståelsen rundt FIT slik at brukere kan få bedre tjenester i fremtiden. For å oppnå hensikten har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hva slags erfaringer har brukere ved FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste?»

1.3 Forskningsdesign

Dette er en kvalitativ studie. Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Den Nasjonale forskningsetiske komiteen, 2010). Jeg har undersøkt hvordan brukere ved to kommunale psykiske helsetjenester erfarte bruken av FIT. Datamaterialet består av 10 semistrukturerte intervjuer. 8 informanter var kvinner og 2 var menn. Intervjuene har blitt gjennomført i to kommuner; 6 i kommunen hvor jeg jobber og 4 i en annen kommune. Medforskeren har gjennomført to av intervjuene i kommunen hvor jeg jobber. Tre av intervjuene ble gjennomført på telefon. Jeg har transkribert intervjuene selv. I analysen har jeg brukt systematisk tekstkondensering slik Malterud (2017) presenterer det i boken «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag». Diskusjonen tar utgangspunkt i relevant teori og tidligere forskning i forhold til studiens problemstilling.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Bruker

Det finnes flere aktuelle begreper som kan brukes, men for å få til en samlet og lett forståelig helhet har jeg i denne studien valgt å bruke begrepet *bruker* som viser til mennesker som mottar psykiske helsetjenester. Begrepene bruker, klient og pasient blir brukt både i litteraturen og forskningen. Mye av litteraturen om FIT bruker begrepet klient. Jeg er vant til å bruke begrepet «bruker». Det er også mye brukt i feltet. Eksempler på dette er brukervedvirkning, brukerstyrt og brukerorganisasjon. Jeg bruker også begrepet informant når jeg henviser til de som deltok i denne studien.

1.4.2 Behandler

I min arbeidshverdag er jeg vant med å høre flere begreper som brukes synonymt; behandler, terapeut, kontaktperson, veileder, koordinator og konsulent. I intervjuene brukte informantene mest begrepet *behandler* og jeg velger også å bruke det i denne studien. Behandler er profesjonsnøytralt og er sånn sett et bra begrep. De ansatte i kommunen som informantene hadde kontakt med hadde forskjellige yrkesbakgrunn. En behandler kan være hjelpepleier,

sykepleier, sosionom eller psykolog, for å nevne noen. Jeg håper at dette valget medfører en god flyt i teksten og gir et helhetlig inntrykk.

1.4.3 Psykisk helsearbeid

I denne studien bruker jeg hovedsakelig begrepet psykisk helsearbeid. Mitt hovedfokus har vært å studere erfaringer i konteksten kommunalt psykisk helsearbeid. I FIT (Feedback Informed Treatment/Feedback Informerte Tjenester) litteratur/forskning blir det ofte brukt begrepet psykoterapi. *Psykoterapi* har lange tradisjoner. Legen Sigmund Freud forklarte psykiske utfordringene ut fra et psykoanalytisk perspektiv. På grunn av sitt utgangspunkt assosieres psykoterapi ofte til lege- og psykologprofesjoner. Psykoterapi prøver å bedre mental helse, følelsesmessige eller atferdsmessige utfordringer hos et menneske, og bruker forskjellige tilnæringsmetoder og teknikker for å rette på disse problemene (Psykoterapi, 2018). Bargmann (2017, s. 21, egen oversettelse) avklarer dette begrepet i sin bok om FIT ved å definere psykoterapi «som arbeid igjennom samtale og relasjon med formålet å hjelpe personen med psykisk smerte eller psykiske problemer». *Psykisk helsearbeid* er et nyere begrep. I Norge ble dette begrepet brukt blant annet i Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og Helsedepartementet, 1997). Opptappingsplanen så nødvendigheten av å forstå mennesket helhetlig innenfor sin kontekst og alle tiltak, både individrettede og sosial/miljørettede, som skal bedre den psykiske helsen ble inkludert i dette arbeidet. Det ble også vektlagt at forskjellige profesjoner med ulike tilnæringer måtte samarbeide for å sikre individuelt tilpasset hjelp for den enkelte. Dette åpnet for at andre profesjoner enn leger og psykologer ble en større del av det psykiske helsearbeidet. (Sosial og Helsedirektoratet, 2005)

I den nye Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) blir det gitt noen forklaringer til sentrale begreper som psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser. Psykisk helse blir i denne strategien brukt som et overordnet begrep som omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet, til psykiske plager og lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Med bakgrunn i dette forstås psykisk helsearbeid i denne oppgaven som et bredt kunnskaps- og praksisfelt. Psykoterapi og psykisk helsearbeid forstås som begreper som går over hverandre, og omfatter forskjellige måter å hjelpe mennesker på. Samtidig kan psykisk helsearbeid sies å være bredere, siden det også tydelig inkluderer arbeid med sosiale faktorer og et kontekstuellt perspektiv.

2. TEORETISK BAKGRUNN FOR TEMA OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet presenteres teoretiske perspektiver, forskning og verdigrunnlag som er relevant for denne studien og som kan belyse resultatene. Denne studien har sitt utgangspunkt i psykisk helsearbeid og dette er et overordnet teoretisk perspektiv for oppgaven. Andre temaer som blir nærmere utdypet er kommunalt psykisk helsearbeid, brukermedvirkning, feedback, deliberate practice, FIT og tidligere forskning knyttet til erfaringer med FIT.

2.1 Et psykisk helse perspektiv

Det finnes flere definisjoner av psykisk helse og det viser bare at det er et utfordrende begrep å definere. Når en person har det vanskelig psykisk brukes ulike begreper, som for eksempel at en har psykiske helse plager, psykiske helseutfordringer, psykiske funksjonshindringer eller psykiske lidelser/sykdommer. Ut fra to hoved kunnskapstradisjoner i feltet kan man dele dette i to; det naturvitenskapelige-medisinske perspektivet (lidelser som objektive størrelser) og det kontekstuelle perspektivet (lidelser i den sammenhengen de oppstår i) (Ørstavik, 2008).

Sykdomstradisjonen har lenge vært dominerende i det psykiske helsefeltet gjennom sine forklaringer (diagnoser) av psykiske sykdommer. Helse blir sett som fravær av sykdom. En begrunnelse for dette perspektivet kan finnes i utsagnet: «Diagnoser kan være berettigede som dokumentasjon ut fra forvaltningsmessige hensyn og de kan være nødvendige i kommunikasjonen mellom fagfolk, og praktiske og økonomiske ressurser kan avhenge av dem» (Vedeler, 2016). Sykdomsmodellen kan være nyttig og nødvendig modell for å forklare mennesket kroppslig, men flere stiller spørsmål om den er tilstrekkelig eller fullverdig for å kunne forklare eller forstå menneskets psyke eller sjelsliv (Karlsson & Borg, 2013; Wampold & Imel, 2015).

Noen mener at et biokjemisk perspektiv på mennesket kan virke dehumaniserende og reduksjonistisk (Bøe & Thomassen, 2007). I denne modellen er det den profesjonelle som identifiserer problemet med den psykiske helse. Fagpersoner kan diktere hva galskap er og skille mellom det syke og friske (Karlsson & Borg, 2013). Dette har ført til at det har blitt et skille mellom behandleren og brukeren, og egen kunnskap og erfaringer har blitt nedvurdert,

mener Karlsson & Borg (2013). Sett fra en annen vinkel kan man tenke at nettopp reduksjonismen også kan ha noen fordeler. Det kommer hele tiden ny kompetanse som gjør at detaljkunnskapen på mange områder blir større og større (Gjernes, 2004).

Medikamentell behandling av psykiske lidelser har vært og er mye brukt. Dette er et omdiskutert område med tanke på fordeler, ulemper og den faktiske effekten (Gøtzsche, 2014, 2015; Opjordsmoen, 2016; Røssberg & Andreassen, 2018; Whitaker, 2014). Den medisinske modellen har bidratt til forståelsen av psykiske lidelser, men ser ut til å ha mange utfordringer også.

Flere psykiske lidelser har blitt sett som kroniske tilstander ut fra det biomedisinske perspektivet. Etter hvert har det vært en bevegelse fra sykdomstenkning mot bedringstenkning (recovery). Med økt fokus på recovery har oppfatningen om at lidelsene er kroniske blitt svekket (Andersen, 2018). «På 2000-tallet har «bedringsorientert psykisk helsepraksis» blitt et akseptert begrep som bl.a. kommer til uttrykk i nasjonale standarder og retningslinjer» (Haukland, Hummelvoll, Langseth & Sagatun Brukerstyrt, 2017, s. 7). Det har vært naturlig i den forbindelsen å sette fokus på hva bedring handler om. Kunnskapen om recovery er unik i den forstand at den har vokst fram fra menneskers personlige beretninger; hva som hjelper og hva som er viktig i bedringsprosesser (Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2015).

En mye brukt definisjon av recovery er beskrevet av William A. Anthony i 1993. Den har blitt oversatt til norsk og er følgende:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 10)

Behandleren kan bidra med støtte på veien mot bedring, men recovery i seg selv er noe personen opplever og jobber for selv. Hva som er den beste støtten fra behandleren kan variere, det finnes ikke en universal oppskrift som behandleren kan bruke. (Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2015, s. 9-10). Recovery handler om livet og hverdagen og skiller seg derfor ut fra de mye brukte medisinske termer (Karlsson & Borg, 2013).

Statlige føringer og nasjonale planer har hatt en innvirkning på hvordan forståelsen og tilnærmingen til psykisk helse har utviklet seg, og hvordan det har blitt anbefalt å behandle og møte psykiske helseutfordringer. Man kan selvfølgelig stille spørsmål om disse hjelper oss i praksis. Noen mener at bedring ikke handler om å følge nasjonale faglige retningslinjer for «best practice», men det handler heller om å følge brukerens egne retningslinjer og være lydhør overfor brukerens egne strategier og erfaringer med hva som hjelper best (Karlsson, 2016).

Etter hvert har vi fått mer og mer kunnskap om psykisk helse og faktorer som påvirker den. Samfunnsforhold er en av dem. Vi har fått en annerledes forståelse av psykisk helse, skriver Schjødt et al. (2012, s. 25) og fortsetter, «for her legges ikke dikotomien syk-frisk til grunn, men psykisk helse som en dimensjon der «syk» og «frisk» utgjør endepunkter på en skala, og der ingen av oss befinner oss på endepunktene, men beveger oss mellom dem». Begrepet psykisk helse blir mer bevegelig. «Det gir rom for å forsøke å beskrive hvordan biologiske, psykologiske, miljømessige og kulturelle faktorer har betydning for den fysiske og psykiske helsa, i tillegg til individets påvirkning på egen helse» (Schjødt et al., 2012, s. 25).

Det finnes altså flere måter å definere psykisk helse og psykiske utfordringer på avhengig av hvilket kunnskapssyn vi har og hvilke «briller» vi har på oss. Dette får konsekvenser for hvordan vi ser på psykiske helseutfordringer, hvordan vi møter og ser på brukeren, på hjelp, hva vi tenker kan være til hjelp og hvordan vi tilbyr hjelp og utøver den.

I boken til Andersen (2018) skrives det at begrepet psykisk helsearbeid har et tvetydig preg. Psykisk helsearbeid har idealer av å tenke og jobbe som har lange røtter i vestlige samfunn, men samtidig ønske om å utfordre og overskride disse. Psykisk helsearbeid blir definert som følgende:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø. (Ibid., s. 25)

2.2 Om tjenestene

Det offentlige psykiske helsearbeidet deles gjerne i to systemer; spesialisthelsetjeneste og kommunal psykisk helsetjeneste. Denne studiens informanter har vært i kontakt med den kommunale psykiske helsetjenesten. Psykisk helsearbeid er et relativt nytt fagfelt for kommunene og innebærer at prioriteringer, arbeidsområder, oppgaver og arbeidsmodeller fortsatt befinner seg i støpeskjeen, som innledningsvis nevnt (Schjødt et al., 2012).

Forskjellige lovverk, retningslinjer, veiledere og stortingsmeldinger lager grunnlaget, definerer og lager rammer for dette arbeidet. Veileder for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid skriver at ansvaret omfatter hele spekteret av psykisk helsearbeid; forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon (Helsedirektoratet, 2014).

En rapport forteller at flere kommuner opplever at de ikke er rustet til å ta imot brukere som blir utskrevet for tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten og det rapporteres om store forskjeller mellom psykiske helsetjenester i enkelte kommuner (Ose & Kaspersen, 2017).

I en artikkel i *World Psychiatry* skrives det om tiltak og praksiser som trengs for å ivareta den psykiske helsen i lokalbefolkningen i fire former; tilgjengelige tjenester som ivaretar befolkningens behov, tjenester som bygger på konkrete mål for hver enkelt og den iboende styrken som ligger i personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer, et tilstrekkelig støttenettverk i form av ulike tjenester og ressurser, og vektlegging av tjenester som er både evidensbaserte og recovery-orienterte. (Thornicroft, Deb & Henderson, 2016)

Norge bruker mye ressurser i en internasjonal sammenheng på helsetjenester (Helsedirektoratet, 2014). Derfor er det behov for å utvikle disse tjenester. Flere mener at det er lurt å utvikle tjenester slik at vi jobber oss bort fra den medisinske modellen og over til en mer psykososial forklaringsmodell, samt at det er viktig at tjenestene hovedsakelig ligger i kommuner (Aarre, 2010; Kinderman, 2014).

Regjeringens nye strategi for god psykisk helse vil at det kommunale psykiske helsearbeidet blir utviklet til «Pasientens helse- og omsorgstjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det er behov for sterkere involvering av brukere i behandlingen og utviklingen av tjenester (Ibid.).

2.3 Psykisk helsearbeid og brukernes tanker om god hjelp

Etter hvert, når fokuset på brukermedvirkning har økt, har det blitt forsket på hva brukerne ser som god psykisk helsehjelp og hvordan de beskriver en god hjelper. Ansatte som har bidratt til god hjelp beskrives som ærlige, kjærlige og som evner å samarbeide med brukeren (Larsen, 2011). Fagfolk som blir kritisert er de som representerer «vi som vet best» og som synes fastlåst i eksperttenkningen (Ibid.). Et bilde på en psykisk helsearbeider som skreddersyr løsninger på konkrete og situasjonsbestemte utfordringer, ivaretar forståelsen av en god profesjonell yrkesutøver slik brukere beskriver det (Andersen, 2018). Forskning på brukeres opplevelser tyder på at godt psykisk helsearbeid ikke bare kan være en rettlinjert og regelstyrt praksis. Yrkesutøveren må også vektlegge brukerens erfaringer med hva som hjelper og må fordre til dialog og skreddersøm slik at hjelpen oppleves som hjelpsom av den enkelte. (Ibid.)

Studier viser en tydelig kløft mellom den hjelpen brukere og pårørende opplever at de får, og den hjelpen de hadde ønsket seg, og at brukernes og pårørendes forståelse av hjelpsom hjelp skiller seg fra fagfolkenes forståelse (Klevan, 2017). Klevan sa i et intervju: «Brukere og pårørende etterspør hjelp som er rettet mot deres eksistensielle og praktiske behov og som tar hensyn til deres personlige erfaringer, historier og kontekster» (Skjeldal, 2017). En annen studie styrker tanken om at brukere og fagpersoner har ulike oppfatninger av hva god kvalitet er (Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise, 2013). Hjelpsom hjelp ser fremdeles ut til å defineres og utformes fra et profesjonelt perspektiv fremfor fra brukerens og pårørendes perspektiv, og hjelpen som tilbys samsvarer mest med en biomedisinsk forståelse (Klevan, 2017).

Det som kjennetegner gode tjenester beskrives av brukere som respekterende og dyktige fagpersoner, forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling, felles beslutninger, sosial kontakt, utviklingsmuligheter og ansvarsfrihet (Steinsbekk et al., 2013). En rapport fra verksted for Recovery-kunnskap «Skipper og los på samme skute» kommer frem til at det «Å bli tatt på alvor vil blant annet si at den kunnskapen og de erfaringene du har om deg selv blir respektert og likestilt med fagkunnskapen» (Haukland et al., 2017, s. 13). I tillegg kom det frem at brukere ønsker at det forventes noe av dem. «Å komme på bedringens vei fremheves det at man må arbeide aktivt med det selv, og at det er noe som krever vedvarende innsats» (Ibid., s. 13).

2.4 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid

Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid kan ses som solid forankret. Andersen (2018) refererer til Ljunberg, Denhov og Topor når han skriver om at hjelpende relasjoner har to dimensjoner. «*Den profesjonelle dimensjonen* tar utgangspunkt i at en person har behov for hjelp og blir en mottaker av omsorg og støtte, mens den andre personen har en tildelt rolle som profesjonell og tilbyderen av omsorg og støtte» (Ibid., s. 150-151). Dette skiller hjelperelasjonen fra andre relasjoner og gir hjelperelasjonen muligheten til å være hjelpsom. «*Den mellommenneskelige dimensjonen* tar utgangspunkt i at det skjer et møte mellom to personer, og dette møtet muliggjør helende prosesser i seg selv» (Ibid., s. 151). For at helende prosesser kan skje må det være en tilknytning mellom de involverte som overskrider rollene bruker og behandler. Disse dimensjonene er bundet sammen og de trenger gjensidig hverandre. «Disse dimensjonene kan betraktes som to forenende punkter langs en akse, der hjelpsomme relasjoner handler om bevegelser langs denne akse» (Ibid., s. 150). Det er vanskelig å forutse hvilke relasjoner som vil oppleves å være til hjelp. For å vite hvordan bevegelsen i denne akse skal styres, trengs det brukerens individuelle vurdering av hva som er hjelpsomt for henne/han. (Andersen, 2018; Ljungberg, Denhov & Topor, 2015)

Forskning på hva som virker i terapi styrker tanken om relasjonens store betydning i psykisk helsearbeid (Wampold & Imel, 2015). Med terapeutisk allianse refereres det til kvaliteten og styrken av samarbeidsrelasjon mellom bruker og behandler. I endringsarbeidet kan relasjon bli et viktig verktøy som kan brukes strategisk for å nå bestemte mål (Aamodt, 2014). Relasjonen er et gjensidig og interaktivt forhold der begge påvirker hverandre og innebærer at brukerens atferd i relasjonen med behandler ikke kan tolkes uten å ha for øye behandlerens påvirkning (Ibid.). Gjensidigheten og det mellommenneskelige i relasjoner er viktig, og begge parters delaktighet kan bli sett som en forutsetning for en relasjon.

2.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et av resultatene av den massivt økende kunnskapen om betydningen av kontroll og innflytelse over egen helse og eget liv (Schjødt et al., 2012). Brukermedvirkning kan deles opp i tre nivåer; individnivå hvor brukerens innspill blir tatt på alvor i utformingen av tilbudet, tjenestenivå hvor brukeren kan påvirke utformingen av psykiske helsetjenester og

systemnivå hvor brukergrupper kan påvirke utformingen av psykiske helsetjenester på et overordnet nivå (Bøe & Thomassen, 2007).

WHO sin «The Mental Health Action Plan» (Verdens helseorganisasjon, 2015) trekker frem noen viktige prinsipper i psykisk helsearbeid fremover, som for eksempel at mennesker med psykiske lidelser skal få muligheten til å ta ansvar og til å påvirke beslutninger som vedrører deres liv. Veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) beskriver krav og forventninger til kommunalt psykisk helsearbeid i lys av lovverk og nasjonale føringer. I veilederen vektlegges det spesielt at tjenestene skal organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv.

I følge Helsedirektoratet har brukere rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Tjenesteapparatet kan ikke velge å forholde seg til det eller ikke. Brukermedvirkning har, som nevnt innledningsvis, både en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. (Helsedirektoratet, 2017)

Det finnes flere innfallsvinkler til brukermedvirkning som fenomen. Empowerment, eller myndiggjøring, handler om å overføre makt fra fagfolk til brukerne av tjenester (Askheim, Starrin, Tengqvist & Winqvist, 2007). Empowerment ses ofte i sammenheng med brukermedvirkning og kan belyse noen av aspektene ved det. Empowerment har sine ideologiske røtter i opprør som handlet om å reformere eksisterende maktstrukturer i 1960-tallet (Forsberg, 1997). Empowerment kan gjenkjennes i den kampen hvor ulike tjenestebrukere i Norge har kjempet for å oppnå rettigheter til medvirkning og innflytelse som resten av befolkningen har hatt, og i brukerorganisasjoners kamp om innflytelse (Storm, Rennesund, Jensen & Mikkelsen, 2009). Dette har vært viktig for å sette brukermedvirkning på agendaen i norsk helsepolitikk (Ibid.). I det psykiske helsefeltet kan brukermedvirkning betraktes som en strategi som styrker menneskers kontroll og innflytelse over utformingen av behandlingen (Storm et al., 2009). Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme utviklingen av empowerment blant annet ved å støtte brukerstyrt evaluering av behandlinger og tjenester, for eksempel ved bruk av FIT (Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2015).

Brukermedvirkning kan også knyttes til forbrukerperspektivet der brukeren ses å ha en kunderolle i møtet med helsetjenester. Dette baserer seg på verdier som autonomi og

selvstendighet. Tanken er at hvert menneske har kompetanse til å gjøre egne valg når det gjelder tjenestetilbud og behandlingstilbud, og gir brukeren av helsetjenesten makt gjennom denne formen for innflytelse (Storm et al., 2009). Ved bruk av FIT legges det grunnlag for å skape et tilbud som kan gi mest mulig nytte for den enkelte bruker. Brukermedvirkning i et perspektiv som dette vil kunne bidra positivt til behandlingseffektivitet og kvalitet (Ibid.).

Til tross for at vi har kunnskap om viktigheten av brukermedvirkning og oppfordringene til å tilrettelegge for dette, så tyder forskning på at brukermedvirkning ikke nødvendigvis er inkludert i behandlernes tenkning og samhandlingsrelasjon med brukeren (Norvoll, 2013). I artikkelen «Brukermedvirkning - en utopi?» (Donovan, 2007), spørres det om det norske helsevesenet er klar for å imøtekomme kravet om økt innflytelse fra brukere, eller om det først er behov for et paradigmeskift hvor man fokuserer definisjonen av «ekspertrollene». Ca. 70% av landets kommuner mener at de sikrer brukermedvirkning innen rus- og psykisk helsefeltet, men bare 44% svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer i løpet av de siste 12 månedene (Ose & Kaspersen, 2017).

