



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Randi Nyengen og Linn Merethe Dalsegg

4BACH

Er KOR et verktøy for ”perfekt”
brukermedvirkning?

Is PCOMS a tool for the “perfect” user
interaction?

Veileder: Anna Lena Westbye Pedersen

Antall ord: 12417

Bachelor sykepleie, kull 124

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

*«Den eneste mannen jeg kjenner som oppfører seg
fornuftig, er skredderen min;
Han tar mål av meg hver gang han ser meg. Resten
bruker sine gamle mål av meg og forventer at jeg
skal passe til dem.»*

George Bernard Shaw

Sammendrag

Norsk tittel: Er Klient-, og resultatstyrt praksis (KOR) et verktøy for ”perfekt” brukermedvirkning?

Engelsk tittel: Is Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) a tool for the “perfect” user interaction?

Hensikt: Vår hensikt med denne oppgaven er å oppnå kunnskaper om KOR som verktøy i samtale for å fremme brukermedvirkning, da vi ser dette som viktig for utfallet av samtalen.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleiers bruk av KOR-skjema i samtale fremme brukermedvirkning?”

Metode: Vår bacheloroppgave bygger på pensumlitteratur og diverse selvvalgt litteratur da den er en litteraturstudie. Vi har også funnet en del relevant internasjonal forskning, men også noe nasjonal forskning.

Teori: I teoridelen presenterer vi teorien vi har funnet relevant for besvarelse av vår problemstilling. Dette innebærer blant annet en presentasjon av vår sykepleieteoretiker samt definisjoner av begrepene sykepleier, KOR, samtale og brukermedvirkning.

Resultater: Det er helt tydelig at KOR fungerer, men man vet enda ikke helt hvorfor. Man ser også at KOR har god effekt på brukere med et forventet negativt utfall, men det er mindre forståelse for hvorfor KOR har så bra effekt på brukere som allerede forventes å ha et positivt utfall.

Konklusjon: Ved bruk av Outcome Rating Scale (ORS) vil brukeren få muligheten til å vise hvordan sin livssituasjon er og sykepleieren vil få innblikk i om det foreligger noen endring eller ikke. Dermed kan de sammen diskutere resultatene. Ved bruk av Session Rating Scale (SRS) får brukeren mulighet til å gi sin vurdering av den spesifikke samtalen og sykepleieren får også tilbakemelding på brukerens oppfattelse av alliansen. Sammen kan de da komme frem til en løsning. På denne måten kan sykepleieren ved å implementere KOR i samtalen gi brukeren en mye større grad av involvering i egen behandling.

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	5
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	5
1.3 BEGREPSAVKLARINGER.....	6
1.4 AVGRENSNING.....	6
1.5 DISPOSISJON	8
2 METODE	9
2.1 LITTERATURSØK.....	9
2.2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	11
2.3 KILDEKRITIKK.....	12
2.4 ETISK VURDERING	14
3 TEORI	15
3.1 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE.....	15
3.2 SYKEPLEIEREN	17
3.3 KOR.....	18
3.3.1 KOR-skjema.....	19
3.4 SAMTALEN	20
3.4.1 Kommunikasjon.....	20
3.5 BRUKERMEDVIRKNING	22
3.5.1 "Empowerment"	24
4 HVORDAN KAN SYKEPLEIERS BRUK AV KOR I SAMTALE FREMME BRUKERMEDVIRKNING?	25
4.1 DET INNLEDENDE MØTET	25
4.2 FREMVEKST AV IDENTITETER	28
4.3 EMPATI.....	30
4.4 SYMPATI.....	32
4.5 GJENSIDIG FORSTÅELSE OG KONTAKT	33
5 KONKLUSJON	36
BIBLIOGRAFI	37
Vedlegg 1 – ORS, SRS og graf for skåring av disse (KOR-skjemaer)	