Storm et al. (2009) beskriver faktorer som påvirker gjennomføringen av brukermedvirkning, og fremhever hjelperens fagkunnskap og en genuin interesse for brukerens behov. I praksis må behandleren være åpen for å snakke om og reflektere over brukerens vurderinger og ønsker. Holdninger, roller og makt påvirker kommunikasjonen. «En betingelse for «sammensnakk» er en felles virkelighetsforståelse hos deltagerne, at de kan se hverandre som hele mennesker og opplever meningsfullhet ved å dele erfaringer» (Ibid., s. 39). Dialogen åpner for at brukerens erfaringsbaserte kunnskap om egen livssituasjon kan komme til uttrykk (Bøe & Thomassen, 2007, s. 39).

Noen mener at bruker og behandlerroller aldri kan likestilles fullstendig fordi behandleren til slutt har et juridisk ansvar for behandlingen, for å sikre brukerens beste (Storm et al., 2009). Fra et annet perspektiv viser det seg at norsk politikk og lovverk ikke samsvarer med FN-konvensjonen som omhandler rettighetene for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), en konvensjon som er ratifisert av Norge og som sier at ingen i prinsippet kan fratras sin samtykkekompetanse (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2015). I psykisk helsearbeid har vi eksempler på at helsehensyn settes mot autonomihensyn. Makt kan påvirke gjennomføringen av brukermedvirkning i praksis. Makt kan være både krenkende og myndiggjørende. Ved å erkjenne maktforholdet kan den som har makten bli ansvarliggjort for

hvordan makten utøves (Beston, Holte, Eriksson & Hummelvoll, 2005). Når brukeren gis makt for å hjelpe seg selv kan dette aktivere til å ta ansvar for eget liv (Storm et al., 2009). Ledelsen har også ansvar i tjenestene for å sette brukermedvirkningen på dagsorden, og hjelpe med realiseringen av det (Ibid.).

2.6 Systematisk innhenting av tilbakemeldinger

Denne studien handler om FIT som er et verktøy for systematisk innhenting av tilbakemeldinger i behandling. Det finnes også andre verktøy for dette, eksempelvis COMPASS, OQ-Analyst, PCOMS, TOP, STIC, Core-OM og HoNOS (Amble, 2016). Fokus for utviklingen av FIT har vært å måle fortløpende og regelmessig brukerens opplevelse av effekt og opplevelse av den terapeutiske alliansen (Bargmann, 2017). Dette gir behandleren mulighet for å følge brukerens opplevelse av endring og gjøre justeringer og tilpasninger av behandlingen underveis (Ibid.).

2.6.1 Feedback

Tilbakemeldinger (feedback) er noe vi mennesker gir hverandre på ulike måter i mange sammenhenger. En viktig del av FIT (Feedback Informed Treatment) handler om utveksling av tilbakemeldinger mellom bruker og behandler ved bruk av ORS og SRS. En norsk psykolog og spesialist i klinisk psykologi, Guro Øiestad, har skrevet bøker om feedback. Øiestad (2011) mener at feedback handler om å se andre og samtidig gi det man ser tilbake på en måte som skaper bekreftelse og vekst. Gjennom tilbakemeldinger fra andre kan vi utvide kunnskapen om oss selv og få muligheter til å utvikle oss, men det kan være vanskelig å gi gode tilbakemeldinger og å ta imot dem, fordi dette krever bevissthet og mot (Ibid.).

Øiestad (2011) presenterer ulike former for feedback. Positiv feedback kan gis i form av anerkjennelse av opplevelser ved lytting. Å vise at vi prøver å forstå den andres reaksjoner kan gi rom for utforskning og støtte personlig utvikling. Feedback kan også gis i form av å sette ord på opplevelser og ved å se på nyanser som kan utvide opplevelsen. Å vise respekt for andres meninger og synspunkter er å gi indirekte feedback på. Å oppleve at egen vanskelige situasjon blir respektert, tatt imot og reflektert tilbake, kan gi en opplevelse av verdighet. God

feedback kan også stimulere tiltroen til en selv. Tiltro er videre et grunnelement i motivasjon og økt mestring, som igjen gir økt følelse av mening. Positiv feedback som treffer kan slik sett bidra til å få tak i og stimulere den andres ressurser. (Øiestad, 2011)

Vi kan være engstelige til å tørre å formidle noe om oss selv eller om andre. Øiestad (2006) har samlet noen mulige forståelser av angsten for å gi kritiske tilbakemeldinger; utfordringer ved å være tydelig, angsten for forskjellighet, redselen for å miste besinnelsen, redselen for å såre andre, (overdreven) høflighet, tilbakeholdenhet av strategiske grunner og feighet/hensynsfullhet.

Det er en fin grense mellom empatisk tilbakemelding og invasjon når en gir feedback. Hvor grensen går er subjektiv og situasjonsavhengig, skriver Øiestad (2011). Hun poengterer viktigheten av å ha bevissthet om hvordan vi kan unngå invadering. Forskjellen handler om å slå fast noe kontra å påpeke noe, slik at den andre får muligheten til å nyansere eller utfylle (Øiestad, 2011). Den danske filosofen K.E. Løgstrup (2010) sier at vi ikke kan møte et menneske uten å holde en bit av hans/hennes liv i våre hender. Det tydeliggjør det ansvaret vi har for dialogen i samarbeidet, spesielt hvis en har makt over den andre.

Det er først når tilbakemeldingene fra brukeren får konsekvenser i praksis at ordene får sin kraft. Hvis dette ikke skjer, kan ord virke mot sin hensikt og oppleves respektløs og sårende. (Øiestad, 2011) Øiestad skriver også om hverdagsløgn som «lim» i sosiale situasjoner. Dette brukes for ikke å såre andre eller for å beskytte oss selv. Hun mener at hverdagsløgn inngår blant vanlige høflighetsnormer og i kunsten å gi feedback.

Det er viktig å uttrykke et ønske om tilbakemeldinger eller å formulere et behov for det. Dette fordi det vekker lysten til å gi tilbakemeldinger. En gjør seg litt sårbar ved å fortelle til den andre om sitt behov for tilbakemeldinger, hiver ned statusen sin og viser tillit og tiltro til den andres evne til å gi det. Det kan oppstå en likeverdighet, noe som kan bedre kommunikasjonen. (Øiestad, 2011).

Men når vi ber om tilbakemeldinger risikerer vi å få kritikk eller kritisk innspill. «Kritikk betyr «*vurderende granskning, bedømmelse, dom*», men korreksjon defineres som «*rettelse, forbedring*» (Øiestad, 2006, s. 43). Både positiv og konstruktiv feedback er viktig og det kan være nødvendig å få korreksjoner for å komme videre, lære og nå målene.

Når korreksjon gis sammen med tips om alternative handlemåter, blir tilbakemeldingen hjelpsom. Mennesker er følsomme for kritikk. Det kan lette vekke angsten for avvisning. Kritikk kan tolkes som en fare. Derfor kan vi fort gå i forsvar. For å unngå negativitet ved feedback kan vi ha fokus på å lytte og prøve å forstå tilbakemeldingen. Vi kan også utforske løsninger ved å spørre hva den andre ønsker eller trenger. Gode relasjoner forsterkes ved at partene tør å korrigere hverandre. (Øiestad, 2006)

2.6.2 Deliberate practice – å utvikle seg som behandler

Tilbakemeldinger har også fått en annen funksjon i psykisk helsearbeid når deliberate practice, ideen om ekspertiseutvikling, ble koblet inn. Deliberate practice har sin opprinnelse i Ericssons og kollegaene hans studier om hvilke metoder de beste profesjonelle musikerne brukte for å oppnå topp prestasjoner (Rousmaniere, 2017). Ericsson, som er en av verdens ledende forskere på fremragende prestasjoner, definerer begrepet følgende: «The individualized training activities specially designed by a coach or teacher to improve specific aspects of an individual's performance through repetition and successive refinement» (Ericsson & Lehmann, 1996, s. 278-279).

Denne type målrettet, hensiktsmessig eller gjennomtenkt øvelse har en klar intensjon om fremgang, men effekt på læring skjer ikke uten at tilbakemeldingene blir integrert i en refleksjon hos behandleren (Valla, 2014). For maksimalt utbytte av tilbakemeldinger må det trenes fullt konsentrert, noe som er anstrengende og begrenser varigheten av den daglige treningen (Ericsson & Lehmann, 1996). Miller, Hubble og Chow la merke til at deliberate practice manglet fra psykoterapi trening og begynte å tenke på hvordan dette kunne brukes til å øke behandlernes effektivitet og resultater (Rousmaniere, 2017). Rousmaniere har skrevet en bok om hvordan dette kan gjøres i praksis. Systematiske tilbakemeldinger fra brukere er et grunnelement i treningen for å kunne identifisere hva man må forbedre, og prøving og feiling er nødvendig i denne prosessen. En god veileder blir også nevnt som viktig (Rousmaniere, 2017). Ved å endre innstilling til læring og prestasjoner på denne måten kan man utvikle seg til en bedre behandler. Valla (2014) skriver at det også er mulig å forbedre organisasjoner basert på tilbakemeldinger fra dem som mottar tjenester og ved å være opptatt av resultater. I denne oppgaven defineres deliberate practice som «*målrettet reflektert praksis*».

2.6.3 FIT

FIT (Feedback Informed Treatment) har sitt utspring i USA og er utviklet av Barry Duncan og Scott D. Miller og deres samarbeidspartnere. FIT bruker The Partners of Change Outcome Management System; PCOMS (Miller, Duncan, Sorrell, Brown & Lambert, 2005). Det var viktig for utviklerne at FIT skulle være valid, reliabelt, brukervennlig og rask å bruke (Miller et al., 2005). FIT bygger ikke på en bestemt terapi, metode eller teknikk. Det er basert på nyere forskning om blant annet hva som skaper endring i behandling og hva som øker effekten av behandling (B. Duncan, Ystanes, Tuseth, Fjeldstad & Sparks, 2008). Duncan (2008) skriver at FIT sikrer brukermedvirkningen i tjenestene. Verdigrunnlaget baserer seg på at behandleren skal følge brukerens endringsteori, det vil si brukerens vurdering av hvordan behandling skal utformes og hva fokus skal være for å oppnå endring, samt å legge vekt på allianse og fremme fellesfaktorene (Ibid.).

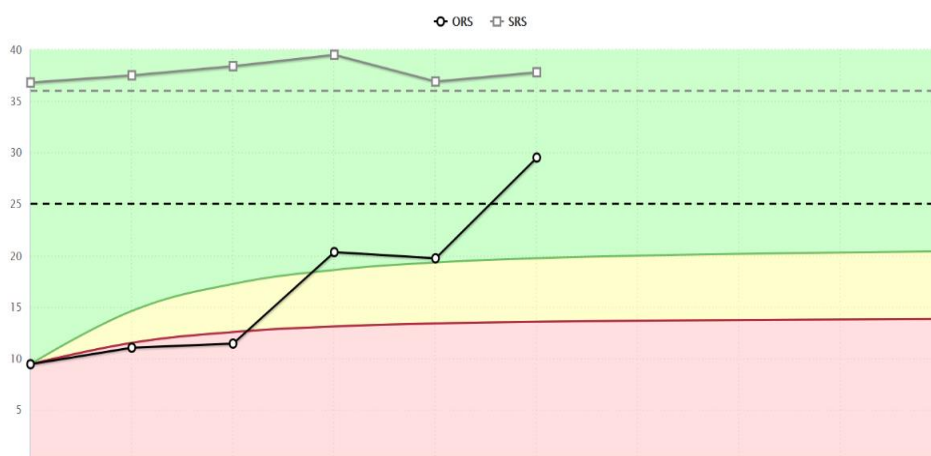
Klient og ekstraterapeutiske faktorer er faktorer som er uavhengig av behandlingen og inkluderer blant annet brukerens beredskap til endring, brukerens styrker og ressurser, funksjonsnivå før behandlingen, sosialt støttesystem, sosioøkonomisk status, personlig motivasjon og livsbegivenheter og bidrar med 80-87% til brukerens opplevde endringer under behandlingen (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

Fellesfaktorer, som også kalles for terapeutiske faktorer, har viset seg å være årsaken til psykoterapeutisk effekt på tvers av behandlingsmetoder og teknikker. De terapeutiske faktorene består av behandlingseffekter som representerer faktorer som oppstår i samarbeidet mellom behandleren og brukeren; terapeuteffekter (bidrar i behandlingen med 4-9%), allianseeffekter (5-8%), model- og teknikeffekter (1%) og håp, forventninger, placebo/tiltro (4%). (Bargmann, 2017)

Bargmann (2017) skriver at forskning igjennom de siste 40 årene har vist at psykoterapi har en stor effekt på å hjelpe mennesker med psykiske utfordringer; 80% av dem som mottar behandling klarer seg bedre enn de som ikke mottar behandling. Samtidig har det kommet forskning som peker på utfordringer, som for eksempel at effekten av terapi og behandling ikke har forbedret seg merkbart de siste 40 årene. Dette til tross for at det har blitt utviklet mange nye metoder. En del av forklaringen er dropout. Behandling har en stor effekt for de som blir i behandlingen, men det er en vesentlig andel som avbryter behandlingen og dermed ikke får den hjelpen de skulle hatt. En annen faktor som kan forklare situasjonen er, at

behandlere ikke klarer å identifisere brukere som blir hjulpet av behandlingen eller som får det verre mens de er i behandling. Dette bidrar til skjev bruk av ressurser i behandlingssystemet. Behandlere har også en tendens til å overvurdere hvor hjelpsomme de er. Ved bruk av FIT kan en følge med på alliansen og brukerens utbytte, noe som kan bidra til å fange opp risikoen for dropout, redusere negativ behandlingseffekt og hjelpe behandleren med å få øye på om de er hjelpsomme eller ikke. (Bargmann, 2017)

FIT er et verktøy for systematisk innhenting av tilbakemeldinger og består av to skalaer. Skalaene heter ORS (Outcome Rating Scale -som måler hvordan brukeren har opplevd å ha det den siste uken) og SRS (Session Rating Scale – som måler opplevelsen av timen med behandleren) (Se vedlegg 4 og 5). Skalaene kan legges inn i et dataprogram som viser en graf. (Bargmann, 2017) Her er et eksempel på hvordan grafen kan se ut:



Bilde 1: Dette bildet er et eksempel på hvordan ORS (nederst graf) og SRS (øverst graf) kan utvikle seg i behandlingen. Den nederste svarte stiplede linjen er cut-off grensen for ORS og den øverste for SRS. Her kan man se at brukeren lå under cut-off ved oppstart på ORS og har opplevd en bedring i løpet av behandlingen. ORS er ved avslutning på det grønne området. SRS ved oppstart var litt over cut-off og har gått litt opp og litt ned under behandlingen.

ORS-Outcome Rating Scale (den nederste grafen) måler endring/hvordan brukeren har opplevd den siste uken. ORS består av fire linjer; hvordan har jeg hatt det personlig med meg selv, mellommenneskelig (familie og de nærmeste), sosialt (arbeid, skole, venner) og generelt (Se vedlegg 4). Brukeren skårer ORS i begynnelsen av timen i forhold til hvordan den siste uken har vært. Cut-off er et effektmålingsredskap og klinisk cut-off for voksne på ORS er 25

(Vedlegg 6). Det røde området er den forventede behandlingsresponsen ved ikke suksessfull behandling. Det gule området representerer en utvikling som ikke gir en klar indikasjon av behandlingens effekt. Det grønne området er den forventede behandlingsresponsen ved suksessfull behandling. (Bargmann, 2017)

SRS-Session Rating Scale måler brukerens opplevelse av samarbeidet og alliansen. Mange bruker begrepet «samtalevurdering» om SRS, men jeg velger å bruke begrepet «en vurdering/opplevelse av timen», fordi kommunalt psykisk helsearbeid ikke bare består av samtaler. Behandleren ber brukeren om å fylle den ut i slutten av timen. SRS avdekker fire elementer av den terapeutiske alliansen; relasjon, mål og tema, tilnærming eller metode og generelt (Se vedlegg 5). SRS har en cut-off på 36 (Vedlegg 6). Skåring under 36 er en anledning til oppmerksomhet og samtale om alliansen. Lavere skår enn cut-off kan være uttrykk for at det er elementer i samarbeidet som skal justeres. (Bargmann, 2017)

Et elektronisk dataprogram bearbeider ORS og SRS statistisk, noe som gir muligheten til å sammenligne egne data med normen i databasen. Normen baseres på et stort og variert datamateriale. ORS ved første samtale gir en baselineskåre som gir utgangspunktet for å vurdere fremgangen over tid. De forventede forandringskurver, farget med rødt, gult og grønt, kan variere mye siden de er basert på den individuelle baselineskåringen. Kurver skal ikke si noe om lengden på behandlingen, det skal tilpasses individuelt i dialog med brukeren, men kan hjelpe til å avklare om forløpet er hjelpsomt for brukeren eller ikke. Sammen vil ORS og SRS grafene danne et mønster av fremgang eller tilbakegang og utvikling over tid. Disse kan utforskes for å sikre at brukeren får den hjelpen han eller hun ønsker. (Bargmann, 2017)

2.6.4 Tidligere forskning på erfaringer med FIT

Jeg har gjort et søk på publikasjoner rundt brukernes erfaring ved bruk av FIT. Jeg har fått hjelp av en bibliotekar på Høgskolen med å bruke relevante søkemotorer og finne tilpassende søkeord. Jeg har brukt databaser som ORIA, PsycINFO, CINAHL og Google Scholar, og søkeord som PCOMS, FIT, KOR (=tidligere navn på FIT), Partner for change outcome management system, feedback informed treatment, systematic client feedback, routine outcome monitoring, person centred therapy, experience, beliefs, attitudes, perspective, client og patient i ulike kombinasjoner. Ut fra de søk jeg har gjort ser det ut som dette er et område som er forholdsvis lite forsket på. Denne samme konklusjonen etter søket sitt gjorde også Lejon (2014).

Det er gjort flere randomiserte kontrollerte studier av FIT. Studier viser at bruken av FIT og systematiske tilbakemeldinger gir bedre resultater og bidrar til kortere behandlingstid (Amble, 2016; Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009). Studier av effekt er hovedsakelig kvantitative og sier derfor ikke noe om opplevelser for den enkelte bruker.

Det finnes flere studier på behandlernes erfaringer med FIT. Behandlere mener at verktøyet er nyttig men ser også utfordringer ved å bruke det, som for eksempel at mange brukere gir veldig høye skårer på SRS (vurdering av timen) (Austdal, 2015; Sundet & Johansen, 2012; Tuseth, Sverdrup, Hjort, Friestad & Regionsenter for barn og unges psykiske, 2006). Behandlerens holdninger kan påvirke utfallet og studier viser at det varierer hvor effektive tilbakemeldingsverktøy er avhengig av omstendighetene (De Jong, Van Sluis, Nugter, Heiser & Spinhoven, 2012; Lutz et al., 2015). Implementering har også mye å si. Hvis evalueringen mest ivaretar ledelsens intensjoner, kan brukere og behandlere oppleve at verktøyet ikke er så nyttig for dem (B. L. Duncan, 2010).

Jeg har funnet noen studier på brukernes erfaringer. En studie er knyttet til parterapi (Anker, Sparks, Duncan, Owen & Stapnes, 2011). I parterapi kan det være andre utfordringer med FIT enn i individuellterapi, og jeg går derfor ikke mer inn på den. I en forskning fra 2006 (Tuseth et al.) var hoveddelen av informantene behandlere, men det ble også kartlagt erfaringer fra 3 brukere. De var mødre til barn som hadde hatt tilbud innen BUP. Det ble stilt spørsmål om både negative og positive erfaringer med FIT. Brukerinformantene var gjennomgående positive til FIT. Informantene mente at FIT fungerte fremmede i forhold til å ta opp ting som kanskje ellers ikke ville blitt berørt på samme måte. De mente at FIT bidro til å se om de ønskede endringer hadde kommet og om behandlingsforløpet var på rett spor. Data baseres kun på tre informanter og det konkluderes med at det fortsatt er lite informasjon om brukernes erfaringer og at dette bør være et hovedfokus for videre studier.

En annen forskning (Sundet & Johansen, 2012) undersøkte hvordan brukere og ansatte ved en kommunal tjeneste beskriver bruken av FIT-skjemaer i familiesamtaler. Først ble en kvantitativ studie foretatt. 17 familier og 7 terapeuter besvarte denne. I tillegg ble det gjort fokusgruppeintervjuer med henholdsvis brukere (5 foreldre) og ansatte for seg. Konklusjonen ble at disse 5 foreldrene var fornøyd med FIT. FIT ble evaluert som et godt arbeidsredskap som gjorde at det var lettere å få frem sitt, en fikk gått i dybden og bidro til hjelpen de trengte. Samtidig ble det påpekt noen vansker knyttet til bruken av FIT. Dette kunne handle om at

skalaene ikke alltid passet til det en ville ta opp. Resultater bekrefter at foreldrene i all hovedsak gav ærlige svar på skalaene, samtidig som noen erkjentes at det ikke var lett å bruke SRS (opplevelse av timen). Det kom også frem at høye skårer på SRS er en utfordring for behandlere, til tross for at de prøver å vise at det er ønskelig å få lavere skåringer. En god dialog med behandleren ble sett som avgjørende for å være ærlig. Forhøyet ORS skår (opplevelse av den siste uken) kunne være utfordrende. Dette fordi det kunne være vanskelig å fortelle om hvor dårlig man egentlig hadde det eller at man ønsket å ta vare på behandleren. Resultatene viste at FIT hjelper til å unngå det overfladiske og at en fikk økt involvering i behandlingen.

Et prosjekt ble gjort i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på en døgninstitusjon i 2015 (Lejon & Wangberg, 2014; Wangberg et al., 2015). I en delstudie i dette prosjektet ble det gjort seks semi-strukturerte intervjuer av brukere (Lejon & Wangberg, 2014). Det ble spurt om informantenes forståelse av FIT, erfaringer med bruken av FIT og øvrige refleksjoner. Resultatene viste at brukere erfarte at FIT bidro til brukermedvirkning. De kunne påvirke hva som skulle være i fokus og hvordan behandlingen skulle foregå, og de så sammenhengen i sin behandling. Noen av informantene sa at de var redde for å komme i konflikt med sin behandler hvis de gav negativ tilbakemelding på behandlingen (SRS). De var redde for at behandleren tok dette som personlig kritikk. De var også redde for at ærligheten kunne gi konsekvenser (eksempelvis i forhold til permisjon). Konklusjonen var at som helhet erfares FIT som positivt, men bruken krever en god forståelse og en riktig bruk for at man skal oppnå intensjonene med verktøyet.

3. METODE

3.1 Filosofiske røtter i fenomenologi og hermeneutikk

Intensjonen med denne studien er at erfaringer fra informantenes livsverden skal øke forståelse og kunnskap om FIT (Feedback Informed Treatment). Jeg har valgt kvalitative forskningsintervju som metode. Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Den Nasjonale forskningsetiske komiteen, 2010). Det engelske ordet «experience» kan oversettes både som erfaring og opplevelse, men det er en forskjell mellom disse to ordene. Erfaring er den kunnskap eller viten man får gjennom egne opplevelser (Erfaring, 2015). Erfaring dannes når opplevelsen knyttes til tidligere erfaringer gjennom ofte ubevisst tankemessig bearbeiding (Ibid.) I denne studien er jeg interessert i denne erfaringsbaserte viten og velger derfor å bruke begrepet erfaring.

Hermeneutikken ble utviklet for å tolke og å forstå tekster. Hermeneutisk vitenskapsteori er ofte basert på Gadammers (1859-1938) skrifter og bøker (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Malterud (2017, s. 28) skriver at “den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse”. Hermeneutikken erkjenner at vi aldri møter verden helt forutsetningsløst. Vi bærer med oss en forståelseshorisont som påvirker hvordan vi forstår og fortolker verden. Forskerens tankemodeller, erfaringer og historie utgjør en forforståelse som vil være førende for kunnskapen som skapes (Malterud, 2011). Derfor vil det være viktig at jeg redegjør for min forforståelse med tanke på hvordan jeg forstår og tolker materialet fra informantene. Den hermeneutiske sirkelen representerer et viktig fortolkningsprinsipp. Man beveger seg fra helhet til del og vice versa. Thornquist (2003) beskriver den hermeneutiske sirkel som en dynamisk erkjennelsesprosess eller en vedvarende fordypning for økt meningsforståelse. Dette er grunnlaget for ny forståelse og dypere innsikt.

Fenomenologi er utformet av flere filosofer og en av grunnleggerne var Husserl (1859-1938). Husserl (1995) brukte begrepet fenomen for å vise til det som trer fram for personens bevissthet når noe skjer og oppleves. I *fenomenologien* er det informantenes egne perspektiver og beskrivelser av verden som står sentralt (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

Ved hjelp av det kvalitative forskningsintervjuet ønsker jeg å få frem en dypere forståelse av fenomener. Jeg er med andre ord ute etter livsverdenen til informanten eller verden sett fra informantens ståsted (Kvale, Anderssen & Rygge, 1997). En åpen dialog mellom forsker og informant trengs for å få frem denne typen informasjon (Tjora, 2012). Thornquist (2003) skriver om «epoché»; å sette egne fordommer og oppfatninger parentes, slik at ikke disse påvirker beskrivelsene som informantene kommer med. Man tilstreber å opptre forutsetningsløs slik at en møter fenomenet åpent, naivt og undrende for å beskrive dens fulle bredde og dybde (Hummelvoll et al., 2012; Hummelvoll & da Silva, 1996). Det vil være viktig at jeg er åpen og klarer å være tilbakeholden, slik at informantenes erfaringer med FIT kommer til uttrykk.

3.2 Kvalitativ studie

Kvalitative og kvantitative metoder er representanter av ulike tradisjoner. Thomassen (2006) mener at det grunnleggende skillet går mellom naturen, som vi kan forklare, og kulturen, som vi må forstå. Hensikten min var å forstå og beskrive informantenes erfaringer ved FIT, derfor har jeg valgt en kvalitativ metode for denne studien.

I kvalitativ forskning har forskeren en aktiv rolle som ikke er nøytral. Forskerens person påvirker både selve prosessen og de funnene som kommer frem. Derfor er det viktig å lete etter det jeg må kunne legge til side for å kunne gjengi deltakernes historie på en lojal måte (Malterud, 2017). «Å arbeide i en forskergruppe sammen med andre kan være god vaksinasjon mot blind selvpptatthet som ellers ubevisst farger det jeg leser ut av mine data» (Ibid., s. 42). Dette er en av grunnene til hvorfor jeg så det som nyttig å ha med meg en medforsker.

Den nasjonale forskningsetiske komiteen (2010) vurderer at kvalitative intervjuer er et velegnet verktøy når man ønsker å få frem menneskers oppfatninger ut fra eget perspektiv og med deres egne ord. Malterud (2017) skriver at når vi snakker med mennesker kan vi få direkte kjennskap til deres erfaringer. I denne studien har jeg brukt semistrukturerte individualintervjuer til datainnsamling. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak. «Lydopptak er velegnet når materialet består av samtaledata, men fanger ikke opp samtalens språklige og nærspråklige elementer» (Ibid., s. 73). For å ivareta dette har jeg prøvd å få med elementer som pauser og latter når jeg transkriberte intervjuene.

Målet mitt med datainnsamlingen var å få et rikelig datamateriale. Jeg bestemte ikke i forkant hvor mange informanter jeg skulle intervju, men ut fra andre tilsvarende studier så jeg at antallet kunne ligge på 6-10 stykker. Jeg evaluerte underveis hvor god informasjonsstyrke dataen hadde. Metningspunktet er et utbredt begrep, men Malterud (2017) mener at det er en logisk feilslutning å sikte mot fullstendighet. Hun refererer til Kuzels tommelfingerregel om at utvalget skal være passe stort for å belyse problemstillingen. Malterud (2017) mener utvalget heller ikke skal være for stort, dette for å kunne bevare oversikten over datamaterialet.

Malterud (2017, s. 83) skriver om analysen følgende: «Analysen består i å stille spørsmål til det empiriske materialet..., lese og organisere data systematisk i lys av dette med støtte fra relevant teori og gjenfortelle svarene på en forståelig og relevant måte». Hvis materialet ikke svarer på problemstillingen kan man justere den underveis. Kvalitativ analyse bygger på prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering (Ibid.).

3.3 Forske i eget felt

Når jeg valgte å forske i eget felt (kommunalt psykisk helsearbeid) var det noen aspekter som jeg måtte ta hensyn til. Kritisk blick på det man gjør og bevissthet over egen rolle er viktig. Jeg bruker selv FIT i mitt arbeid i kommunen. Malterud (2017) mener at forskerrollen kan bli uoversiktlig hvis man har interesse i å vise at det man forsker på fungerer eller at deltakerne skal bli fornøyde. Derfor vil jeg nå redegjøre for min forståelse av FIT.

Jeg har brukt FIT i ca. tre år. Jeg har tidligere jobbet både med rusproblematikk og med voksne som har hatt forskjellige psykiske helseutfordringer. I de siste 1,5 årene har jeg jobbet med barn og ungdom. Jeg har opplevd FIT som et nyttig verktøy med alle aldersgrupper. Uavhengig av problematikk og alvorlighetsgrad. Jeg har opplevd FIT som nyttig fordi jeg og brukeren har hatt et verktøy som har gjort det mulig å se på om brukeren opplever bedring. FIT har sånn sett hjulpet meg til å justere fokus og/eller andre elementer i samarbeidet. FIT har også vært nyttig for å få tilbakemeldinger på hvordan brukeren opplever samarbeidet, alliansen og det vi gjør sammen. I tillegg har FIT hjulpet meg med min fagutvikling. Jeg har også opplevd utfordringer ved bruken av dette verktøyet, og at hensiktsmessig bruk krever mye av meg .

På min arbeidsplass er det kontinuerlig fokus på FIT og at vi behandlere skal utvikle oss gjennom å bruke dette verktøyet. Vi har også gode veiledningsrutiner. Min opplevelse er at det tar tid å innarbeide FIT og at man også etter implementering er i en kontinuerlig læringsprosess. For meg er ikke FIT bare et verktøy. For meg handler bruken av FIT mye mer. Jeg tenker at det er enda viktigere å forstå det faglige grunnlaget for FIT, røtter (både teori og forskning) og hvordan FIT henger sammen med måten å tilby psykiske helsetjenester på, enn bare å kunne bruke selve verktøyet. Jeg mener at FIT-verktøyet alene ikke bidrar til bedre hjelp eller økt brukermedvirkning.

Jeg liker i utgangspunktet å stille kritiske spørsmål til min praksis. I denne studien har jeg vært spesielt sensitiv for utfordringer med FIT for at funnene ikke skal være for preget av mine erfaringer eller tenkning. Min interesse var ikke å kunne bevise at FIT er nyttig for brukere. Tvert imot tenker jeg at eventuelle “negative” erfaringer som kan komme frem kan bidra til læring og er verdifull kunnskap. Denne tenkningen har jeg hatt med meg slik at jeg har hatt fokus på å skape intervju situasjoner der det har vært rom og tilstrekkelig åpenhet for at deltakerne kunne komme med alle typer erfaringer.

Et kriterium når jeg har rekruttert informanter fra min egen arbeidsplass (i tillegg til en annen kommune) er at jeg ikke hadde vært behandler for dem som deltok i studien. Dette var ganske enkelt å utelukke siden jeg ønsket å rekruttere voksne over 18 år og jeg selv har den siste tiden jobbet med dem under 18 år.

3.4 Datainnsamling

For å få svar på problemstillingen var det viktig å finne kilde som var gyldig for temaet i denne studien. Jeg spurte fra lederen for min egen arbeidsplass om jeg kunne få tillatelse til datainnsamling og sendte inn forespørsel til en annen tilfeldig valgt kommune. Det eneste kriteriet for den andre kommunen var at de brukte FIT i sin psykiske helsetjeneste og at kommunen ikke ligget altfor langt unna med tanke på gjennomføringen av intervjuene. Det var viktig for meg å ha informanter også fra et annet sted enn min egen arbeidsplass med tanke på å få et bredere datagrunnlag.

Det ble sendt forespørsel til NSD/personvernombudet om tillatelse til å gjennomføre studie. De vurderte prosjektet og tilrådte at den kunne gjennomføres (Vedlegg 7).

Jeg rekrutterte informanter fra to kommuner som begge ligger i Øst Norge. I disse kommunene bor det ca. 17 000 og 21 000 innbyggere. Begge kommuner har en psykisk helsetjeneste som tilbyr hjelp for voksne som i denne studien var i fokuset. Tjenestene tilbyr blant annet individuelle samtaler, familie- og nettverksmøter, gruppetilbud, kurstilbud, ulike aktivitetstilbud og bistand hjemme og der det trengs. Det foregår også mye samarbeid med ulike instanser.

Personalet i begge kommuner består av mange yrkesgrupper; vernepleiere, hjelpepleiere, sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, miljøterapeuter og psykologer for å nevne noen. I tillegg er det ansatt noen erfaringskonsulenter. Ansatte har forskjellige stillingsstørrelser. Ansatte i begge kommuner har ulik fartstid i bruk av FIT.

I den ene kommunen ble FIT implementert i 2010, i den andre i 2016. I begge tjenester har implementeringen vært godt forankret i ledelsen fra starten av. I kommunen som startet å bruke FIT i 2010 har nesten alle ansatte vært på kurs hos Scott Miller og det er mange som har veilederutdanning i FIT. Det foregår både ukentlig gruppeveiledning og individuell veiledning med jevne mellomrom for alle ansatte. I tillegg jobbes det med ferdighetstrening (deliberate practice/se s.26) ukentlig. FIT blir brukt i alle ledd til å innhente feedback, respondere på det, utvikle ansatte og utvikle tjenesten. I den andre kommunen har 2 ansatte gått på kurs hos Miller. De fungerer som superbrukere, underviser og veileder de andre ansatte i tjenesten. Disse to har også gruppeveilederutdanning i FIT. Gruppeveiledning foregår en gang i uken. Tjenesten har ikke kommet i gang med individuell veiledning eller utvikling av behandlere ut fra deliberate practice tenkning.

Jeg laget et infoskriv (Vedlegg 1) om studien som ble sendt i posten til 15 tilfeldige tidligere brukere av tjenesten. Jeg fikk ingen svar innen tidsfristen på tre uker. En kollega av meg tok en ringerunde til dem som hadde fått brevet. To av dem ønsket å delta etter telefonsamtalen. Ved senere forsøk fikk jeg ikke noe svar fra den andre. Derfor hadde jeg bare en informant etter den første rekrutteringsrunden. Jeg vurderte å sende nye brev, men tiden gikk og jeg valgte derfor å bruke en annen metode. Jeg fikk min kollega til å ringe til brukere, enten aktive i tjenesten eller avsluttet innen rimelig tid. Det kan være både fordeler og ulemper ved både

aktive og dem som er avsluttet, men samtidig kan det være styrke å ha begge gruppene representert i studien. På denne måten fikk jeg rekruttert fem informanter.

Samtidig som jeg jobbet med rekruttering fra min arbeidskommune, jobbet jeg med å få rekruttert fra den andre kommunen. Jeg ringte til tjenesten og spurte om de var interesserte i å delta. Forespørselen ble vurdert i tjenesten og jeg fikk en kontaktperson jeg kunne samarbeide med. Jeg sendte infoskrivet til henne. Hun videreformidlet den i tjenesten og til slutt fikk jeg fire informanter. Alle intervjuene ble gjennomført i tidsperioden november-desember 2017. Deltagere har skriftlig takket ja til deltagelsen. Samtykke (Vedlegg 2) inkluderte også innsyn til deres FIT-graf.

3.5 Informantene og deres erfaringer med FIT

Informantene skulle være over 18 år. Aldersgruppen i denne studien var fra 20 til 55 år. To av informantene var under 30 år, tre var mellom 30 og 40 og fem var mellom 40 og 60 år. Jeg ønsket at informantene skulle være både menn og kvinner. Til slutt hadde jeg to menn og åtte kvinner.

Det varierte hvor mange ganger informantene hadde brukt FIT. Det varierte fra to til femti ganger. Gjennomsnittet for alle ti var 14 samtaler/ganger brukt FIT (frem til intervju tidspunktet). Siden ikke alle informantene hadde brukt FIT fra første samtale, kan gjennomsnittlig inntaks ORS (opplevelse av den siste uken - se s. 28/Vedlegg 4) være noe misvisende. De to som ikke startet å skåre på FIT fra første samtale, ville muligens hatt gitt noe lavere inntaks ORS om det var blitt gjort. Ut ifra kurvene var den på ca. 18. De laveste var på 2 og 5. Det var tre som lå mellom 10 og 20. Tre lå mellom 20 og 24. To lå over 25 da ORS ble brukt første gangen. Disse tallene viser at 8 av informantene lå under cut-off 25 ved oppstart av behandling. Dette betyr at de har opplevd å ha problemer i den omfang at de har hatt behov for hjelp. Desto lavere tall jo større er opplevelsen av utfordringene. Dette stemmer også med det informantene formidlet i intervjuene; noen hadde lettere psykiske helseplager og noen hadde sammensatte og langvarige problemer. Når intervjuene var gjennomført hadde noen avsluttet i behandling, mens noen fortsatt hadde kontakt med sin behandler. 7 hadde kommet på det grønne området, to var på det gule og en var på det røde.

SRS (opplevelse av timen - se s. 29/Vedlegg 5) kurven varierte mye. Tre hadde en jevn kurve med toppskåringer. Tre startet med en SRS på 36, men kurven jevnet seg fort til toppskåringer. To hadde inntaks-SRS under cut-off 36, men kurven jevnet seg fort ut til toppskåringer. En hadde SRS over cut-off ved oppstart, kurven varierte mye igjennom behandlingen, men var på topp på siste timen. En hadde SRS over cut-off ved oppstart, men lavere ved avslutning, som var etter den andre samtalen.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Jeg avtale intervjuet med informantene per e-post eller telefon og vi ble enige om hvor vi skulle møtes. Alle intervjuene ble gjennomført i kommunale lokaler, bort sett fra et som ble gjennomført på et brukerstyrt senter. Tre av intervjuene ble gjennomført på telefon etter ønske fra informanten på grunn av praktiske ting. Telefonintervjuene var vellykket. Jeg tok de opp på lydopptak slik som alle de andre intervjuene. Lyden var bra. Informantene fikk ikke intervju spørsmålene i forkant. Dette fordi denne muligheten for refleksjon over temaene på forhånd kan påvirke informantene slik at de ikke svarer helt spontant og forutsetningsløst. Intervjuene hadde en varighet på 50-70 minutter.

I begynnelsen av intervjuet presenterte jeg meg selv (eller medforskeren presenterte seg), gikk igjennom hovedpunkter i informasjonsskrivet, spesifiserte at deltakelsen var frivillig og at det var lov å ta pauser eller trekke seg når som helst hvis man ønsket det. Alle informantene gjennomførte hele intervjuet. Jeg fortalte at jeg ønsket at informanten kunne fortelle åpent om sine tanker og erfaringer med FIT. Hensikten var å skape en trygg og respektfull situasjon for informanten.

Jeg intervjuet 8 informanter selv. To av informantene ble intervjuet av medforskeren. Da satt jeg i samme rom for å høre samtalen. På slutten kunne jeg komme med noen fordypende spørsmål. En av disse informantene visste hvem jeg var, vi hadde en indirekte kobling gjennom jobben min, uten at informanten har vært min bruker. Medforskeren avklarte i slutten av intervjuet om det hadde vært bedre at jeg ikke satt der. Informanten mente det ikke hadde hatt noe å si. Det at jeg fikk høre samtalen medforskeren gjennomførte var nyttig for meg, men man kan også stille spørsmål på om det hadde vært bedre at medforskeren gjennomførte intervjuene uten meg til stede.

Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 3). Intervjuguide bestod av 6 åpne spørsmål. Hensikten var å sørge for bredde og relevans i forhold til temaet. For å unngå at forforståelsen skulle overdøve empirien (Malterud, 2017), skrev jeg den ned tidlig i prosessen. Jeg fikk min veileder og medforsker til å se på intervjuguiden og å komme med innspill og endringsforslag før intervjuene. Jeg gjorde ikke et pilotintervju, men var fleksibel i bruk av intervjuguiden underveis. Jeg opplevde at det fungerte bra. Jeg fikk frem spontane beskrivelser og temaer som ikke lå i intervjuguiden. Jeg rettet oppmerksomheten mot situasjonsbetingede ledetråder som på en fruktbar måte kunne være med på å belyse problemstillingen (Kvale et al., 2015).

Intervjuguiden gav et utgangspunkt for intervjusamtalen. Jeg fulgte den ikke der jeg vurderte at behovet for utfyllende svar allerede var dekket, eller hvis jeg vurderte at informanten kom med et tema som var interessant å følge opp videre. Jeg vektla å utforske informantens erfaringer. I samtalen brukte jeg forskjellige samtaleteknikker som refleksjoner, repetering og omskriving. Dette for å sjekke ut om jeg hadde forstått det informanten sa eller for å få en utdypning. Denne måten å gjennomføre intervjuene på gav en bedre rikdom og dybde i datamaterialet. Jeg jobbet mot å forstå informantenes erfaringer. Malterud (2017) fremhever at prosessen skal gjøres tilgjengelig for innsyn. Jeg gir derfor et eksempel fra et intervju:

B: Jeg var nok litt raus på tilbakemeldingene. Jeg synes at det var ubehagelig å svare på den og gi den rett til den personen. Det ble liksom ikke gitt anonymt, du ser på personen mens du gjør det. Da blir det veldig personlig. Hun så rett etter jeg hadde svart hva jeg hadde svart. Da følte jeg at jeg måtte forsvare meg hvis jeg hadde satt det ned et sted. Hun spurte aldri hvorfor jeg hadde skåret slik som jeg hadde gjort. Hva kom det her av liksom. Hun spurte ikke fordi jeg kanskje hadde tenkt at det var ubehagelig, men jeg kjente selv at jeg måtte si noe hvis jeg hadde skåret lavere.

J: Kan du si noe om hvorfor du opplevde at det var ubehagelig?

B: Fordi jeg skulle levere den til personen rett etterpå.

J: Du skulle gi den til behandleren din.

B: Ja, jeg var redd for å såre henne. Jeg var redd for at hun skulle tenke at hun ikke hadde gjort en god nok jobb.

J: Forstår jeg riktig at du på en måte så at det var en slags evaluering av behandleren?

B: Ja, det gjorde jeg.

J: Okei. Husker du hvordan hun presenterte den SRS delen til deg?

B: Nei, men jeg følte at jeg skulle evaluere henne som yrkesutøver. Det ble jo veldig synlig da med en gang jeg ikke gav topp skåring da, som jeg ofte gjorde.

Utdyping foregikk samtidig som de spørsmålene jeg stilte tilbake også kan ha styrt samtalen. Eksempelvis spurte jeg: «*Forstår jeg deg riktig at du på en måte så at det var en slags evaluering av behandleren?*» er mitt valg. Dersom jeg hadde vektlagt å gjenta «*At hun ikke hadde gjort en god nok jobb...*» kunne samtalen fått en annen retning. Dette viser at min rolle i intervjusamtalen var aktiv og at det jeg fanget opp fikk større plass.

I kvalitativ forskning har forskeren en aktiv rolle som ikke er nøytral. Det trengs en åpen dialog mellom forsker og informant for å få frem informantens livsverden, men samtidig spiller forskerens person inn. Vi møter aldri verden helt forutsetningsløst. Vi bærer med oss en forståelseshorisont som påvirker oss og det vi gjør. (Malterud, 2017) Selv om jeg var aktivt i dialogen med informanten vektlagte jeg å ikke krenke informantens selvforståelse, ved at min fortolkning kunne bli avkrefteet av informanten hvis den ikke stemte, og at informanten fikk mulighet til å forklare eller spesifisere det hun/han mente.