1 Innledning

Vi har valgt å skrive om bruken av klient-, og resultatstyrt praksis (KOR) i samtale med den hensikt å fremme brukervedvirkning. Vår påstand er at sykepleiere bør ha en holdning som tilsier at man ønsker et optimalt utfall for brukeren, og videre at dette oppnås best gjennom brukervedvirkning. Det er heller ikke mulig å unngå brukervedvirkning, da det er stadfestet i ulike lover og retningslinjer, noe vi kommer tilbake til senere i oppgaven.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Brukermedvirkning, skriver Hummelvoll (2012), har en sentral rolle i et verdifullt psykisk helsearbeid. Et av de overordnede målene innen brukervedvirkning er å stimulere brukerens selvbevaring og selvtillit og videre brukerens tro på å kunne mestre sin egen livssituasjon (Hummelvoll, 2012). Kort sagt kan det sies at brukervedvirkning handler om at man skal kunne ha råderett over sitt eget liv, og dette ved at man har en bestemt innflytelse som bruker av de hjelpetiltak man mottar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2013).

Vi fattet interesse for brukervedvirkning i vår siste psykiatripraksis hvor dette var et aktuelt tema. Interessen for psykiatri og brukervedvirkning er betydelig hos oss begge, og vi ønsker å fordype oss i noe selvstendig og utradisjonelt.

Vi har dermed valgt å ta for oss temaet brukervedvirkning innen psykisk helse, men siden brukervedvirkning omhandler brukere og pårørendes rett til innflytelse på utformingen av tjenester på ulike nivåer og er aktuelt uansett hvor i helsevesenet vi befinner oss, vil vi legge vekt på samtalen i behandlingen på et nivå mellom sykepleier og bruker. Vi velger derfor å belyse KOR-skjemaet som et egnet verktøy for å fremme brukervedvirkning. Vi vil vinkle oppgaven mot brukervedvirkning hvor brukeren blir mer delaktig i egen behandling og sykepleieren legger til rette for behandlingsforløpet ut i fra verktøyet KOR-skjemaet.

Problemstillingen vi har valgt å ta for oss mener vi er relevant både for utdanningen vår, men også innenfor de rammene skolen har gitt for oppgaven. Gjennom arbeidet med denne oppgaven vil vi i tillegg tilegne oss formålstjenlig kunnskap om et verktøy vi tror fremmer brukervedvirkning i samtaleterapi.

1.2 Formål og problemstilling

Mange opplever møtet med helsevesenet som skremmende og innehar en viss frykt for å bli stigmatisert og umyndiggjort. Dermed ønsker vi med vår oppgave å bidra til en større

forståelse av bruken og nytten av KOR-skjemaet som et verktøy som kan føre til bedre opplevelse av alliansen og relasjonsbyggingen på et tidlig tidspunkt. Siden vi i denne oppgaven ønsker å fokusere på KOR-skjemaet i samtalen, har vi valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiers bruk av KOR-skjema i samtale fremme brukermedvirkning?”

1.3 Begrepsavklaringer

Med begrepet ”sykepleier” støtter vi oss på Joyce Travelbee (2014), som skriver at en sykepleier først og fremst er et menneske. Dermed vil alle egenskaper som gjelder for mennesker også være egenskaper som kategoriseres som de sykepleiere har. En sykepleier innehar derimot enkelte spesialiserte kunnskaper som den kan bruke med tanke på å gi hjelp til andre mennesker. Dette innebærer blant annet å gi hjelp til forebygging av sykdom, gjenvinning av helse, oppdagelse av mening i sykdommen eller opprettholdelse av helsen på best mulig måte (Travelbee, 2014). Klient og resultatstyrt praksis, KOR, blir i oppgaven sett på som et verktøy hvor man inkluderer bruker i behandling. Anker (2010) hevder at dette er et system som man lett kan ta i bruk, med bakgrunn i at KOR har det man kaller ”face validity”, som går ut på at brukeren umiddelbart forstår poenget. Det er et åpent system og det er ingen resultater som plutselig overrasker mot slutten av behandlingen (Anker, 2010). KOR deles inn i to ulike skjemaer. Det første er ORS (Outcome Rating Scale) for voksne og CORS (Children´s Outcome Rating Scale) for barn. Det andre er SRS (Session Rating Scale) for voksne og CSRS (Children´s Session Rating Scale) for barn. Ved hjelp av disse to skjemaene kan brukere eller pårørende gi tilbakemeldinger på deres vurderinger av endring og behandlingsprosess. Det første skjemaet, ORS/CORS, viser hvordan brukerens opplevelse av livssituasjon har endret seg siden foregående samtale, mens det andre skjemaet, SRS/CSRS, viser brukerens vurdering og opplevelse av den spesifikke samtalen (Duncan & Sparks, 2010). Brukermedvirkning forstås som at bruker har makt og rettigheter til medvirkning i hjelpetiltak fra helsevesenet. Når begrepet «samtale» nevnes i oppgaven ligger det til grunn en viss struktur ved utførelsen. Vi retter fokuset på samtalen mellom bruker og sykepleier (Anker, 2010).

1.4 Avgrensning

Som nevnt tidligere har vi valgt å skrive om brukermedvirkning, hvor vi fokuserer på samtalen i behandlingen med KOR som verktøy. Samtidig er vi klar over at hvor enn du befinner deg i helsevesenet vil brukermedvirkning være aktuelt. Dette kommer tydelig frem,

da brukermedvirkning er en lovpålagt rett og da det skal være mulig å spore til hvilken grad brukeres rettigheter er ivaretatt, men også hvordan den tjenesteutøvenes plikter er blitt ivaretatt. Brukermedvirkning kan foregå på tre ulike nivåer; politisk nivå, systemnivå og individnivå. Vi har i denne oppgaven valgt å skrive om sistnevnte med tanke på at vi har valgt KOR som verktøy i samtale med bruker, og det da er brukermedvirkning på individnivå som berøres. Dette vil si at brukere av tjenestetilbud skal ha innflytelse på de tilbudene de mottar, i form av medvirkning i ulike valg, samt utformingen og anvendelsen av tilbudene som er tilgjengelige. Dette vil igjen føre til at brukeren får større kontroll over sitt eget liv, men også større myndighet og autonomi. Brukermedvirkning kan også foregå ved at en representant for brukeren ivaretar vedkommendes interesser, og at det da er denne representanten som skal medvirke i planleggingen og gjennomføringen av de ulike tiltakene (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006). Vi har derimot i denne oppgaven tatt utgangspunkt i at det er brukeren selv som involveres, da vårt fokus er samtalen mellom bruker og sykepleier.

Vi har valgt å skrive om KOR, da vi ser at dette er et verktøy som er enkelt å ta i bruk, og det gir brukeren en følelse av å være delaktig i egen behandling så lenge sykepleieren er villig til endring av sin måte å gjennomføre samtalen på. Som sykepleieteoretiker har vi valgt Joyce Travelbee, ettersom hun er opptatt av de mellommenneskelige forholdene i møtet med mennesker. Vi har inkludert noen lover som vi finner aktuelle for vårt valgte tema. Vi har tatt avgjørelsen om ikke å fokusere på noen spesifikk diagnose i denne oppgaven, da vi heller legger fokuset på KOR som et verktøy i samtalen, og ikke KOR som et verktøy for å behandle eller helbrede en spesifikk diagnose. Formålet med KOR er nettopp å fokusere på å få til endring og at dette skal lede til resultater, og ikke henge seg opp i manualer eller diagnoser (Eide, G., Fjeldstad, T., Gjermo, H., Grude, F., Henriksen, A. K., Hjort, H., Huggins, A., Huggins, T., Jensen, M. J. F., Kolberg, C., Lundgaard, R. C., Lømo, B., Långdahl, G.-E. A., Nytingnes, O., Skauli, G. Ø., Sundet, R., Tuseth, A.-G., Ulvestad, A. K., Valla, B., Volden, O., Aamodt, I.) Vi vil også presisere at vi legger vekt på selve bruken av KOR-skjemaet og ikke KOR-skjemaet som et verktøy i seg selv. I oppgaven tar vi heller ikke utgangspunkt i noe spesifikt kjønn eller aldersomfang, men vi fokuserer allikevel på en voksen gruppe. Derfor har vi lagt med ORS-skjema og SRS-skjema samt en graf for skåring av disse for voksne, se vedlegg 1. Disse skjemaene finnes i tillegg for ungdom og små barn, da tilpasset deres aldersgruppe, men disse har vi valgt å ikke inkludere i vår oppgave.