Jeg brukte også god tid hvis informanten var stille for ikke å presse frem svar på spørsmålene. Det å gi tid til informantenes fortellinger krevde å gi slipp på kontrollen, men samtidig måtte jeg være fokusert for å få informasjon om studiens hovedtema. Malterud (2011) mener at hvis intervjueren klarer å avvenne nysgjerrig når informantene forteller historier, som kan virke ut som avsporinger, kan man få verdifulle bidrag til ny kunnskap. Dette krever at intervjueren balanserer mellom fleksibilitet og styring.

3.7 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene ble transkribert av meg for å gjøre materialet tilgjengelig for analyse. «Den kvalitative analysen forutsetter som regel at materialet er sammenfattet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte» (Malterud, 2017, s. 76). Jeg vurderer transkriberingen som en verdifull del av analyseprosessen. I denne fasen «tvinges forskeren til å gjenerindre den situasjonen der historiene ble fortalt, ut over ordene som falt», samtidig som det er viktig «å være forsiktige med tolkninger der grunnlaget i teksten vurderes som usikkert» (Ibid., s. 78). Totalt utgjorde materialet 90 sider med enkel linjeavstand.

3.7.1 Overveielser i forhold til intervjuer og transkribering

Norsk er ikke mitt morsmål. Jeg forstår stort sett de dialektiske ordene, men det kan være vanskelig å skrive dem riktig. Jeg valgte derfor å bruke bokmål i transkriberingen. Jeg har lyttet flere ganger på intervjuene for å kvalitetssikre teksten og innholdet. Jeg fikk også hjelp av en person med god kjennskap til det norske språket hvis jeg var usikker på noen ord. Jeg skrev ned det jeg hørte og fikk enten bekreftet eller avkreftet det jeg tenkte var betydningen av det dialektiske ordet. Dette var ikke nødvendig i så mange tilfeller, og min vurdering er at dette ikke har forandret resultatene. Man kan også tenke at språket kan ha påvirket selve intervjuene. Jeg har bodd og jobbet i Norge i 18 år og opplever å snakke relativt bra norsk. Det var allikevel viktig å sikre flytende dialog i intervjuene og unngå eventuelle misforståelser. Jeg foreslo for informantene at de sa ifra hvis det var noe de ikke forstod eller var usikre på om de forstod riktig, slik at vi kunne avklare uklarheter umiddelbart.

3.8 Analyse

Det finnes en rekke forskjellige analysemetoder. I denne studien har jeg brukt systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation=STC). «STC er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data» (Malterud, 2017, s. 97). Jeg har valgt å bruke en etablert prosedyre siden jeg ser meg selv som ganske fersk i dette. «Metoden er utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte» (Ibid., s. 97).

Jeg vurderer at denne metoden passer til min studie hvor målet er å utvikle beskrivelser omkring brukernes erfaringer med FIT. Malterud (2017) beskriver at analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Videre skriver hun at analysen innebærer abstraksjon og generalisering. Man løfter frem fenomener fra en enkelt deltaker og får kunnskap som gjelder for flere.

Malterud (2017) presenterer systematisk tekstkondensering i fire analysetrinn: Trinn 1: Helhetsinntrykk - fra villnis til temaer, Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder, Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening og Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelse og begreper.

Det er lurt for en uerfaren forsker å få veiledning i analyseprosessen. Dette for å finne en god balanse mellom fleksibilitet og rigiditet i analysen (Den Nasjonale forskningsetiske komiteen, 2010). Jeg har brukt min veileder til dette. Hvordan analysen har foregått skal også formidles. Analysen skal presenteres slik at andre senere kan se hvilken vei vi har gått, vår systematikk skal kunne evalueres, og andre må kunne forstå hvordan vi har tolket og gjort konklusjoner (Malterud, 2017). På den måten skal man prøve å ivareta intersubjektivitet. Jeg kommer nå til å forklare hvordan denne prosessen har foregått og gi noen eksempler for å belyse prosessen.

3.8.1 Fra villnis til temaer og kodegrupper

I motsetning til mange andre analysemetoder starter ikke STC med å gå bredt ut. Man starter med å bli kjent med materialet for å få et helhetsbilde og ser samtidig etter mulige temaer. (Malterud, 2017) I dette tilfellet startet jeg med å se etter temaer som kunne belyse informantenes erfaringer ved FIT. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet prøvde jeg aktivt å sette min forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Jeg hadde problemstillingen skrevet foran meg på et ark. Samtidig prøvde jeg å legge til side det jeg allerede trodde jeg visste om temaet og jeg prøvde å unngå systematisering. Malterud (2017) hevder at dette er en forutsetning for å stille seg åpen for de inntrykk materialet kan formidle.

Etter at jeg hadde lest materialet med 90 sider med tekst flere ganger begynte jeg å oppsummere mine inntrykk. Jeg spurte meg selv hvilke foreløpige temaer jeg kunne skimte i teksten om forskjellige erfaringer ved FIT. Det var seks temaer som intuitivt vekket min oppmerksomhet. Til slutt laget jeg en liste der jeg gav disse temaene et midlertidig navn. I denne fasen «begynner man å tenke på hvilke hovedgrupper som er aktuelle for sortering», forklarer Malterud (2017, s. 99). «Det er et godt tegn på kreativ og iterativ analyse at de foreløpige temaene representerer videreutvikling sammenlignet med temaene fra intervjuguiden» (Ibid., s. 100). Dette betyr at vi ikke forfølger for mye vår forforståelse. De første temaer etter gjennomlesningen var: Aktiv rolle, Aktiv bruk, Forståelse, Holdninger/egenskap hos behandleren, Kurven/grafen og Redselen for SRS.

Deretter fikk jeg innspill fra min veileder og medforsker. Dette for å få øye på detaljer som jeg ikke nødvendigvis så alene (Malterud, 2017). Jeg begynte å se at noen av de første seks temaer hørte sammen og temaer ble utviklet mens jeg fikk en dypere dialog med materialet. Ved nærmere gjennomlesning og etter innspill fra veilederen og medforskeren fant jeg ut at

følgende temaer var gjeldende; Erfaringer av innflytelse, Ulike måter å bruke og forstå FIT på og FIT som virkemiddel for bedre samarbeid. Disse foreløpige temaer danner grunnlaget for kodegrupper.

Etter å ha definert de tre hovedtemaene, begynte jeg å organisere den delen av materialet som skulle studeres nærmere (Malterud, 2017). Jeg sorterte relevant tekst fra irrelevant i lys av problemstillingen min. Jeg gikk systematisk gjennom tekst linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. I praksis så jeg etter tekst som kunne ha med seg kunnskap om et eller flere temaer og markerte den meningsbærende enheten med en kode. Deretter kopierte jeg meningsbærende enheter ut av teksten og plasserte dem under tilhørende tema i et nytt dokument. Malterud (2017) skriver at kodeprosessen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å leses i sammenheng med beslektete tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene. Dette dokumentet var 35 sider langt. Fargekoden viste til hvilken informant teksten kom fra. I tillegg markerte jeg sidetall og tekstlinje. Jeg beholdte hele tiden en fullstendig og uredigert versjon av intervjuene med tanke på senere rekontekstualisering.

3.8.2 Kondensering

Kodingen hadde gjort at jeg nå satt med meningsbærende enheter som var sortert i tre kodegrupper. Jeg hadde fått redusert data til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter, som jeg håpet kunne fortelle noe nytt og viktig om informantenes erfaringer med FIT (Malterud, 2017). Jeg startet å jobbe videre med kodegruppene og la innholdet på bordet. Jeg tok en kodegruppe om gangen. Jeg leste alle tekstbitene på nytt og begynte å sortere dem til subgrupper. Da jeg sorterte materialet til subgrupper måtte jeg ta stilling til hvilke hovedaspekter i kodegruppen data best kunne fortelle om (Ibid.). Hvilke subgrupper vi fester oss ved, preges av det perspektivet vi leser vårt materiale ut fra (Ibid.). For å skape rom for flere tolkninger og tilnærminger gikk jeg igjennom subgruppene med medforskeren. Heretter ble subgruppene analyseenheter og jeg begynte å lage et kondensat; en tekst hvor meningsbærende enheter ble inkludert og hvor deltagernes ulike stemmer kom med. Jeg valgte sitater som jeg tenkte best kunne illustrere innholdet i kondensatet. Det ble brukt jeg- form for å minne om at jeg foreløpig skulle representere hver av deltagerne slik de har uttrykt seg under intervjuet. Når jeg jobbet videre med kondensatene så tenkte jeg på hva disse tekstene fortalte meg om problemstillingen, og jeg begynte å få ny innsikt i hva det var mulig å lære noe om (Malterud, 2017).

3.8.3 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelse og begreper

I analysens fjerde trinn satte jeg sammen bitene igjen. Malterud (2017) kaller dette rekontekstualisering. I dette trinnet sammenfattet jeg det jeg hadde funnet i form av fortolkete synteser som er skrevet i tredjepersonform, fordi min rolle nå var å gjenfortelle på vegne av informantene slik at det blir ny kunnskap (Malterud, 2017). Jeg skrev en analytisk tekst ut fra kondensatene som jeg illustrerte med et sentralt sitat. Sitatene skal konkretisere og utdype våre hovedfunn (Ibid.). Til slutt gav jeg et navn til disse resultatkategoriene (Tabell 1.) og validerte funnene ved å sette dem opp mot den sammenhengen de var hentet ut fra. Malterud (2017, s. 108) skriver at «vi skal rekontekstualisere våre resultater opp mot det empiriske materialet». Til slutt vurderte jeg funnene mot empiri og teori og sjekket om tilsvarende beskrivelser var presentert av andre. Jeg kommer tilbake til dette når jeg diskuterer funnene.

3.9 Forskningsetikk

I forkant av studien ble det utarbeidet en søknad til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk Senter for forskningsdata. Det ble vurdert at studien kunne gjennomføres (Vedlegg 7).

For medisinsk og helsefaglig forskning brukes Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2008) som veiviser for å gjennomføre forskning på en etisk forsvarlig måte. Den beskriver grunnleggende prinsipper for forskning på mennesker. Kvale et al. (2015) skiller ikke mellom systematisk etikk som betegner noe formelt, som for eksempel etiske retningslinjer og moral som peker på daglig oppførsel. Sentralt i de etiske prinsippene står *informert samtykke, frivillighet, personvern, nytteverdi, autonomi og ikke-skade prinsippet* (World Medical Association, 2008). Mitt ansvar har vært å ivareta disse prinsippene i denne studien. Anvendelse i praksis kommer frem i refleksjoner over min rolle og av den praktiske gjennomføringen. Prinsippene har vært grunnlaget for de etiske valgene som er gjort underveis.

Informert samtykke hviler på autonomiprinsippet. Alle informantene i denne studien valgte frivillig å delta (*samtykkeerklæring* Vedlegg 2) og det var ingen som trakk seg underveis. Informantene fikk informasjon om studiens formål og gjennomføring før intervjuet (*informasjonsskriv* Vedlegg 1). Dette fikk også de psykiske helsetjenestene som var involvert.

På denne måten etterstrebet jeg å ivareta prinsippene om informert samtykke, personvern, nytte, frivillighet og retten til å trekke seg.

Jeg fulgte NSD's krav om anonymisering og konfidensialitet i materialehåndtering. All data har blitt behandlet konfidensielt og har blitt lagret på en sikker måte. Alle intervjuene ble merket med nummer i stedet for navn, og det var kun jeg som hadde tilgang til navneliste som koblet disse numrene til informantene. Lydopptakene ble oppbevart låst og jeg slettet dem etter transkriberingen. I intervjuene ble det ikke bedt om sensitive opplysninger, men det ble heller åpnet for at informantene selv kunne overveie hva de ønsket å utlevere. På denne måten prøvde jeg å ivareta informantene på en etisk god måte.

Ved planleggingen av studien vurderte jeg nytteverdien av studien og studiens mulige konsekvenser for intervjupersonene. Det ble vurdert at studien kunne gjennomføres uten at noen kommer til skade og at studiens funn kunne bidra til å utvikle nåværende praksis til brukers beste. Konsekvenser for informantene ble også vurdert individuelt underveis. Vurdering av informantenes mulige følsomhet for temaet kan føre til at forskeren blir engstelig for konsekvensene. Malterud (2011) hevder at en kan stole på menneskers evne til ivaretagelse av sin indre balanse i de fleste tilfeller. Informantene hadde en mulighet for hjelp hvis de hadde fått behov for det. Det ble ikke aktuelt for noen av informantene. Kvale et al. (2015) mener at de fleste opplever det som positivt å bli intervjuet. Det kom også frem fra i denne studien. Da intervjuet var ferdig satte de fleste informantene ord på at de ønsket å bidra til utviklingen av feltet, og de syntes det var fint at deres kunnskap og erfaringene verdsettes. På denne måten kan brukermedvirkning i denne studien ha både en individuell nytteverdi og bidra til tjenesteutvikling.

Det kan ses som utfordrende at jeg forsker på noe som skjer på min egen arbeidsplass i forhold til rollen som naivt søkende, nøytral og upartisk. Min rolle som forsker i denne studien er tatt med blant annet i kapitlene 1.1.1 Overveielser før studien og 3.3 Forske i eget felt. I disse kapitlene redegjør jeg for min bakgrunn og hvordan den utfordrer forskerrollen min. Forskningens avhengighet kan påvirkes av flere ting, eksempelvis tilknytning til deltagerne eller fenomenet (Malterud, 2017). Med tanke på min rolle som forsker i eget fagfelt kommer betydningen av å samarbeide med en medforsker frem i denne sammenhengen.

Medforskeren har vært med i prosessen helt fra starten av. Han bidro til å utvikle intervjuguiden, var med i intervjufasen, bidro med sine innspill i analysefasen og med å

diskutere resultater. Hans betydning har vært flerfoldig og han har bidratt som en god vaksinasjon mot min eventuelle blinde selvopptatthet og representert et nøytralt blick fra utsiden. Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2010) definerer brukermedvirkning i forskning ut fra begrunnelser som:

Det kan være et virkemiddel for å styrke brukerstemmen på psykisk helsefelt. Det kan gi opphav til mer presise og relevante problemstillinger. Det kan resultere i mindre fremmedgjørende datainnsamlingsprosesser for informantene. Det kan gi mer meningsfylte forskningsprosesser for forskerne, og det kan føre til bedre kvalitet i forskningsresultatene for alle. (avsnitt 1)

I løpet av denne studien kunne jeg også komme i en situasjon hvor jeg fikk informasjon om mine kollegaer på grunn av at en del av informantene ble rekruttert fra min egen arbeidsplass. Jeg kan konkludere med at det ikke oppsto noen etiske utfordrende situasjoner i forhold til dette. Ikke heller med tanke på at det kom frem negative erfaringer knyttet til verktøyet som blir brukt på min arbeidsplass. Jeg var åpen og nysgjerrig på sånne typer erfaringer fra starten av og så dem som nyttige og lærerike å få frem. Med andre ord var ikke dette utfordrende hverken i intervjusituasjoner, analysen eller rapporteringen av funnene.

4. Resultater

Dette kapitlet presenterer funn som er forankret i informantutsagn fra ti intervjuer. Det inneholder en fortettet omskriving av informantenes egne erfaringer med FIT, slik jeg har oppfattet dem. Analysen ledet frem til tre resultat kategorier som belyses gjennom subkategorier med tilhørende utsagn. Fremstillingen understøttes av sitater fra informantene. Jeg har prøvd å ivareta det opprinnelige materialet så godt som mulig.

Jeg ønsket å høre om informantenes muligheter til å påvirke behandlingen sin, siden brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og, som tidligere beskrevet, et viktig element for å øke kvaliteten av behandlingen. Dette er viktig også med tanke på at FIT blir anbefalt brukt nettopp for å øke brukermedvirkningen. Dette temaet ble fokusert i intervjuene og det var god respons på spørsmål om hvordan informantene hadde erfart sin medvirkning i behandlingen. Intervjuene gav informasjon om at informantene hovedsakelig erfarte sin innflytelse i behandlingen hvor FIT ble brukt som god. Dette kom frem blant annet i form av at de kunne snakke om det som var viktig for dem og om hele livet sitt. De kunne definere målet for behandlingen sammen med behandleren og ble hørt på det. De kunne være med og definere hvordan samarbeidet foregikk og det var mulighet for å si ifra hvis behandlingsformen ikke opplevdes som riktig. Informantene hadde erfart at de kunne komme med bestillinger til behandleren ut ifra sine behov og de kunne påvirke innholdet i timen. Dette bidro til at de opplevde behandlingen som god og individuelt tilpasset dem.

Selv om det kom frem at informantene stort sett erfarte FIT som et godt samtaleverktøy, var det noen variasjoner. FIT kunne fungere som en fin inngangsport til samtaler, og hjelpe med bevisstgjøring og motivering. Det kom også frem at det er avgjørende hvordan behandleren presenterer og bruker FIT i samtaler i forhold til opplevelsen av verktøyet og nytteverdien for brukeren. Hvis man ikke har fått godt forklart hvordan FIT kan brukes, forstår man ikke hensikten eller nytteverdien heller. Da oppfattes FIT mest som et verktøy for behandleren eller tjenesten.

Målet for intervjuene var å være åpen for det som måtte fremkomme av erfaringer. Allerede i de første intervjuene kom det tydelig frem utfordringer knyttet til SRS (opplevelse av timen/s. 29). Dette var ikke et tema intervjuguiden fokuserte spesielt på. Siden dette kom frem såpass tydelig, så valgte jeg å ha mer fokus på dette i de resterende intervjuene. Det gav en mulighet

for å få et bredere forståelse av hva dette handlet om for informantene og om de hadde noen tanker om hvordan disse utfordringene kunne løses.

Tabell 1: Neste tabell viser tre hoved resultat kategorier som kom frem i denne studien. Under hovedkategoriene står subkategoriene. Gullsitat står nederst og er utsagn som belyser kategoriene på en god måte. Med utgangspunkt i disse kategoriene drøfter jeg denne studiens tre problemstillinger.

ET MØTE MELLOM TO MENNESKER	FORSTÅELESVERKTØY	DEN SKUMLE SRS'N – vurderingen av samarbeidet
Brukerens kart viser veien	Verktøy for samarbeidet kontra bare registrering	Et kritikkark
Brukerens betydningsfulle rolle	Setter på sporet	Utfordrer angsten for konflikt
Behandler som et medmenneske	Bevisstgjøring på tanker og prosess	Hvordan gjøre bruken av SRS tryggere
Gullsitat: «Det er faktisk ikke farlig å vise at du er et menneske og du gir litt tilbake da. Det skal liksom ikke bli for mye, men det er litt fint å se at alle er mennesker; de er ikke bare pasienter og behandlere.»	Gullsitat: «Det ble veldig klart for meg hva dette egentlig handlet om og hva som kunne være til hjelp for meg. Jeg kunne se det på den kurven...Egentlig så hadde det skjedd noe ille i livet mitt, men jeg hadde fått det bedre. Jeg følte at jeg hadde mer kontroll på meg selv.»	Gullsitat: «Jeg følte meg bra der hver gang. Hvis jeg hadde skåret lavere så hadde jeg kritisert på hvordan hun arbeidet. Det blir et kritikkark på en måte. Jeg vil jo være hyggelig, så det blir litt vanskelig da.»

4.1 Et møte mellom to mennesker

Det er argumentert for at brukervedvirkning innen psykisk helsearbeid ikke er inkludert i behandlernes kliniske tenkning og samhandlingsrelasjonen med bruker (Norvoll, 2013) tross for at det er en lovfestet rettighet. FIT blir anbefalt som et virkemiddel for å sikre og øke brukervedvirkning (Helsedirektoratet 2005, 2014). Det er forholdsvis lite forskning på hvordan brukerne erfarer dette selv ved bruk av FIT og en del av hensikten med denne studien

var å få økt kunnskap og forståelse om det. Den første resultat kategorien presenterer funn knyttet til brukermedvirkning og hvordan dette ble erfart av informantene ved bruk av FIT.

4.1.1 Brukerens kart viser veien

Alle informantene snakket om sine erfaringer om innflytelse og medvirkning i behandling. Brukerens medvirkningsmuligheter ved bruk av FIT ble hovedsakelig erfart som gode. Innflytelse ble beskrevet i forskjellige former, som for eksempel slik at de hadde fått «lagt føringer» til samtaler, at det var de som «styrte» behandlingen, de kunne ta opp det de ville og ble hørt på det. Det å kunne påvirke i sin egen behandling ble opplevd som godt uavhengig av problematikk eller grad av psykiske helseutfordringer informantene hadde.

«Hovedpersonen var ikke som ofte i helsevesenet...man kan lure på hvem som er hovedpersonen...om det er pasienten eller personalet. Her var det helt klart meg.»

«Det var jo jeg som styrte. Det som er et problem for meg, det er det som er problemet. Det var veldig greit. Jeg visste at jeg kunne ta opp hva jeg ville til neste time. At det ikke er hun som styrer, men det er det hva jeg trenger da.»

«Det var helt riktig for meg å kunne påvirke. Da fikk jeg styrt det inn i det som jeg følte at var mest problemet og brente mest for å få ordnet opp i da. Så det var veldig bra.»

De fleste hadde tanker om hva de ønsket å oppnå i behandlingen eller hva de ønsket å få endret på, slik at de kunne få det bedre. Det de opplevde som vanskelig i livet ble inngangsporten til behandlingen og et mål for samarbeidet. En informant sa at de ikke hadde et tydelig mål for samarbeidet. På timer snakket hun om det som «*fallet henne inn der og da*». En annen informant sa at det var vanskelig å definere et mål selv, men at hun klarte det med hjelp av behandleren.

Funn indikerte at informantene opplevde likeverd i samarbeidet og at samarbeidet ved bruk av FIT hovedsakelig ble opplevd som trygt. Det var en informant som gav uttrykk for sin usikkerhet i forhold til om det var rom for hennes tanker og ønsker. I dette tilfellet ble det ikke gitt en god forklaring på FIT. Mange informanter beskrev sitt samarbeid med behandleren slik at de ble enige om ting sammen, men det ble fremhevet betydningen av å kunne bidra selv. Behandleren kunne presentere alternativer, komme med tips og råd eller være med og hjelpe til med «å finne frem». Analysen gjenga eksempler på hvordan det ble snakket sammen om ting, om hvordan informantene ble spurt om hva de ville og hvordan de kunne komme

med bestillinger til behandleren. Informantene hadde opplevd å bli hørt hvis de ønsket endringer i behandlingen eller hvis de kom med et forslag på hva som kunne være til hjelp.

«FIT bidrar til trygghet faktisk. Jeg vet hvor hun er og hun vet hvor jeg er.»

«Den der matkbalansen så...den er jo skeiv uansett, men den blir så rett som den kan.»

«Hun prøvde ikke å proppe ørene mine med det som er riktig...Hun hørte på meg.»

«Når jeg begynte hos henne så sa jeg at medisiner er ute av bildet. Jeg har prøvd så mye... og så var hun bare at...Okei, da skal vi ikke bruke medisiner..., men så var hun veldig støttende når jeg kom og sa at jeg tror at jeg har lyst til å prøve.»

4.1.2 Brukerens betydningsfulle rolle

Materialet antyder at FIT kan bidra til en aktiv deltagelse ved at man «ikke kan bare sitte der og vente» og ved at man må «være med i behandlingen» ved å bruke FIT. Samtidig syns det å være av betydning at brukeren selv vil delta i behandlingen og ser verdien av å bli ansvarliggjort. Denne måten å jobbe på kunne først oppleves som noe uvant og den kunne være noe tøffere enn hva brukeren var vant til fra tidligere. Materialet belyste hva slags betydning medvirkning og aktiv deltagelse hadde hatt for informantene. Analysen viste at når informanten hadde en aktiv rolle og kunne medvirke igjennom FIT, opplevdes det som å bli hørt, forstått og tatt på alvor. Informantene opplevde at muligheten for innflytelse ved bruk av FIT bidro til raskere hjelp og hjelpen ble opplevd som individuelt tilpasset. Det bidro også til at de fikk den hjelpen de trengte og til større motivasjon til å fortsette i behandlingen. Det at informanten kunne styre behandlingen selv ved bruk av FIT og ble hørt, gav en opplevelse av å ha kontroll og de fikk også verktøy til videre bruk. Det å kunne medvirke igjennom FIT hadde også en mer personlig betydning for informantene, for eksempel på den måten at de opplevde å bli møtt som et menneske og de opplevde at de betydde noe som en person.

«Det er uvant på en måte å bli ansvarliggjort egentlig, men sånn etter hvert vennet jeg meg til det og liksom tenkte at hensikten var det at jeg faktisk blir litt ansvarliggjort i forhold til at du er sjef i ditt liv.»

«Jeg føler at jeg får bedre resultater når jeg drar derfra når jeg kan styre det selv.»

«Det å få lov til å delta og å si ifra og på en måte å ta tak selv. Jeg kjente at det gav meg noen verktøy til å komme meg ut av det uføre jeg var i da.»

«Det du sier betyr noe og det å bli hørt på, ikke sant, det betyr noe. Det er ikke likegyldig det du sier.»

Analysen viste at bruk av FIT kan være spesielt viktig for brukere som sliter med et langvarig eller sammensatt psykisk helseproblem. Informantene fikk muligheten til å gi tilbakemeldinger på om hjelpen hjalp dem og FIT fungerte som et viktig hjelpemiddel ved å bevisstgjøre behandleren når behandlingen gikk i stå. Et eksempel på dette var når ORS (opplevelse av den siste uken/s. 28) viste at en ikke fikk det bedre. En informant hadde mange erfaringer i behandlingsapparatet fra tidligere. Hun fortalte at *«Jeg har opplevd så mange ganger at jeg blir stemplet som behandlingsresistent, blir kastet ut og står på bar bakke.»*. Informanten ønsket ikke, til tross for at behandlingen ikke hadde virket enda, å bytte behandler eller bli henvist videre fordi nye relasjoner var utfordrende for henne. Behandleren tok dette på alvor. De snakket om situasjonen og behandleren jobbet aktivt for å finne noe som kunne være til hjelp og skaffet ny kunnskap for å kunne hjelpe. Informanten opplevde at dette ble en viktig forskjell på hvordan en kunne finne en veg videre og i forhold til hvordan informanten hadde opplevd lignende situasjoner uten FIT tidligere. Det var imidlertid ikke slik at alle behandlere hadde valgt denne strategien når informanten ikke fikk det bedre. En annen informant fortalte at behandleren hadde sagt at hun ikke hadde nok kompetanse til å hjelpe informanten og henviste informanten til spesialisthelsetjenesten. Dette ble ikke opplevd negativt av informanten, men eksempelet illustrerer hvordan behandlere kan velge forskjellige løsninger når ORS viser at hjelpen ikke hjelper.

«Det var faktisk en måte å restarte hele greia på og vi begynte på nytt og da fant vi ut at det vi har prøvd hittil ikke har hjulpet noen ting så nå må vi begynne på nytt og vi må finne på andre ting.»

«De «andre» legger skylda på pasienten i stedet for å se på seg selv som en behandler og å kunne se sine egne begrensninger, men hun var sånn at...Vi har bare ikke funnet den rette måten å jobbe på enda...hun var så flink til å tenke utenfor boksen.»

4.1.3 Behandler som et medmenneske

Analysen gjenga mange eksempler på hvordan informantene hadde erfart gjensidighet gjennom bruken av FIT. Det var altså ikke bare slik at de selv opplevde å bli møtt som et menneske av behandleren, men de opplevde også selv å møte mennesket som behandleren er. Dette skjedde når brukermedvirkningen ble til en reel faktor og man erfarte at behandleren tok steget ned fra ekspertrollen. Dette kom frem både da informantene fortalte om første gangen de møtte sin behandler som brukte FIT og når de fortalte om hvordan de samarbeidet rundt FIT-skåringene. Analysen gjenga mange eksempler på en god relasjon og det ble fremhevet at dette var viktig for å kunne bruke FIT på en hensiktsmessig måte. Samtidig så meddelte informantene at de forstod at behandler skal være en behandler og ikke for eksempel som en venn. Det ble satt pris på at behandleren hadde en faglig tyngde og at behandleren visste hva hun/han drev med. Det ble en god balanse mellom medmenneskelighet og profesjonalitet.

«Jeg ble møtt mer som et ekte menneske og hun hadde kommunikasjon med meg i stedet for å sitte og se ned på masse skjemaer og stille de spørsmålene som står der»

Flere gav uttrykk for at behandleren hadde delt av livet sitt på en måte som gjorde at informanten kunne kjenne seg igjen i det, eller at de kunne tørre å sammenligne seg selv med behandleren som et menneske. Dette gjorde at de opplevde normalisering av det de gikk igjennom.

«Jeg husker en gang da jeg sa til henne at dere behandlere møter vel også noen gang veggen. Jeg har jobbet mye med folk og sa at jeg ikke klarer å overføre det jeg kan over på meg selv. Da sa hun at ...Ja vet du hva, og da skjønner vi ingenting...og det husker jeg så innmari godt.»

«Det er faktisk ikke farlig å vise at du er et menneske... Det skal liksom ikke bli for mye, men det er litt fint å se at alle er mennesker».

Materialet viste at informantene kunne erfare at behandleren heller ikke er helt feilfri, for eksempel når de så på ORS sammen som viste at behandlingen ikke hjalp: *«Da kunne jeg se på en måte at de ikke er guder, men har sine begrensninger.»*. Informanten fortalte videre at behandleren ikke ga opp, men kjente sine begrensninger og var opptatt av å utvikle seg og lære noe nytt. For eksempel kunne behandleren lese seg opp på nytt fagstoff som kunne hjelpe brukeren. Dette styrket samarbeidet og relasjonen mellom dem og ga mye håp.

Det at behandleren var interessert i informantenes egne tanker om hva som kan være til hjelp styrket informantenes tanker om at behandleren også bare er et menneske, de vet ikke alltid hva som er best eller har et svar. «Når vi er på lik linje så er det mye som går an da», reflekterte en.

4.2 Forståelsesverktøy

En annen del av hensikten med denne studien var å få økt kunnskap og forståelse om hvordan behandling basert på FIT erfares av brukeren, om FIT erfares som et nyttig verktøy i behandlingen og eventuelt hvorfor. Funnene i dette kapittelet handler om de praktiske erfaringene knyttet til bruken av FIT. Tidligere forskning og litteratur peker på at behandleren må ha en god forståelse av FIT og bruke FIT riktig for at man skal oppnå intensjonene med dette verktøyet. Det fremheves også betydningen av en god implementering i tjenesten. I dette kapittelet presenteres funn på hvordan dette ble erfart av brukeren. Det blir også presentert funn i forhold til nytteverdien for brukeren.

4.2.1 Verktøy for samarbeidet kontra bare registrering

Funn i analysen viste at det er et forbedringspotensial som gjelder presentering og bruk av FIT. Det kom frem to tydelig forskjellige måter på hvordan behandleren kunne forholde seg til FIT. En god forklaring og aktiv bruk av verktøyet bidro til at informantene opplevde FIT som et nyttig verktøy i sin behandling. En uklar og mangelfull forklaring hang sammen med erfaringer av mindre aktiv bruk. Mangelfull forklaring hadde gjort at informantene ikke forstod helt hva hensikten med FIT var og kunne bidra til skepsis og usikkerhet hos informanten. FIT ble da sett som en undersøkelse som ikke betydde så mye for brukeren, men ble heller sett som noe behandleren eller tjenesten kunne ha nytte av.

Jeg presenterer først eksempler på aktiv og integrert bruk av FIT. Flere informanter kunne fortelle at de hadde fått en god forklaring på hva FIT er og hvordan den kan brukes. De fortalte at ORS (opplevelse av den siste uken – s. 28 eller vedlegg 4) kan brukes til å se hvordan de har det, se fremgang, se om behandlingen fungerer og at ORS kunne brukes som et verktøy for å gå tilbake, se på kurven og reflektere rundt dette. Informantene oppga at de hadde fått en forklaring på hvorfor det var viktig å følge med på deres ORS skåringer, at behandlingen

måtte justeres eller at de måtte prøve å gjøre noe annerledes hvis ikke hjelpen fungerte. Det ble vektlagt at samtale omkring skåringer og om kurven var viktig for informantene. Funnet i analysen viste at når man fikk verktøyet godt forklart, bidro dette til en god opplevelse.

«Det er jo for å registrere hvordan brukeren har det og hvordan brukeren opplever samtalen, og det er jo også å måle fremgang...eller hvis det ikke er fremgang så må man gjøre noe annerledes.».

«Det hadde blitt satt av litt tid til å snakke om det og når det hadde gått så og så mange samtaler så da så vi på skalaen da, på grafene, for å liksom forsikre oss at nå ser vi det her og nå fungerer dette her og nå går det den rette veien og det er en bra ting.»

«Jeg husker at det var en god opplevelse. Jeg fikk den godt forklart. Jeg var ikke usikker når jeg skulle begynne med det.».

Imidlertid kom det frem at ikke alle informantene hadde fått en god forklaring på hva FIT er eller hvordan det kan brukes som et aktivt verktøy i samarbeidet. Da var det vanskelig å forstå hensikten med FIT eller hvordan FIT kunne være nyttig for den enkelte. Informantene var da mer skeptiske til verktøyet. Skepsis til verktøyet kom frem i form av at informantene kunne lure på det datateknologiske. De kunne lure på om skåringene «kunne falle på dem» i ettertid, eksempelvis at en lav ORS kunne føre frem til en uønsket innleggelse. Det kom også frem en generell usikkerhet om hva skåringene deres ble brukt til. Analysen gjenga eksempler på at behandlere som ikke forklarte verktøyet godt heller ikke brukte den aktivt. Behandlere kunne bli opplevd som ambivalente eller nølende. Et eksempel viste at mangel på god forklaring gjorde at ORS ikke ble fylt ut riktig. Når brukeren skårer ORS, så skal det være et gjennomsnitt for den siste uken (eller for tiden siden forrige samtale). Når ORS ikke blir fylt ut riktig så får man ikke en gyldig kurve. To av informantene hadde brukt FIT på et kurs. Det ble ikke forklart godt hva hensikten med å bruke dette verktøyet var i kurssammenheng. Informantene hevdet at hvis de ikke hadde brukt FIT før så hadde de ikke forstått bruken av det på kurset.

«Første gangen så sa behandleren at nå har vi fått noe nytt her og så forklarte hun ikke så mye...hun forklarte ikke noe om det og jeg bare trykte.»

«Behandleren dro kanskje frem noen ganger at nå er det sånn, men det ble ikke snakket mye om det altså. Jeg syns ikke at det ble brukt i noen sammenheng i forhold til det vi jobbet med liksom.»

«Det har jeg tenkt at dette er bare noe kommunen vil ha for å se hvilken nytte folk kan ha av tjenesten, ikke noe sånn at det kan ha noe nytte for meg.»

Informantene som ikke hadde fått verktøyet godt forklart, ønsket at behandleren skulle vise ORS kurven til dem og at de kunne bruke verktøyet mer aktivt. Når det gjelder ORS ble det vektlagt at det var betydningsfullt for informanten at behandleren viste interesse for skåringer. Det ble også sagt at det var viktig å få informasjon i begynnelsen om hva som skulle skje, eller hvilke alternativer brukeren har, hvis ORS ikke går opp (brukeren opplever ikke bedring). Dette for å unngå usikkerhet og frustrasjoner underveis.

Analysen viste også at ORS skåringer oppleves personlige og derfor hadde informantene behov for å holde dem personlige. Dette kom frem når to informanter som hadde brukt FIT på kurs meddelte at det hadde vært ubehagelig for dem å krysse for ORS når det var så mange rundt dem. De hadde ikke lyst til at andre skulle se hvordan situasjonen deres var. En av dem sa *«Dette er min journal på en måte»*.

4.2.2 Setter på sporet

Informantene meddelte at ORS fungerte som et godt verktøy for å komme i gang med samtalen og flere fremhevet at ORS hjalp med å finne det viktigste å jobbe med i timen. Analysen gjenga eksempler på hvorfor det hadde vært viktig at ORS hjalp med dette. Det kunne handle om at informanten var veldig pratsom, at livet opplevdes som kaotisk eller at det var så mye i livet som skjedde. Analysen viste at hvis informanten ikke klarte å finne ut hva som var viktig å bruke timen til, så hjalp behandleren med det ut fra skåringene. ORS ble opplevd som et viktig verktøy også når man slet med noe som det var vanskelig å snakke om. ORS hjalp til med å sette ord på det som var vanskelig for brukeren, bidro til å åpne seg og til å vise hvordan man hadr det. En sa at spørsmålene var konfronterende, men hun opplevde de likevel som positive.

«Jeg startet med å krysse på dette der og så var jeg i gang med prosessen min i hodet. Da er det litt lettere å komme i gang med samtalen.»

«Hvis jeg for eksempel hadde skåret litt lavere personlig og de andre var sånn ganske greit så var det det personlige samtalen fokuserte på den gangen. Eller i hvert fall en god del av det møtet. Litt sånn liksom at man så hva det var viktig å jobbe med på den timen.»

«Det var artig å sette høyt også, men det var godt å vise på papiret hvor kjett du egentlig hadde det, at behandleren kunne se det.»

«De er veldig direkte spørsmål. Sånn for eksempel hvis man er dårlig så har man ikke alltid lyst til å innrømme det. Men den her spør så veldig direkte og da blir man kanskje konfrontert med det og det var egentlig ganske positivt selv om det var litt sårt.».

Det var ulike oppfatninger av hvor godt de fire områdene av ORS dekker livet og hvordan det er å skåre på dem. De fleste hadde oppfattet de fire områdene (personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt/Vedlegg 4) som godt dekkende og hadde ikke erfart det som vanskelig å skåre på dem. Tre av informantene uttrykte at det var vanskelig for dem å skåre ORS. Dette kunne handle om at det var vanskelig å skåre på egen opplevelse, at områdene var for enkle for å kunne omfatte det informantene opplevde, eller at informantene var redd for konsekvensene av skåringene. Materialet viste at spesielt et område av ORS ble oppfattet som vanskelig; det sosiale, som handler om arbeid, skole og venner. Det kunne være vanskelig fordi man opplevde at venner måtte veies opp mot jobb. De to som uttalte seg om dette sa begge at det hadde vært til hjelp hvis det hadde vært et kommentarfelt ved siden av linjen.

«Hun sa at jeg måtte tenke gjennomsnittlig, altså totalen. Men det er klart da når jobben var dritt og vennene stilte opp så måtte vennene dine veien mot jobben din. Det syns jeg var veldig vanskelig.»

For noen informanter var det vanskelig å skåre fordi de kunne være redde for ikke å få uttrykt seg godt nok i forhold til nyansene i livet/situasjonen eller de var redde for å bli sett som for syke.

«Jeg følte kanskje at det var vanskelig å skåre riktig i forhold til hvordan jeg hadde det...Jeg var redd for det som kunne komme til å skje...Altså jeg har vært innlagt før. Jeg ville på en måte ikke bli innlagt og fryktet for å bli for dårlig til å kunne få hjelp der (kommunen) da.».

4.2.3 Bevisstgjøring på tanker og prosess

Det ble vektlagt av informantene hvordan ORS bidro til bevisstgjøring. Informantene fortalte at ORS kurven stemte med hvordan de opplevde å ha det. ORS ble erfart som en grei sjekk, et fint innblikk på seg selv eller sin lidelse og det ga forståelse for hvorfor de hadde det slik. De fikk også et bilde av at livet går opp og ned når de så variasjoner på kurven sin og forstod da at ting i livet kan påvirke dem. Flere fremhevet at ORS hjalp dem med å reflektere over sin situasjon. Informantene sa at ORS tydeliggjorde hva som kunne hjelpe dem med å få det bedre og å tydeliggjøre den jobben en hadde gjort selv.

«Når jeg hadde skåret og så på kurven så jeg at...ja det er sånn jeg har det, det stemmer.»

«Jeg har blitt bedre kjent med lidelsen min»

«Jeg la merke til at kurven min har vært veldig opp og ned og det har jeg egentlig ikke tenkt over, at det er på grunn av det som skjer hjemme.»

«Det er allright å se om det går i riktig vei og at du får bekreftelser på om det man driver med er riktig. Hvis man ikke hadde brukt det så hadde man heller ikke kunne sett det.»

Det var to informanter som hadde brukt FIT i familiesamtaler og belyste dette ved å si: *«Vi lærte og fikk med oss noen redskaper og bevisstgjørelsen da. Det gjorde at vi fikk adressert ting og vi fikk se at vi kan se ting på forskjellige måter og at det er greit. Vi fikk lære hverandre å kjenne på en måte da.»*

Det var ulike opplevelser av å se på egen ORS kurve. Flere ga uttrykk for at det ikke gjorde noe hvis kurven gikk ned, fordi de hadde selv skåret og det kom ikke som en overraskelse. Da kunne det være befriende å vise det også til behandleren, slik at behandleren fort kunne forstå hvordan de hadde det. Kurven som gikk oppover ble fremhevet som en motiverende faktor. For en informant var det både og å se på sin kurve. Hun opplevde det som nedtrykkede at det ikke skjedde noe endring, men etter hvert når det begynte å gå litt fremover, opplevde hun det som oppløftende.

«Jeg kunne se det på den kurven. Hva har skjedd nå...egentlig så har det skjedd noe ille i livet mitt, men jeg hadde egentlig fått det bedre. Jeg følte da at jeg hadde mer kontroll på meg selv. Det var veldig sånt spesielt.»

«Det var motiverende fordi da får man bekreftelse på at det går fremover. Jeg følte jo selv at det begynte å gå oppover og fremover og så det på de grafene og det var jo en bekreftelse.»

Analysen gjenga også eksempel på hvordan ORS hadde blitt erfart som et tilbakeblikk og at for noen kunne dette ha en stor betydning. Dette fordi man kunne oppleve å glemme mye når man var dårlig, det å ha et verktøy som kunne hjelpe med å gå tilbake, kunne da oppleves som trygghet.

«Når det har gått litt tid så kan du gå tilbake og se hvordan var det egentlig. Hva har skjedd her? Mange har liksom litt sånn black out når man er veldig dårlig og man vet liksom ikke

helt hva som skjedde egentlig. Det blir nesten som et svart hull. Da kan man gå tilbake og se at jo sånn har jeg svart da og sånn var det da. Det blir liksom trygghet.».

4.3 Den skumle SRS`n – vurderingen av samarbeidet

Den siste delen av hensikten med denne studien var å bidra til økt kunnskap og forståelse av det som eventuelt kunne være vanskelig eller utfordrende for brukeren ved bruk av FIT. Tidligere forskning har pekt på at det er utfordringer knyttet til bruken av SRS (opplevelse av timen/ se s.29 eller vedlegg 5). Det er forholdsvis lite belyst hvordan brukere har erfart disse utfordringene, eller hva brukere tenker kan gjøre bruken av SRS lettere for dem. Dette kapittelet presenterer funn som belyser brukernes erfaringer på dette.

4.3.1 Et kritikkark

De fleste oppga at de hadde hatt en god og trygg relasjon med behandleren og at dette var et viktig grunnlag for å jobbe med FIT, men SRS bydde på utfordringer for det. Hvis informantene forsto SRS som en evaluering av behandleren så kunne en god relasjon nettopp være det som gjorde SRS vanskelig for dem.. En del av informantene følte at SRS var viktig til tross for at den var utfordrende. Et eksempel på dette var: «Når jeg fikk vurdere samtalen så følte jeg meg alltid sett og ivaretatt» eller «Det er viktig for å bli trygg på hverandre». En mente at det hadde manglet noe hvis man ikke hadde fått sagt ifra til behandleren om hvordan man opplevde behandlingen. Men hovedsakelig ble det å bruke SRS som et tilbakemeldingsverktøy beskrevet som «ubehagelig», «personlig», «skummelt» og «uvant».

Analysen viste at informantene tenkte at de hadde vært litt «rause» på tilbakemeldinger til behandleren eller hadde unngått å gi helt ærlige tilbakemeldinger av forskjellige grunner. Informantene meddelte at de tenkte at de ville være snille mot behandleren, at det er en folkeskikk og de var redde for å såre behandleren. Analysen viste at noen av informantene så SRS som en evaluering eller en bedømming av behandleren. Noen tenkte at behandleren fortjener gode karakterer siden samarbeidet generelt gikk bra, eller at de ikke ville skåre lavt fordi de tenkte at behandleren var der for å hjelpe dem.