1.5 Disposisjon

Vi har valgt å benytte et sitat fra George Bernard Shaw som forord, da dette indirekte kan være med på å gi et bilde av hva KOR går ut på. Oppgaven består av fem hovedkapitler, som igjen er delt inn i underkapitler. Første kapittel er selve innledningen til oppgaven, hvor vi begrunner vårt valgte tema, vi presenterer formålet og problemstillingen, begrepsavklaringer, avgrensning og disposisjonen. I kapittel to presenterer vi metoden og fremstiller vårt litteratursøk, forskningen vi har valgt å referere til, kildekritikk samt en etisk vurdering. I kapittel tre beskriver vi teorien vi finner relevant for problemstillingen vår. Videre følger drøftingsdelen hvor vi vil presentere og diskutere ulike synspunkter for å besvare vår problemstilling. Her vil også forskningen bli diskutert. Kapittel fem er en helhetlig oppsummering av oppgaven i form av en konklusjon, som til slutt skal ende i besvarelse av problemstillingen. Avslutningsvis fremstilles litteraturen som er benyttet i bibliografien, og det vil også være vedlagt kopier av ORS- og SRS-skjemaer.

2 Metode

Dalland (2008, s. 83) refererer til Tranøys definisjon av metode. Han forklarer at metode er en måte å gå frem på for å presentere ny kunnskap, eller for å sjekke opp ulike påstander som legges frem med det krav at de skal være holdbare, gyldige eller sanne. Dalland (2008) skriver også om Vilhelm Auberts definisjon av metode, da Aubert i flere sammenhenger er sitert på akkurat dette der han sier: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2008, s. 83). Altså er metode den fremgangsmåten man bruker ved innsamling av data.

Det finnes to forskjellige metoder; kvantitativ og kvalitativ. Ved bruk av kvantitativ metode har man den fordelen at man kan gjøre om mengden av opplysninger til enheter som er målbare og som dermed gir muligheter til å gjøre det om til regnestykker, slik at man kan få frem generelle trekk ved dataene. Ved bruk av kvalitative metoder er meningen å gå i dybden ved å innhente data som ikke kan fremstilles i målbare enheter eller tall, deriblant opplevelser og meninger. Det disse metodene har til felles er at de begge prøver å få frem en større forståelse for samfunnet vi alle lever i (Dalland, 2008).

2.1 Litteratursøk

Prosessen rundt det å skulle finne tema og problematikk for bacheloroppgaven, startet tidlig. Det å ta utgangspunkt i brukermedvirkning som hovedtema, var vi begge enige om, men dette temaet måtte kuttes ned betraktelig med tanke på at det er så omfattende. Med bakgrunn i dette, ble KOR introdusert for oss som skrivepartnere via Randi og hennes arbeidsplass, da de har brukt KOR i en 3-4 års periode. Randi har selv ingen spesifikk erfaring med å bruke KOR, men ble av sine kollegaer, som har lisens for utøvelse, anbefalt å vurdere dette temaet som et undertema innen brukermedvirkning.

Det ble gjort, og vi sammen fant ut at dette virket som et spennende og interessant tema.