«Jeg var redd for å såre henne.»

«Jeg synes at det var ubehagelig å svare på den og gi den rett til den personen. Det ble liksom ikke gitt anonymt. Du ser personen mens du gjør det. Da blir det veldig personlig.»

«Det kan jo være litt skummelt. En ting er å skåre for deg selv, men når du skal på en måte dømme denne personen så er det ikke like lett.»

Informanten kunne også grue seg til SRS fordi *«da skal man på en måte påpeke noe som ikke fungerer.»* Funn indikerer at det kunne forventes at det ble vanskelig for behandleren å ta imot disse tilbakemeldingene, at de måtte takle noe hvis de skulle motta tilbakemeldinger fra brukeren. En beskrev dette følgende: *«Det er jo litt sånn ekkelt. De må jo tåle det, jeg skjønner jo det.»*

4.3.2 Utfordrer angsten for konflikt

Informantene fremhevet at de kunne oppleve vansker med SRS til tross for en god og trygg relasjon med behandleren. Analysen gjenga eksempler på hvordan informantene hadde knyttet vansker med SRS til seg selv eller sine egne utfordringer. Dette kunne blant annet handle om hvordan informanten hadde det med seg selv. Flere kunne fortelle at vanskene med SRS handlet om dem selv som en person.

«Hadde jeg møtt noen som det hadde vært helt krasj med og at jeg var så dårlig som jeg var da så vet jeg ikke liksom om jeg hadde klart å tatt den liksom. Når du sliter med angst så kan du være så opptatt av hva andre tenker...jeg burde hatt sagt noe om det hva jeg følte at ikke fungerte.»

«De tingene hadde egentlig ikke noe med henne å gjøre heller eller med relasjonen. Det var mer at jeg hadde det personlig så kjett.»

«Jeg er en sånn person at jeg liker ikke å kritisere folk.»

Noen forklarte vanskene med sine tidligere erfaringer. Et eksempel på dette var: *«Det kan henge sammen med det hva du har opplevd med andre ting også, for eksempel møtt kritikk da. Hvis du for eksempel har gitt kritikk til en person tidligere og har bare fått vondt tilbake så kan dette være skummelt, selv om du vet at dette er viktig å gjøre.»*

Det kom også frem at hvis det er en ujevn maktbalanse i relasjonen så klarer man ikke nødvendigvis å være ærlig. Dette ble knyttet til en annen instans informanten forholdt seg til.

«Hvis man kan trekke det parallelt med NAV og når de har så mye makt over deg og hvis de hadde brukt FIT så hadde jeg ikke klart å være ærlig.».

4.3.3 Hvordan gjøre bruken av SRS tryggere

Funnene viser generelt at det er mye usikkerhet og uklarhet rundt det å gi «negative» tilbakemeldinger, altså skåre lavere på SRS. Med negative menes det tilbakemeldinger som påpeker mot noe som ikke fungerer, ikke er bra eller kan forbedres. Det kom frem at informantene i utgangspunktet var usikre på hvordan behandleren ville ta imot skåringene hvis de skåret lavt på SRS, noe som tydelig var vanskelig for dem. Det kom også frem opplevelser som ikke hadde bidratt til trygghet ved bruk av SRS. Informantene hadde for eksempel fått beskjed av behandleren om å være ærlig, uten at dette var til hjelp. De som hadde benyttet seg av å gi lavere SRS, hadde opplevd at det hadde blitt tatt imot på en god måte.

«Hun var jo veldig flink til å si at jeg måtte være ærlig på det, det ble sagt nesten hver gang vi tok det frem, men det føltes som at dette var en evaluering av henne og hvordan jeg hadde oppfattet henne. Det liker jeg ikke.».

Et annet hinder kunne være at de lurte på hvordan de skulle snakke om det hvis de hadde skåret lavere på SRS, eller at de fryktet for en situasjon hvor de hadde trengt å forsvare seg.

«Hun spurte aldri hvorfor jeg hadde skåret slik som jeg hadde gjort, hva kom det her av liksom... jeg kjente at jeg måtte si noe hvis jeg hadde skåret lavere.»

Det analysen indikerer kan være til hjelp for brukeren ved bruk av SRS er blant annet at det er mer fokus på å snakke om hva behandleren tenker i begynnelsen av samarbeidet om lave SRS skår. Informantene hadde behov for å vite hvordan behandleren kommer til å ta det/reagere på lavere SRS skåring og få en avklaring på hva som skjer hvis de skårer lavere. Funn indikerer at brukere har behov for forutsigbarhet og trygghet som kan gis ved å snakke om disse tingene. Det var flere som hadde erfart at behandleren ikke snakket om SRS. Det var viktig at brukeren hadde en mulighet ved en eventuell lav skåring til å gi en forklaring på det, ellers kunne man unngå å gi lave SRS skåringer.

Analysen gjenga også andre eksempler på hva informantene tenkte kunne bidra til at det hadde blitt lettere for dem å gi lavere SRS skåringer i samarbeidet. Informantene meddelte følgende aspekter: *«Gjort det litt mindre personlig»*, *«Hvis jeg hadde fått en beskjed om at SRS ikke handler om behandleren»*, *«At dette gir tilbakemelding på den generelle behandlingen her»*,

«Forklaring på at den skal hjelpe med å fremme utvikling og si at vi ønsker å bli bedre og du bidrar til at vi streber etter det». Til slutt viste funnene at det var viktig for informantene å oppleve at det var åpenhet for og ønske om lavere skåringer.

5. Diskusjon

Dette kapitlet starter med metodiske refleksjoner. Deretter diskuteres studiens kunnskapsmessige funn mot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Resultatene knyttes opp mot fortolkningskontekst og teoretisk forståelse (Kvale et al., 2015). «Fortolkningene vil da mest sannsynlig gå lenger enn til intervjupersonens selvforståelse, og også lenger enn en fortolkning basert på sunn fornuft» (Ibid., s. 242). Diskusjonen er organisert i den rekkefølgen hensikten og problemstillingene er formulert, og som har fulgt presentasjonen av funnene.

5.1 Metodediskusjon

Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon og ikke bare tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander (Malterud, 2017). Grunnlags betingelser for vitenskapelig kunnskap kan deles i tre punkter; refleksivitet, validitet og relevans (Ibid.). I dette kapitlet diskuterer jeg disse punktene knyttet til denne studien. *Refleksiviteten* har jeg etterstrebet å få frem i form av at jeg stiller spørsmål ved mine fremgangsmåter og konklusjoner på en kritisk måte.

Validitet blir definert som sannhet, riktighet eller styrke i vitenskapelig kunnskap; om metoden undersøker det den faktisk sier at den skal undersøke (Kvale et al., 2015). Validering gjelder alle faser i forskningsprosessen og sier noe om hvor godt arbeidet har blitt gjort. Ved evalueringen av studiens validitet skal man stille spørsmål om relevans til formuleringen av problemstillingen, utvalget, datainnsamling, teoretiske perspektiver, analysestrategien og presentasjonsformen (Malterud, 2017). Jeg har forsøkt å tilstrebe validitet gjennom denne studien ved å gjøre mine tanker, valg og prosess gjennomskiktig for leseren, slik at det er mulig også for andre å vurdere dette. Jeg bruker mest plass på å reflektere rundt validiteten, og kommer tilbake til begrepet relevans mot slutten av metodediskusjonen.

Valg av egnet metode for datainnsamling er viktig for å oppnå troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Målet for datainnsamlingen var å samle informantenes subjektive erfaringer med FIT. Kvalitativt forskningsintervju ble vurdert som godt egnet som forskningsmetode.

Det kan diskuteres om en annen metode kunne gitt andre svar. Fokusgruppeintervju og kvantitativ spørreundersøkelse ble også vurdert. Fokusgruppeintervju har mange fordeler. Ulike sider ved bruken av FIT kunne da ha blitt diskutert og refleksjonsbredden kunne blitt enda større. Det er også utfordringer med å intervju mange samtidig. Blant annet kan den ene påvirke den andre og gruppedynamikken kan spille inn. Kvantitativ spørreundersøkelse kunne ha gitt datamateriale fra mange, men jeg vurderte at den ikke hadde bidratt til å gi dybdekunnskap om temaet mitt slik jeg ønsket. Mitt ønske var å gå i dybden av de personlige erfaringene med FIT og få erfaringsnære beskrivelser. Valget falt derfor på å bruke individuelle intervjuer.

Ved å snakke med et menneske kan man få direkte kjennskap til hans/hennes erfaringer (Malterud, 2017). Det ble gjennomført ti semistrukturerte individuelle intervjuer. Det kan diskuteres om flere intervjuer hadde gitt ytterligere kunnskap. Informantene ble rekruttert fra to kommuner. Det kan også stilles spørsmål om informanter fra flere kommuner hadde gitt ytterligere kunnskap. Med bakgrunn i informasjon som foreligger om at implementering og veiledning er viktige aspekter ved bruken av FIT, kan det vurderes at dette kunne ha gitt bredere datamateriale. Jeg vurderte å ikke ha flere informanter fordi store tekstmasser kan bli u håndterlige og uoversiktlige. En annen faktor som spilte inn på valget om å begrense rekruttering til to kommuner, var hva som lot seg gjennomføre innenfor tidsrammen som var satt.

Det at informantene ikke fikk intervjuguiden i forkant kan også være av betydning. Dette var et bevisst valg jeg gjorde. Muligheten til å forberede seg til intervjuet kan gjøres at man får tak i mer gjennomtenkte refleksjoner, uten forberedelser kan man få frem erfaringer som kommer til uttrykk mer spontant. Jeg ønsket å få tak i de sist nevnte. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide og det kan også stilles spørsmål ved i hvilken grad en intervjuguide påvirker intervjuet. Hverken jeg eller medforskeren fulgte intervjuguiden slavisk, men prøvde heller å følge videre det som informantene kom med. Intervjuguiden fungerte dermed mer som et støtteverktøy som man kunne bruke hvis intervjuet stoppet opp. Alle informantene snakket flytende og rikt om sine erfaringer.

Tre av intervjuene ble gjennomført på telefon. Lyden på opptaket var bra og det var lett å transkribere også de intervjuene. Slik sett var ikke dette av betydningen for validiteten. Det kan heller stilles spørsmål ved telefonintervju som en metode, siden det mellommenneskelige, tillit og trygghet kan spille inn ved kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015). Jeg spurte

informantene hvordan de hadde opplevd telefonintervjuet. De sa at de hadde vært litt spente, men at det gikk over alle forventninger. Det var god flyt også i disse intervjuene og det kom rikelig med datamateriale, noe som gjør at det kan vurderes at bruk av telefonintervju ikke var av en stor betydning i forhold til sluttresultater av denne studien.

Det å intervju selv i kombinasjon med å bruke eksterne intervjuere, kan anses å ha både styrker og svakheter. Min bakgrunn og forskerrolle har blitt belyst og diskutert i ulike sammenhenger tidligere i oppgaven. I en kvalitativ studie er ikke forskerens rolle nøytral (Malterud, 2017). Dette betyr at jeg uansett på en eller annen måte påvirker prosessen og funnene. For å imøtekomme kravene knyttet til rollen som søkende, nøytral og upartisk har jeg prøvd å fremstille data og funnene så korrekt og nøyaktig som mulig, slik at de kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap (Ibid.). Som tidligere nevnt så bygger kvalitative studier på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring. Med tanke på fortolkning har jeg redegjort for min forforståelse og prøvd å være transparent i alle faser i studien, spesielt i gjennomføringen av analysen. Menneskelige erfaringer i denne studien handler om informantenes beskrivelser av erfaringer med FIT. For å få frem disse har jeg prøvd så godt jeg kunne å sette tidligere kunnskap i parentes og opptre så forutsetningsløst som mulig. Jeg håper at denne tilbakeholdenheten har klart å løfte opp det som lå i datamaterialet slik at problemstillingen blir godt belyst.

Jeg er en forholdsvis uerfaren intervjuer, noe som kan utgjøre en svakhet ved studien. Samtidig er en viktig del av min yrkesutøvelse å bygge relasjon, tillit og trygghet med folk gjennom dialog. Dette opplevde jeg som en styrke i samtalene med informantene. I tillegg har jeg mye kunnskap og erfaring med FIT, noe som bidro til at jeg kjente intervjuetemaet godt. «En dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og på menneskelig interaksjon» (Kvale et al., 2015, s. 195).

Samarbeid med en medforsker kan sies å ha nøytralisert min egen påvirkning og det kan være aktuelt å stille spørsmål ved om han burde ha intervjuet flere av informantene, eller intervjuet uten min tilstedeværelse. Hvordan eller om dette hadde påvirket resultater er vanskelig å vite. Sett fra en side så har ikke han den samme kunnskapen om verktøyet og temaet som jeg har, men fra en annen side sitter han med sin erfaringskunnskap som også er viktig. Det at jeg utførte flesteparten av intervjuene selv, gjorde det mulig å bygge intervjuene på hverandre. Dette åpnet for at jeg fikk gått dypere i tematikken rundt redselen for SRS – vurdering av

timen. Jeg har helt fra starten av ønsket å få frem både positive erfaringer og utfordringer med FIT.

Når det gjelder utvalget så var informantene rekruttert fra to i stedet for en kommune. Dette for å få et bredere datagrunnlag og fordi jeg er en del av tjenesten i en av kommunene. Ansatte i de to kommunene hadde ulik fartstid i bruken av FIT. Tjenestene hadde ulikheter i kursing av ansatte og i veiledning, og i måten å bruke feedback på i tjenestene. Informantene var fra ulike aldersgrupper og hadde flere typer psykiske helseutfordringer av ulik alvorlighetsgrad. Samlet ga dette mer spredning i materialet. En mer homogen gruppe kan medføre liten spennvidde i resultatene (Graneheim & Lundman, 2004). Samtidig så kan man tenke at resultatet hadde blitt annerledes om undersøkelsen hadde blitt gjort i andre kommuner. Dette fordi forskningen tyder på at det er mange kontekstuelle faktorer som kan påvirke bruken av FIT. Det som kan ses som en styrke er at tidligere forskning på brukernes erfaringer med FIT også har kommet frem til noen av de samme resultatene som denne studien. Med bakgrunn i dette kan det hevdes at informantenes erfaringer bærer preg av variasjon og bredde, noe som styrker studien. For å kunne vurdere til hvilke sammenhenger funnene kan være *overførbare*, er det viktig å beskrive konteksten for studien (Malterud, 2017). Jeg har også med dette for øye forsøkt å presentere forskningsprosessen så konkret og transparent som mulig.

Jeg gjennomførte transkribering av materialet selv. Dette ser jeg som en styrke, fordi jeg fikk følge materialet fra lyd til tekst og kunne ivareta meningsinnholdet. Dette var også en fase hvor jeg ble enda bedre kjent med materialet. Jeg har tidligere belyst at norsk ikke er mitt morsmål og hvordan dette kan utgjøre en svakhet i gjennomføringen av intervjuer og transkribering. Jeg har skrevet om de grepene jeg tok for å kvalitetssikre teksten og innholdet og slik sett har jeg forsøkt å gjøre det mulig å vurdere de eventuelle språklige svakhetene mine utfordringer kan ha medbragt.

Det forventes at vitenskapelig kunnskap bringer *relevans* i form av ny erkjennelse som kan brukes til et eller annet, men det endelige svaret om relevansen får vi ikke før studien er ferdig (Malterud, 2017). Hensikten med studien var at resultatene kunne være til hjelp for behandlere som bruker FIT og øke forståelsen rundt FIT, slik at brukere kan få bedre tjenester i fremtiden. Resultater fra denne studien vil bli tatt i bruk i de tjenestene som har vært involvert. Underveis av studien har jeg også fått henvendelser fra ulike hold som ønsker å lese og lære om resultatene. Jeg har gjort et dypdykk i forskningen og litteraturen på feltet og i diskusjonen av studiens funn har jeg klargjort hvordan disse sammenfaller eller avviker fra det vi allerede vet

(Malterud, 2017). Ved å gjøre dette og ved å spre kunnskap om funnene, forsøker jeg å ivareta relevansen og den pragmatiske valideringen av denne studien.

5.2 Diskusjon av studiens funn

I studiens problemstilling spør jeg hvilke erfaringer informantene, som har hatt kontakt med en kommunal psykisk helsetjeneste, har med FIT.

I Norge har kommunenes ansvar økt for å tilby psykiske helsetjenester. Det er et stort behov for gode og effektive tjenester. For å få ressurser til dette må tjenester kunne dokumentere resultater. Brukermedvirkning ses som en viktig strategi for å øke kvaliteten i tjenestene, men som ikke er godt nok ivaretatt (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Behandlerens holdninger og genuin interesse for brukerens behov er viktige aspekter som påvirker gjennomføringen av brukermedvirkning (Storm et al., 2009). For å kunne imøtekomme utfordringene i feltet og kravene om økt brukerinnflytelse ser det ut til å være behov for hjelpemidler i en eller annen form.

Utviklerne av FIT skriver at FIT sikrer brukermedvirkningen i tjenestene (B. Duncan et al., 2008). Tidligere forskning på brukererfaringer med FIT tyder også på dette (Lejon & Wangberg, 2014; Sundet & Johansen, 2012; Tuseth et al., 2006). Disse studiene har samlet sett hatt forholdsvis lite informantgrunnlag og det kan derfor ses som viktig at dette blir undersøkt av flere. Denne studiens funn viser at brukerne i stor grad erfarer en god innflytelse i behandlingen og et likeverdig samarbeid ved bruk av FIT.

På bakgrunn av denne studiens informantutsagn og de ovenfor nevnte studiene, kan det bekreftes at FIT er et verktøy som kan brukes til å sikre og øke brukermedvirkning, slik også Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet (2017; 2014; 2005) anbefaler.

Det er en bevegelse i det psykiske helsefeltet fra sykdomstenkning mot bedringstenkning, der menneskers egne erfaringer med hva som hjelper og brukerens aktive rolle verdsettes. Resultatene fra denne studien forteller om hvordan FIT bidrar til dette. Om sykdomsmodellen er nyttig og tilstrekkelig i det psykiske helsearbeidet kan diskuteres. Brukerne i denne studien vektla betydningen av det kontekstuelle perspektivet og likeverdigheten i samarbeidet. Det var viktig at det var rom for å snakke om andre tema enn sykdom og de psykiske helseutfordringene, at man kunne snakke om livet og føle seg sett og møtt som et (helt)

menneske. Tidligere studier på hva brukerne ser som godt psykisk helsearbeid har også pekt på viktigheten av dette (Larsen, 2011).

5.2.1 Brukermedvirkningens tydelige plass ved bruk av FIT

Funnene danner grunnlag for å få økt kunnskap og forståelse av brukeres erfaringer med FIT. Hovedfunnene viser at FIT kan bidra til et likeverdig samarbeid mellom bruker og behandler der brukeren har en betydningsfull rolle og hvor brukermidvirkning styrkes gjennom bruken av ORS (opplevelse av den siste uken) og SRS (opplevelse av timen). FIT er på mange måter et godt verktøy som kan bidra positivt i samtaler, øke bevisstgjøring og motivere brukeren. Det at brukeren får en god forklaring og forstår hensikten med verktøyet avgjør hvilken nytteverdi den enkelte opplever å få ut av det. Det fremkommer også at SRS byr på utfordringer. En nyttig bruk krever tydelig forklaring på hva hensikten med dette verktøyet er og på konsekvenser av lavere skåringer for brukeren. Brukeren trenger også hjelp av behandleren til å bli trygg på å anvende verktøyet.

En god innflytelse, som funnene viser at brukeren kan erfare ved FIT, er viktig i lyset av forskningen som viser at hjelpen brukeren ønsker seg og erfarer som hjelpsom ikke alltid stemmer med fagfolkens forståelse og vurdering (Skjeldal, 2017; Steinsbekk et al., 2013). Hjelpsom hjelp defineres fremdeles og utformes først og fremst fra et profesjonelt perspektiv (Klevan, 2017), men brukernes erfaringer fra denne studien viser at FIT er et virkemiddel som kan brukes til å få endret på dette.

Brukerens aktive rolle i sin behandling er ønskelig av brukerne (Haukland et al., 2017). Denne studiens funn viser at FIT bidrar til en aktiv deltagelse og ansvarliggjøring. Det kommer frem i resultater at brukeren kan erfare det å jobbe med FIT først som noe uvant og det kan også erfares som noe tøffere enn hva brukeren er vant til fra tidligere. Derfor ble betydning av å ville delta i behandlingen selv og å se verdien av å bli ansvarliggjort viktig. B. Duncan et al. (2008) skriver at brukere som betrakter behandlere som ekspert ikke forstår verdien av en samarbeidende relasjon og utfordrer behandleren. For å kunne møte denne type utfordringer i bruken av FIT kan det være til hjelp å utforske den terapeutiske alliansen sammen med brukeren (Bargmann, 2017; B. Duncan et al., 2008).

Å bryte ut av en tradisjonell brukerrolle hvor brukerstemmen ikke har blitt ansett som verdifull krever også at brukeren blir overbevist om at stemmen deres er viktig og ønsket. Det er sentralt i bruken med FIT at brukerstemmen blir fremhevet som kilde til kunnskap og løsninger (B. L.

Duncan & Miller, 2000), men FIT er bare et verktøy. Hva som skjer i praksis avhenger av behandleren og maktforskyvningen. Teoretisk sett betyr dette at behandleren må gi fra seg makt, mens brukeren myndiggjøres og tildeles makt (Ørstavik, 2008). En informant var usikker på om det var rom for hennes tanker og ønsker. Informanten hadde ikke fått en god forklaring på hva FIT er og hva hensikten med å bruke dette verktøyet er. Kan dette forklare brukerens usikkerhet, eller ligger det noe i holdningen til behandleren?

Resultatene belyser også betydningen brukermedvirkning har hatt for brukerne i samarbeidet ved anvendelsen av FIT. Å få økt forståelse av *hva* brukermedvirkning handler om ved bruk av FIT og *hvordan* brukermedvirkning kan bli realisert ved bruk av FIT er viktige aspekter, men *hvorfor* dette er viktig for brukeren kan få frem en dypere betydning av grunnen til å bruke et sånt verktøy. Funnene viser at brukermedvirkning er viktig for brukeren fordi man opplever å bli hørt, forstått og tatt på alvor. Dette er et grunnleggende behov hos alle mennesker uavhengig psykiske helseutfordringer (B. Duncan et al., 2008). Denne opplevelsen kan vurderes å styrke brukerens kontroll, autonomi og selvstendighet. Empowerment betraktes som en strategi som styrker menneskers kontroll og innflytelse over utformingen av behandlingen (Storm et al., 2009). Disse opplevelsene beskriver empowerment innfallsvinkelen til brukermedvirkning som fenomen ved bruk av FIT. Funnene viser også den personlige betydningen av det å kunne medvirke i form av en opplevelse av at en betyr noe som en person. Disse elementene blir sett som viktige i bedringsprosessen (Haukland et al., 2017).

I tillegg viser funnene at brukermedvirkning igjennom FIT kan bety raskere hjelp, individuelt tilpasset hjelp og den hjelpen man trenger. Viktigheten av disse aspektene blir løftet frem i den nye strategien for god psykisk helse (2017-2022) med tanke på utvikling av tjenestene fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Medvirkning bidrar også til økt motivasjon til å fortsette i behandlingen, noe som er betydningsfullt med tanke på en av de største utfordringene i feltet, nemlig drop-out (Bargmann, 2017).

Det kom frem i studien at FIT kan bety spesielt mye for brukere med sammensatte eller langvarige psykiske helseutfordringer. En informant som hjelpeapparatet ikke hadde klart å hjelpe hittil erfarte at FIT gjorde en viktig forskjell. Tilbakemeldingene igjennom FIT hjalp brukeren og behandleren med å se når hjelpen ikke hjalp slik at de kunne aktivt jobbe videre med å finne noe annet som hjalp. Behandleren låste seg ikke i metoder eller prosedyrer, men var lydhør ovenfor brukeren om hva som kan hjelpe. Denne erfaringen var meget

betydningsfull for dette mennesket som tidligere hadde opplevd å bli stemplet som behandlingsresistent. B. Duncan et al. (2008, s. 57) skriver at «vi må erstatte den manglende bekreftelsen som klientveteraner ofte møter i hjelpeapparatet med anerkjennelse og empati» og skape et samarbeidende felleskap. Bargmann (2017) skriver om skeiv og uhensiktsmessig bruk av ressurser i behandlingssystemet. Med dette menes det at 60-70% av de samlede utgiftene i behandlingssystemet brukes på behandling til brukere som ikke har nytte av terapi eller som får det verre mens de er i behandling (Ibid.). Både brukererfaringene fra denne studien og annen forskningen på FIT fra tidligere (Hannan et al., 2005) tyder på at FIT kan gjøre en forskjell som er betydningsfull både individuelt og økonomisk i denne sammenhengen.

Brukererfaringer fra de to kommunene hadde ikke store forskjeller, men det var en situasjon hvor man kunne se noen ulikheter. Dette var i situasjoner hvor ORS viste at hjelpen ikke hjalp. I den ene kommunen hadde informanter erfart at behandleren i sånne situasjoner først og fremst valgte å finne en måte å utvikle seg selv på, slik at man ble i stand til å hjelpe brukeren. I den andre kommunen kunne det se ut som behandleren henviste raskere videre. Forskjellen kan kanskje forklares i lyset av at den ene kommunen aktivt har jobbet med å utvikle behandlere ut fra *deliberate practice* (se s.26) tenkning. Tilbakemeldingene kan brukes til å påpeke behandlerens forbedringsbehov (Rousmaniere, 2017). Funnene viser at behandleren blant annet hadde søkt ny kunnskap igjennom litteratur og ved å sette seg inn i en ny metode. B. Duncan et al. (2008) skriver at de ulike behandlingsformene egentlig ikke er mer forskjellige enn at det er mulig i løpet av en kort tid å tilegne seg nok kunnskap for å kunne ta dem i bruk. Funnene viser at dette kan ha flere betydningsfulle aspekter for brukeren. Det ene er opplevelsen av at behandleren virkelig bryr seg og tar brukeren på alvor, det andre er forståelsen av å se at behandleren også er et menneske med sine begrensninger. Dette styrker relasjonen og gir mye håp. Disse er noen av de viktigste elementene i behandlingssamarbeidet for å skape endring hos brukeren (B. Duncan et al., 2008).

Forskning viser at behandlerens evne til å etablere terapeutisk allianse med brukere er av avgjørende betydning til å forklare behandlerens effektivitet og for å oppnå effekt av psykoterapi (Baldwin, Wampold, Imel & La Greca, 2007; Norcross, 2011). Den terapeutiske alliansen refererer til kvaliteten og styrken av samarbeidsrelasjonen mellom bruker og behandler (Bargmann, 2017). Studiens materiale viser at relasjonen med behandleren som brukte FIT hovedsakelig ble erfart som god og at brukeren opplevde likeverdighet og gjensidighet i samarbeidet. Brukeren kan jo oppleve en god relasjon også uten FIT, men det

er viktig å få frem hvordan brukerne erfarer relasjonen også i denne sammenhengen, siden det relasjonelle aspektet og alliansen er essensielt i FIT (B. L. Duncan, Jahr & Lambert, 2012).

Den første delen av resultatene viser samlet sett at brukerne har erfart at FIT bidrar til økt brukermedvirkning. I tillegg viser funnene at samarbeidet erfares som likeverdig. Disse funnene bekreftes også av tidligere forskning (Lejon & Wangberg, 2014; Sundet & Johansen, 2012; Tuseth et al., 2006). Det som ikke er belyst så mye tidligere er hvilken betydning medvirkning i implementeringen av FIT i behandlingen med brukere har for han/henne, og den spennende balansen av medmenneskelighet og profesjonalitet som blir erfart mellom bruker og behandler. Denne studiens funn kan gi et ekstra bidrag til å utvide vår forståelse av dette. Brukermedvirkning og relasjon er ikke en statisk vare, men er noe som skapes i møtet mellom mennesker, og det er derfor viktig å huske at dette alltid påvirkes av de menneskene som møtes.

Til slutt kan man undre seg over vanskene det psykiske helsefeltet har med å endre på holdninger og praksis som imøtekommer og ivaretar brukermedvirkning. Forskning tyder på at det er tungt å endre godt innarbeidede strukturer og vaner (Aamodt, 2014). Man stiller sjeldent spørsmål til det som man finner naturlig. Derfor kan den usynlige makten komme snikende til tross for at behandleren har en intensjon om å tilrettelegge for brukermedvirkning (Ibid.).

Trenger vi å anvende et verktøy for å få til en endring til at vi møter brukere som likeverdige mennesker? Må vi ha et verktøy for å gå ned fra «tronen»? Funnene fra denne studien viser at brukere opplever at det kan skje ved bruk av FIT. Informantene i denne studien hadde tjenester fra kommunen og man kan kanskje tenke at en holdningsendring og endring fra sykdomstenkning til recovery-tenkning kan være lettere å få til i kommuner enn i spesialisthelsetjenesten, og at funnene derfor ble så positive. Tidligere forskning (Lejon & Wangberg, 2014) og litteratur (Bargmann, 2017) viser at dette ikke trenger å være tilfellet. FIT kan være et verktøy som øker brukernes opplevelse av likeverd og medbestemmelse.

5.2.2 Verktøyets mange muligheter utnyttes bare hvis FIT gjøres til “brukerens verktøy”

Tidligere forskning peker på at for å kunne oppnå intensjonene med FIT så må behandleren ha en god forståelse av det og bruke det riktig (Lejon & Wangberg, 2014). Betydningen av en god implementering i tjenesten fremheves (B. L. Duncan, 2010). Funnene fra denne studien

bekrefter at dette er viktig også ut fra brukerens ståsted, men viser at dette alene ikke er nok. For brukeren er det viktig at det er en implementeringsfase når FIT tas i bruk i behandlingen. Videre er det avgjørende at behandleren klarer å formidle sin forståelse av verktøyet på en god og forståelig måte, slik at brukeren kan forstå hensikten med FIT og oppleve dette verktøyet som nyttig. Dette har ikke blitt belyst så mye av tidligere forskning.

Implementering av FIT i de to tjenestene som var med i studien har vært forankret i ledelsen, og det har foregått systematisk opplæring og veiledning av behandlere i bruken av dette verktøyet. De fleste behandlere har flere års fartstid på bruken av verktøyet. Derfor virker det kanskje lite sannsynlig at funnene av manglende forklaring eller mindre aktiv bruk kan skyldes disse faktorene? Bargmann (2017) skriver at behandlerens måte å skape feedbackkultur på er avgjørende. Dette handler blant annet om måten behandleren reagerer på kritisk feedback på, i hvilken grad behandleren oppriktig ønsker ærlig feedback og i hvilket omfang dette kommuniseres tydelig til brukeren. Implementering (hvordan tjenesten og behandleren kan begynne å bruke FIT) er et relativt ubeskrevet tema (Ibid.) og mye av litteraturen om implementering fokuserer mest på å gjøre FIT faglig meningsfullt for behandlere. At noen informanter opplevde at de ikke hadde fått god nok forklaring, kan kanskje forklares med at det har vært mer fokus på behandlere og tjenesten ved implementering enn på brukernes behov.

Kan relasjonsteori også gi økt forståelse for funnene som peker på at brukeren har behov for en implementeringsfase av verktøyet? Relasjonen er et gjensidig og interaktivt forhold der begge påvirker hverandre (Aamodt, 2014). I lys av relasjonsteori vektlegges betydningen av gjensidighet og likeverd. Bli dette ivaretatt når verktøyet blir presentert og tatt i bruk? Er dette en fase hvor brukeren opplever en rolle som mottaker eller aktiv medvirker? Informantene ble spurt om de syntes det var greit å bruke verktøyet, men ellers beskrev de implementeringen som en situasjon hvor behandleren snakket om FIT, de lyttet og tok imot denne informasjonen. Rollen deres var relativt inaktiv. Det kan derfor spørres om det er behov for større gjensidighet i implementeringsfasen for å imøtekomme brukernes behov.

Et viktig kjennetegn på en god psykisk helsetjeneste ut fra brukernes perspektiv er forutsigbarhet og god informasjon (Steinsbekk et al., 2013). Funnene fra denne studien viser at dette er også viktig ved bruk av FIT. Behovet for forutsigbarhet og god informasjon kom frem ved individuell bruk av FIT, men også knyttet til bruken av FIT i kurssammenheng. Bargmann (2017) skriver at en god praksis ved gruppebruk av FIT kan være å be medlemmene

møte opp 15 minutter før gruppen starter, slik at behandlere kan få overblikk over skåringene til de enkelte og får muligheten til å følge dem opp. Det kan også være hensiktsmessig å avslutte gruppe 15 minutter tidligere for at deltagerne sammen kan reflektere og gi tilbakemeldinger på hvordan gruppen har vært før de går. Dette tilsvarer de ønskene informantene i denne studien hadde for å gi tilbakemeldinger på kurs.

Tidligere forskning tyder på at det kan være utfordrende for brukeren å benytte ORS (opplevelse av den siste uken) (Lejon & Wangberg, 2014; Sundet & Johansen, 2012). Grunnen til dette har vært at skalaenes enkle utforming blir for snever for å uttrykke kompleksiteten i livet, at man har ønsket å ta vare på behandleren eller at det har vært vanskelig å fortelle hvor dårlig man egentlig er (Ibid.). Funnene viser at det var noen erfaringer med at FIT kan bli for enkel og det er derfor viktig å huske at et skjema aldri kan «fange» opp et liv. FIT må derfor ses som et verktøy med sine fordeler og mangler. Det kom også frem flere erfaringer om at det var godt å skåre lavt når man hadde det dårlig fordi det ikke var så enkelt å finne ord på det vonde. Et annet aspekt som kom frem i denne studien var redselen for konsekvenser av å skåre hvor dårlig man har det med tanke på mulig innleggelse. I tillegg til dette kom det frem behov for å vite om alternativer hvis en ikke fikk det bedre (ORS går ikke opp) for å unngå usikkerhet og frustrasjoner underveis. Dette fører oss tilbake til behovet for forutsigbarhet og god informasjon (Steinsbekk et al., 2013).

Øiestad (2006) mener at det å få kritikk kan vekke følelser av skam som er det motsatte av aksept. Skam kan gjøre oss redde for å gjøre feil eller for å være ubrukelige. Dette kan påvirke behandleren. Kan også noen brukere føle skam hvis ORS ikke går opp? Dette hvis brukeren ser ORS som en tilbakemelding til seg selv på at jeg ikke har jobbet bra nok. Det er behandlerens ansvar å forklare at FIT kun er et verktøy, ikke en evaluering hverken av behandleren eller brukeren som et menneske. I tillegg må behandleren ha en ekte tro på at brukers tilbakemeldinger er viktig for behandlingen og resultater. Brukers tanker må tas seriøst av behandleren fremfor å bli avvist eller tolket som motstand (Bertolini & Miller, 2012). Det er først når tilbakemeldingene fra brukeren får konsekvenser i praksis at ordene får sin kraft (Øiestad, 2011). Hvis dette ikke skjer kan ord virke mot sin hensikt og være respektløs og sårende (Ibid.). Det er også viktig at behandleren har en bevissthet om hvordan en kan unngå invadering (Øiestad, 2011). Dette handler om å ikke slå fast noe kontra å påpeke noe. Dette er viktig uansett hvilken vei tilbakemeldinger går; fra behandler til bruker eller motsatt. Brukeren må få mulighet til å nyansere eller utfylle med sine tanker.

Som tidligere beskrevet sier den danske filosofen, K.E. Løgstrup (2010), at vi kan ikke møte et menneske uten å holde en bit av hans/hennes liv i våre hender. Ved bruk av FIT betyr dette i praksis at vi må ta en vurdering på hva vi gjør med tilbakemeldingene, slik at vi kan bidra til beste for brukerne. Behandleren må også ta vurderinger på om det er noen situasjoner hvor dette verktøyet ikke er det beste. Vi har et ansvar i samarbeidet.

Tidligere studier om brukeres erfaringer med FIT har pekt på dette verktøyets mangfold på muligheter det kan gi som et samtaleverktøy (Lejon & Wangberg, 2014; Sundet & Johansen, 2012). Funnene fra denne studien bekrefter tidligere funn og viser at FIT også kan tydeliggjøre den jobben brukeren selv har gjort, noe som er viktig for å øke motivasjonen. Forskning viser at brukerens engasjement i behandlingen er den sterkeste indikatoren for om det vil skje endring som følge av behandling (Bargmann, 2017). I tillegg er det viktig å få frem at brukere erfarer FIT som et verktøy som effektiviserer arbeidet og gir hjelpen godt innhold.

Kommuner står foran utfordringer og har behov for å finne effektive måter å hjelpe innbyggerne med sine psykiske helseutfordringer. Kommunene må ha et godt innhold i disse tjenestene for å møte utfordringene, som det innledningsvis ble forklart om i denne studien. For å få til dette er det viktig med nytenkning og kreativitet; å ha innovative løsninger og tjenester. Tidligere forskning tyder på at behandling basert på brukerens tilbakemeldinger kan være selve grunnlaget for faglig utvikling (Austdal, 2015).

5.2.3 Feedbackens natur kan gi økt forståelse for vanskene med SRS (opplevelse av timen)

Bruk av FIT innebærer også tilbakemeldinger til behandleren om samarbeidet. Dette gjelder både relasjonelle, metodiske og tematiske aspekter i samarbeidet ved utfylling av SRS. Funnene i denne studien viser at dette kan være utfordrende for brukeren. Tidligere forskning har pekt på at behandlere har erfart utfordringer knyttet til bruk av SRS i form av høye (for gode?) skårer på SRS (Sundet & Johansen, 2012). Dette til tross for at de prøver å vise at lavere skår er ønskelig. Behandlers tanker om hva dette kunne handle om var blant annet vansker med å differensiere svar, redsel for å ikke få hjelp eller redselen for å bli avvist. En studie viser at noen brukere i en rusbehandlingsinstitusjon var redde for å komme i konflikt med sin behandler hvis de gav en negativ tilbakemelding og at dette kunne medføre negative konsekvenser (Lejon & Wangberg, 2014). Tidligere forskning har pekt på disse utfordringene, men det er forholdsvis lite belyst hvordan brukere har erfart disse utfordringene eller hva de

tenker kan gjøre bruken av SRS lettere for dem. Derfor kan resultater fra denne studien øke forståelsen for utfordringene med SRS og hjelpe behandlere til å gjøre bruken lettere.

Vi kan være engstelige for å formidle noe om oss selv eller om andre på grunn av angsten for å gi kritikk; utfordringer ved å være tydelig, angsten for forskjellighet (likhet/enighet gir en følelse av aksept og trygghet og forskjellighet/uenighet kan derfor vekke følelser av det motsatte), redselen for å miste besinnelsen, redselen for å såre andre, (overdreven) høflighet, tilbakeholdenhet av strategiske grunner og feighet/hensynsfullhet (Lejon & Wangberg, 2014; Øiestad, 2011).

Funnene fra denne studien viser at brukere har et behov for å snakke om skåringene hvis de skårer lavere på SRS. Det er en fin grense mellom empatisk tilbakemelding og invasjon som kan gjøre feedbacken vanskelig for oss. Hvor grensen går er subjektivt og situasjonsavhengig, skriver Øiestad (2011). Hun poengterer viktigheten av å ha bevissthet om hvordan vi kan unngå invadering. Forskjellen handler om å slå fast noe kontra å påpeke noe, slik at den andre får mulighet til å nyansere eller utfylle (Ibid.). Dette kan også forklare behovet for å snakke om skåringene, som brukere i denne studien opplever å ha. Det er viktig å gi dem denne muligheten for å unngå opplevelse av invasjon.

Øiestad (2011) beskriver viktigheten av å uttrykke et ønske om tilbakemeldinger eller å formulere et behov for det. Dette fordi det vekker lysten til å gi tilbakemeldinger. En gjør seg litt sårbar ved å fortelle til den andre om sitt behov for tilbakemeldinger, tar ned sin egen status og i tillegg viser en tillit og tiltro til den andres evne til å gi det. (Ibid.) «Det kan oppstå en likeverdighet som vanligvis er god for begge parter, og som nesten alltid vil bedre kommunikasjonen» (Øiestad, 2011, s. 126). På denne måten kan også SRS bidra til brukermedvirkning og bedre relasjon. Funnene viser at bruken av SRS kunne oppleves som utfordrende til tross for at relasjonen med behandleren var god og trygg. Når vi ber om tilbakemeldinger risikerer vi å få kritiske innspill. Det er viktig for både behandler og bruker å vite at både positiv og korrigerende feedback er viktige verktøy, og at det kan være nødvendig å få korreksjoner for å komme videre, lære og nå målene. «Kritikk betyr «*vurderende granskning, bedømmelse, dom*», men korreksjon defineres som «*rettelse, forbedring*» (Øiestad, 2006, s. 43). Det er det sist nevnte som er hensikten ved SRS. Funnene viser at det er nettopp denne forskjellen som bør tydeliggjøres ved bruk av SRS. Dette fordi bruken av SRS ble erfart som et kritikkark, en evaluering eller bedømming av behandleren eller jobben behandleren gjør. Brukerne forventet at lave skåringer derfor skulle bli vanskelig

for behandleren. Funnene viser også at brukere kan ha vansker som utfordrer angsten deres for konflikt.

Årsaken til at informantene erfarte bruken av SRS på denne måten kan forstås i lyset av feedbackens natur. «Mennesker er sårbare for kritikk; frykten for avvisning blir lett vekket» (Øiestad, 2011, s. 139). Kritikk kan tolkes som en fare. Derfor kan vi fort gå i forsvar. «Når mennesker kritiserer hverandre, oppstår det lett negative sirkler» (Øiestad, 2011, s. 140). Det er derfor forståelig at brukeren tenker at lave skåringer, som forventes å bli sett som kritikk, blir vanskelig for behandleren og kan utfordre relasjonen mellom brukeren og behandleren. Dette kan kanskje også forklare hvorfor det at behandleren sier at det er ønskelig å få lavere skår ikke uten videre hjelper brukeren med å gi det. Denne studiens funn peker mot at det er viktig å forklare forskjellen mellom kritikk og konstruktiv korreksjon i implementeringen av FIT med brukeren.

I FIT litteraturen skrives det om å skape en feedback kultur (Bargmann, 2017; B. Duncan et al., 2008; Valla, 2014). Med dette menes det at behandleren må skape en atmosfære hvor brukeren opplever frihet til å vurdere sin opplevelse av samarbeidet. Det å oppnå relevant feedback fra brukere krever mer enn et verktøy. For å kunne få til dette trenger brukeren å forstå hensikten med SRS godt og hvordan feedback i/om timen kan brukes i behandlingen (Bertolini & Miller, 2012). Bargmann (2017) beskriver en måte å presentere SRS på. I presentasjonen vektlegges det noen av de samme temaer som også informantene i denne studien ønsker seg. Dette får meg til å tenke på om det å skape en feedbackkultur beskriver en type implementeringsfase for brukeren, men for at dette blir gjort på riktig måte i praksis så må behandleren ha en større forståelse for utfordringene med det og hva det vil si for brukeren. I så fall kan funnene fra denne studien bidra til å gi økt forståelse for det.

En kan undres over om det alltid er nødvendig å få ærlige tilbakemeldinger på SRS? Valla (2014) skriver at det er viktig å være åpen, nysgjerrig og interessert i tilbakemeldingene og legge til rette for at de kan være så ærlige som mulig, men bruk av tilbakemeldingsverktøy er ikke et røntgenbilde av sannheten. Det er en tilbakemelding på det brukeren ønsker å formidle til behandleren sin. Behandleren kan enten velge å undre seg over høye (for gode?) SRS-skåringer eller la det være. Hvordan behandleren forholder seg til dette er avgjørende. Øiestad (2011) skriver om hverdagsløgn som «lim» i sosiale situasjoner. Dette brukes for å ikke å såre andre eller for å beskytte oss selv. Hun mener hverdagsløgner inngår i vanlige

høflighetsnormer og som en del av kunsten å gi feedback (Ibid.). Kan man da tenke at litt «rause» SRS-skåringer i noen sammenhenger også kan være til fordel for samarbeidet?

Studiens funn peker på viktigheten av både avklaringer, forklaringer og trening ved bruk av SRS. Trening kan ses å gjelde både behandleren i form av presentering av SRS og brukeren i form av å trene på å gi tilbakemeldinger i form av konstruktiv korreksjon. Det at brukeren kan trenge øving på dette, at det er uvant, er for så vidt ikke vanskelig å forstå når vi tenker på hjelpeapparatet generelt. Hvor ofte blir vi spurt om å gi systematiske tilbakemeldinger når vi er hos lege, saksbehandler i NAV eller en annen tjenesteyter?

Studiens funn gir oss noen forslag på hva som kan gjøre bruken av SRS lettere for brukere. Det ene handler om forklaringer. Tydelighet på at SRS ikke handler om kritikk, men nødvendige korreksjoner, kan ses som viktig. Det andre handler om avklaringer, slik at bruken blir mer trygg. Gode relasjoner forsterkes ved at partene tør å korrigere hverandre (Øiestad, 2006). Når påpeking av feil eller blindspor gis sammen med tips om alternative handlemåter, blir tilbakemeldingen konstruktiv og hjelpsom. Det å hjelpe brukeren med å lære hvordan man kan gi korreksjoner på en god måte kan gjøre det lettere å gi nyansert feedback. Øiestad (2006) skriver at formidlingen kan bli lettere hvis det gis i en form hvor en inkluderer hvilken intensjon en har med tilbakemeldingen. Inkludering av positive intensjoner i korreksjoner gjør det mindre farlig å gi dem. En annet forslag som kan gjøre formidlingen av korreksjonen lettere er å reformulere det til et ønske (Ibid.). Dette fordi fokuset da kan kobles over til løsninger og en plan videre, noe som egentlig er poenget også med lavere SRS skåringer. I presenteringen av SRS er det viktig å formidle at behandleren ikke vil bli støtt eller defensiv som reaksjon på negativ feedback (Bargmann, 2017). Funnene fra denne studien viser at utfordringene brukere har med å gi lavere SRS-skår knyttes også til deres egen personlighet og utfordringer. Derfor kan det være like viktig å formidle at brukeren ikke blir sett som en «kritiker» ved lavere skåringer. Ved bruk av negative/kritiske tilbakemeldinger er det viktig å unngå å sette negative merkelapper på den andre (Øiestad, 2006).

5.3 Avslutning (konsekvenser og implikasjoner)

Med utgangspunkt i studiens hensikt og problemstilling vil jeg trekke noen konklusjoner fra resultatene og belyse den praktiske betydningen som foreligger i disse, i tillegg til anbefalinger for videre forskning.

Når jeg startet med denne studien hadde jeg ønske om å øke kunnskapen om ulike sider ved FIT og reflektere rundt om det kan bidra til at brukere får bedre tjenester i fremtiden. Jeg selv ser tre viktige funn i oppgaven min som kan bidra til at det kan tilbys bedre tjenester for brukere i fremtiden:

1. Brukermedvirkning: Funnene bekrefter at informantene i undersøkelsen opplever en god innflytelse ved bruk av FIT og at dette kan være et nyttig verktøy for å øke og sikre brukermedvirkning i tjenester. I tillegg til dette belyser funnene hvorfor brukermedvirkning er viktig for brukeren når de mottar tjenester fra den kommunale psykiske helsetjenesten. Med andre ord kan dette gi oss en dypere forståelse av anvendbarheten av et verktøy som FIT.
2. Brukerens behov for en implementeringsfase: Funnene belyser behovet brukeren har for en personlig implementering ut fra sitt ståsted (mye av fokuset på implementeringen kan ligge hos behandler og tjeneste). Dette kan gi behandlere økt fokus på brukermedvirkning i denne fasen og gi en forståelse for hva brukere har behov for i implementeringen av dette verktøyet.
3. utfordringene med SRS – vurderingen av den enkelte timen: Funnene belyser hvordan brukeren erfarer disse utfordringene og hva som kan gjøre bruken lettere. Dette kan gi behandlere en forståelse for disse utfordringene og hjelpe med å løse dem i det praktiske arbeidet.

Ellers så gir funnene viktig kunnskap om hva deliberate practice, behandlerens målrettet reflektert praksis, kan bety for brukere med sammensatte/langvarige psykiske helse utfordringer. Dette kan være en vei for kommuner å gå med tanke på det ansvaret og utfordringene som foreligger, og gi dem flere verktøy i arbeidet med ulike brukergrupper som av noen oppleves som ekstra krevende. FIT kombinert med deliberate practice er relativt nytt innen psykisk helsearbeid (Miller, Hubble, Chow, Seidel & Hilsenroth, 2013). Dette er definitivt et område som bør forskes videre på, også ut ifra brukerperspektivet, for å få en økt forståelse for suksessfaktorer og utfordringer.

Hittil har forskning på brukernes erfaringer med FIT blitt mest belyst ut fra voksne menneskers perspektiv. Det kan derfor ses som viktig å få belyst også barn og ungdoms erfaringer med dette verktøyet gjennom videre forskning.

Litteraturliste

- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforl.
- Amble, I. A. (2016). Will patient feedback improve Quality and Outcome in Psychotherapy? Implementation and validation of the online feedback system OQ®-Analyst in Norway: A multi-site RCT study. Oslo: UiO.
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid : en gang til*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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
- Anker, M. G., Sparks, J. A., Duncan, B. L., Owen, J. J. & Stapnes, A. K. (2011). Footprints of Couple Therapy: Client Reflections at Follow-Up. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(1), 22-45. doi: 10.1080/08975353.2011.551098
- Askheim, O. P., Starrin, B., Tengqvist, A. & Winqvist, T. (2007). *Empowerment : i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Austdal, S. V. (2015). *Klient- og resultatstyrt praksis i psykisk helsearbeid - Et terapeutperspektiv på implementering og tjenesteutvikling*. (Mastergradsoppgave). Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., Imel, Z. E. & La Greca, A. M. (2007). Untangling the Alliance–Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bargmann, S. r. (2017). *Feedback Informed Treatment, en grundbog* (1.utgave utg.). København: Akademisk Forlag.
- Bertolini, B. & Miller, S. D. r. (2012). *The ICCE Feedback Informed treatment Manuals* (Vol. 1-6). Chigago: IL:ICCE.
- Beston, G., Holte, J. S., Eriksson, B. G. & Hummelvoll, J. K. (2005). Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid *Rapport nr 8-2005*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling Hentet fra <https://samforsk.no/Publikasjoner/Recoveryorienterte%20praksiser.pdf>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd ed. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- 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: 10.1080/10503307.2012.673023
- Den Nasjonale forskningsetiske komiteen. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Donovan, R. M. (2007). Brukermedvirkning en utopi? . *Tidsskriftet Psykisk Helse*, 6:30.
- Duncan, B., Ystanes, O., Tuseth, A.-G., Fjeldstad, T. & Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring : en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Duncan, B. L. (2010). *The Heart & soul of change : delivering what works in therapy* (2nd ed. utg.). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., Jahr, M.-C. & Lambert, M. J. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *The heroic client : doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Erfaring. (2015). I *Wikipedia*. Hentet fra 26. mars 2018, <https://no.wikipedia.org/wiki/Erfaring>
- Ericsson, K. & Lehmann, A. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273.
- Folkehelseinstitutt. (2011). "Bedre føre var" - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger *Rapport 2011:1*.
- Folkehelseinstitutt. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport). Hentet fra https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf.
- Forsberg, E. (1997). *Frigörande kraft : empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 02/2004, 143-165.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gøtzsche, P. C. (2014). *Dødelig medisn og organisert kriminalitet : hvordan den farmasøytiske industrien har korrumpert helsevesenet*. Oslo: Abstrakt forl.
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*. Oslo: Abstrakt forl.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., . . . Lambert, M. J. (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
- Haukland, M., Hummelvoll, J. K., Langseth, B. & Sagatun Brukerstyrt, S. (2017). Skipper og los på samme skute : rapport fra verksted for Recovery-kunnskap Vol. nr. 1 - 2017. Hentet fra <http://sagatun.no/assets/Uploads/Recoveryrapport-til-web-25.03.2017.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet*
- Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. (Strategi). Oslo: Departementet
Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Se meg!: En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol–narkotika–doping*. (St. meld. nr. 30, 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Holte, A., Siem, H. & Vartdal, B. (2014). Globale helseutfordringer : psykisk helse som global utfordring. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 3/2014, 340-349. Hentet fra https://www.idunn.no/tph/2016/04/psykisk_helse_som_global_utfordring

-
- Hummelvoll, J. K., Buus, N., Dahl, T. E., Eriksson, B. G., Silva, A. B. d., Jensen, P., . . . Havemann, T. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleje og psykisk sundhed* (4. udg. utg.). København: Hans Reitzels.
- Hummelvoll, J. K. & da Silva, A. B. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16(2), 25-32.
- Husserl, E. (1995). *Fenomenologins idé* (2. oppl. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Kalseth, J., Pettersen, I. & Kalseth, B. (2008). Psykisk helsearbeid i kommunene—tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. *SINTEF rapport A8823*.
- Karlsson, B. (2016). *Det går for sakte- : i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kinderman, P. (2014). *A Prescription for Psychiatry : Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. UK: Palgrave Macmillan.
- Klevan, T. G. (2017). The importance of helpful help in mental health crises : Experiences, stories, and contexts – A qualitative exploration: University College of Southeast Norway, Faculty of Health and Social Sciences.
- Kvale, S., Anderssen, T. & Rygge, J. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, I. B. A., A.J.W. (2011). «Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(02), 122-128.
- Lejon, R.-M. & Wangberg, S. C. (2014). Pasienters erfaring ved bruk av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). En kvalitativ studie innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling: UiT Norges arktiske universitet.
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (2015). CRPD 2015 - Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne - et supplement til Norges første periodiske rapport ISBN 978-82-92852-81-1.
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: a meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric quarterly*, 86(4), 471-495.
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R. & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research*, 1-14. doi: 10.1080/10503307.2015.1053553
- Løgstrup, K. E. & Fink, H. (2010). *Den etiske fordring* (4. udg. utg.). Århus: Klim.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., Brown, G. S. & Lambert, M. J. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208. doi: 10.1002/jclp.20111
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., Seidel, J. A. & Hilsenroth, M. J. (2013). The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. doi: 10.1037/a0031097

- Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010). *Brukermedvirkning i forskning*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13908/Brukermedvirkning-i-forskning>
- Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2015). *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*. Hentet fra www.melkeveien.me/NAPHA-Rapport-2-2017/Rapport-2-2017.html
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work : evidence-based responsiveness* (2nd ed. utg.). New York: Oxford University Press.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse : samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Opjordsmoen, S. I. (2016, 19. juli). Medisiner hjelper, men ikke alene, *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/19/medisiner-hjelper-men-ikke-alene/>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2017). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017; årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. (Rapport fra SINTEF 2017:00801). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/9b750409de7a4b279b4847d88c4e3335/kommunalt_psykisk_helse_rusarbeid_2017.pdf.
- Psykoterapi. (2018). I *Wikipedia*. Hentet fra 29. mars 2018 <https://no.wikipedia.org/wiki/Psykoterapi>
- 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.
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists - A guide to improving clinical effectiveness*. New York: Routledge.
- Røssberg, J. I. & Andreassen, O. A. (2018, 9. januar). Riktig bruk av medisiner ved psykiske lidelser gir god effekt, *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/ddm4Oo/Riktig-bruk-av-medisiner-ved-psykiske-lidelser-gir-god-effekt--Jan-Ivar-Rossberg-og-Ole-A-Andreassen>
- Schjødt, B. R. H., Onsøien, R. & Hoel, A. K. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforl.
- Skjeldal, E. (2017). *Forskeren forklarer: Hva som erfares som hjelp avhenger av hvem som ser*. Hentet fra www.erfaringskompetanse.no/forskeren-forklarer/forskeren-forklarer-erfares-hjelp-avhenger-ser/
- Sosial- og Helsedepartementet. (1997). Opptappingsplan for psykisk helse 1999 -2006. (St.prp.nr. 63, 1997 -98) *Oslo: Departementet*.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! -Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. (Veileder IS-1162). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse* (Rapport IS-1315). Oslo: Direktoratet.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. (Veileder IS-1332). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D. & Rise, M. B. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(1), 2-5.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F. & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sundet, R. & Johansen, A. (2012). Bruken av KOR-skjemaer i "Familiehjelpa i Stange".

-
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornicroft, G., Deb, T. & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuseth, A.-G., Sverdrup, S., Hjort, H., Friestad, C. & Regionsenter for barn og unges psykiske, h. (2006). Å spørre den det gjelder : erfaring med klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør.
- Ulland, E. & Thorød, A. B. (2015). *Psykisk helse : nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforl.
- Valla, B. (2014). *Videre : hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vedeler, G. H. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern? Hentet fra <https://psykologisk.no/2016/03/passer-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>
- Verdens helseorganisasjon. (2012). *DEPRESSION A global Public Health Concern*. Hentet fra www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Verdens helseorganisasjon. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013 -2020*. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=42589345A064DCAAC7EA245F8B33929B?sequence=1
- Wampold, B. E. (2001). The Great Psychotherapy Debate (Vol. 25, s. 102).
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Wangberg, S. C., Lejon, R.-M., Erkssen, T., Nebb, A.-H., Wiklund, G. L., Løvold, M., . . . Aagaard, M. (2015). Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken. *Skriftserie fra Kompetansesenter rus, Nord-Norge, 1/2015*.
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi : illusjoner om psykiatriske legemidler*. Oslo: Abstrakt forl.
- World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/>
- Øiestad, G. (2006). *Kritikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Øiestad, G. (2011). *Feedback*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 111-119.

Vedlegg 1. Informasjonsskriv s. 1/2**Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet****” Brukererfaringer ved bruk av FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste ”**

Psykiatrisk sykepleier Rita Oja er student ved Høgskolen i Innlandet, hvor hun tar mastergrad i psykisk helsearbeid. I den forbindelse skal hun gjøre en undersøkelse hvor FIT (Feedback Informed Treatment) er tema.

Helsedirektoratet anbefaler bruk av FIT for å sikre brukermedvirkning og bruk av dette verktøyet vokser stadig både i Norge og internasjonalt. Det er forholdsvis lite forskning på hva slags erfaringer brukere har med FIT. Derfor ønsker Rita å gjøre sin mastergradsoppgave om «*Hva slags erfaringer har brukere med FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste?*».

Formålet med denne studien er at erfaringer og opplevelser fra brukere skal øke forståelse og kunnskap av FIT. Denne informasjonen kan være til hjelp for behandlere som bruker dette verktøyet og denne lærdommen kan føre frem til enda bedre tjenester for brukere i fremtiden. Du som tidligere mottaker av tjenester sitter inne med viktige erfaringer. Rita er avhengig av din deltakelse for å få frem disse erfaringene.

Hva innebærer deltakelse i studien? Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen betyr det at du blir bedt om å delta på et individuelt intervju der du blir stilt noen spørsmål om dine erfaringer med FIT. Samtalen vil bli foretatt av Rita eller en erfaringskonsulent Morten Brodahl fra Sagatun Brukerstyrt senter. Intervjuet vil vare i ca 1 time (eller det du ønsker) og finne sted på Høgskolen i Innlandet/campus Elverum eller et sted du velger. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Det som kommer frem blir skrevet ned etterpå. Lydopptaket vil bli slettet etter at intervjuene er nedtegnet i skriftlig form.

Hva skjer med informasjonen om deg? Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og vil kun bli brukt i studiets hensikt. Det vil ikke bli referert navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektkoordinator som har tilgang til denne navnelisten. Alle data som kommer inn vil bli lagret på et sikkert datasystem og vil bli slettet når studiet er ferdig, senest mai 2018. Ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i de endelige rapportene eller artiklene.

Vedlegg 1. Informasjonsskriv s. 2/2**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dette får ingen konsekvenser for eventuelle fremtidig behandling fra kommunal psykisk helsetjeneste.

Vi håper at du finner dette interessant og ønsker å delta. Dersom du ønsker å delta så fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og sender det i posten til Rita. Hun kontakter deg for å avtale tidspunkt for intervju. Du kan også sende henne epost eller ringe.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Rita Oja, tlf. XXX

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen

Vedlegg 2. Samtykkeerklæring**Samtykke til deltakelse i studien*****«Brukererfaringer ved bruk av FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste»***

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato og telefonnummer)

Jeg gir herved samtykke til at tidligere informasjon vedrørende FIT skåring kan benyttes i denne studien. (Sett kryss i boksen hvis du tillater)

Vedlegg 3. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Kort presentasjon. Innledning med henvisning til informasjonsskriv, gjenta frivillighetsprinsippet og fortell litt om hensikten med studien. Formidle ønske om å få et innblikk i hver enkelt brukerens verden, høre tanker, opplevelser og erfaringer som handler om FIT.

1. Kan du begynne med å fortelle din alder, når hadde du kontakt med psykisk helsetjeneste i din kommune, hvor lenge varte kontakten, bakgrunn for kontakten, hvor ofte ble FIT brukt og om du har brukt FIT et annet sted?
2. Kan du fortelle hvordan du forstår hensikten med FIT?
-Synes du det ble forklart på en god måte av behandleren hva FIT er/hensikten med det?
3. Kan du fortelle om en gang dere brukte FIT?
-Når var det?
-Hvordan var det for deg?
-Hvordan ble dine tilbakemeldinger tatt imot?
-Hvordan ble det snakket om dine skåringer/tilbakemeldinger?
-Førte tilbakemeldingene frem til noen endringer/justeringer?
-Opplevde du at du ble hørt/tilbakemeldingene dine ble tatt på alvor?
-Var det nyttig for deg å bruke dette verktøyet? Evt. hvorfor?
-Vil du si noe mer om dette?
4. Kan du fortelle litt generelt om dine erfaringer med tilbakemeldingsverktøyet FIT og hva det eventuelt har hatt å si for behandlingen din/bedringsprosessen din?
5. Er det noe som kunne hatt blitt gjort på en bedre måte? / Har du noen forbedringsforslag?
6. Er det noe annet du ønsker å si?

Hvordan har dette intervjuet vært for deg?

Takk for intervjuet

Vedlegg 4. ORS
Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: _____
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?
Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

OBS! FOR BEHANDLERE: FOR Å SIKRE NØYAKTIG SKÅRING, TA UTSKRIFT PÅ DIN EGEN SKRIVER OG SJEKK AT SKALALINJENE ER 10 CM LANGE. GJØR ENDRINGER PÅ SKALAEN INNTIL LINJENE SKRIVES UT I RIKTIG LENGDE. SLETT DERETTER DENNE MELDINGEN

Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

I-----I

Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

I-----I

Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

I-----I

Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

I-----I

International Center for Clinical Excellence

 www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Vedlegg 5. SRS

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)



Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: _____
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Relasjonen:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

I-----I

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

I-----I

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

Tilnærming eller metode:

Måten vi arbeider på passer *ikke* så godt for meg.

I-----I

Måten vi arbeider på passer godt for meg.

Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

I-----I

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

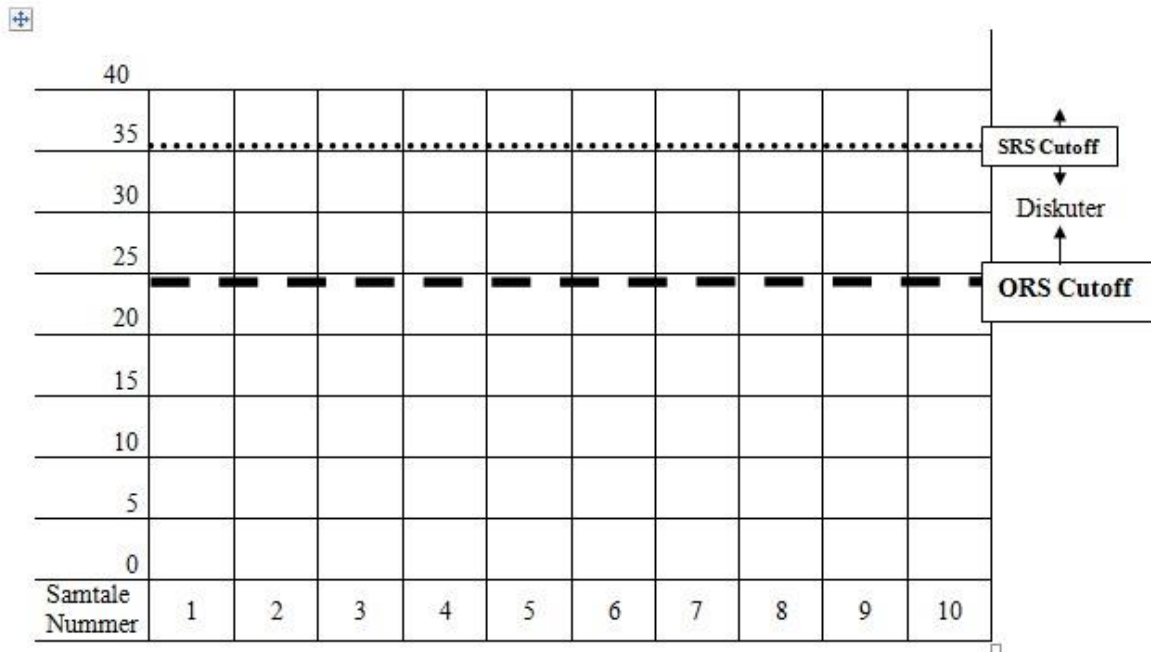
International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Lisensiert kun for personlig bruk

Vedlegg 6. Cut-off for ORS og SRS

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Vedlegg 7.

Vår dato: 15.08.2017

Vår ref: 54815 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

54815	Brukererfaringer ved bruk av FIT (Feedback informed treatment) i en kommunal psykisk helsetjeneste
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Innlandet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ragnfrid Kogstad
Student	Rita Oja

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.04.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.