Etter en god del undersøkelse rundt tema, fant vi ut at det var Barry Duncan og Scott Miller som hadde utarbeidet dette verktøyet. Vi tok dermed direkte kontakt med dem, via mail, for å forhøre oss om det var litteratur å finne om temaet, samt om det var utført forskning på området. Som svar fra disse to, fikk vi en entusiastisk mail hvor de viste stor glede over at vi hadde valgt dette temaet for vår oppgave. I mailen la de ved direkte link til deres nettside som omhandler KOR, samt en del forskningsartikler som var svært relevante for oss.

Med bakgrunn i at vi allerede hadde fått relevante forskningsartikler, var vi også nysgjerrige på om disse var å finne i skolens anerkjente databaser.

I mailkorespondansen med Duncan og Miller, fikk vi informasjon om at PCOMS var deres «forkortelse» på KOR. Dette ble det nøkkelordet vi brukte som hovedbenevnelse i søkene våre. De databasene vi søkte i, var Cochrane Library, SveMed+, PsychINFO, Medline og PubMed, med ingen resultat på hverken PCOMS eller KOR.

Vi begynte vårt søk etter forskning ved å gå inn på SveMed+ for å finne Mesh-termer. Vi startet med å bruke PCOMS og KOR separat, men fikk ingen treff på noen av dem, verken i SveMed+ eller CINAHL. Vi prøvde også å søke på PCOMS i Cochrane Library og fikk opp én artikkel som het: *"The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomized controlled trial."* Vi leste gjennom abstraktet og kom frem til at artikkelen ikke nødvendigvis var det vi lette etter, men vi valgte å ta den med, da den var relevant og ga et bredere spekter til bruken av KOR, da den viste kortidseffekten.

Ved et tilfeldig søk på Oria, fikk vi over 800 søkeresultat. For å kutte ned vårt søkeresultat gjorde vi en del avgrensninger. Det første vi avgrenset var tidspunkt for publikasjon på verkene som var representert. Vi valgte tidsperioden 2010-2015, og ble da sittende igjen med 48stk. Deretter valgte vi å avgrense det til artikler og fagfellevurderte tidsskrifter, som resulterte i 25stk. Med bakgrunn i at vi ønsket å finne Duncan og Millers arbeid, begrenset vi søket til at artiklene var engelsk språklige, og ble dermed sittende igjen med 24 stk. Selv om søket var blitt drastisk avgrenset, ønsket vi å se om det kunne kuttes ned mer mot vårt ønske. For å få til dette, gikk vi inn på avgrensningsmuligheten «emne», hvor man kunne hake av relevante nøkkelord som tok utgangspunkt i det som allerede var nevnt overordnet i de 24 artiklene. De emnene som var relevante for vårt søk var: Outcome Management, Therapeutic Outcomes, PCOMS, Client Feedback, Treatment Outcome, Outcome And Process Assessment (Medical care), Patient Satisfaction, Mental Health, Feedback (Communication), Article, Feedback, Psychotherapy). Den siste avgrensningen resulterte i 17 artikler hvor de vi fikk tilsendt fra Duncan og Miller også var representert. Ved å gå gjennom de 17 artiklene, ble vi sittende igjen med 8. I denne oppgaven blir 4 av de 8 artiklene belyst. For å se om dette var kvalitativ eller kvantitativ forskning gikk vi grundig gjennom hver enkelt artikkel, i form av oversettelse til norsk. Av dette fikk vi frem at alle de fire forskningsartiklene var kvantitative, noe som var bra for vår del da vår problemstilling tar utgangspunkt i å finne ut

om KOR har virkning, og hvordan dette kan være med på å fremme brukermedvirkning i samtale.

I søkeprosessen fant vi ut at det var en god del amerikansk forskning på dette, da KOR er utarbeidet i USA av Barry Duncan og Scott Miller. I tillegg hadde én av de utvalgte artiklene norske forfattere, hvilket økte vår interesse for temaet, med tanke på det har hatt en tidlig implementering i Norge.

Vi har valgt å ikke legge ved PICO-skjema da det eneste søkeordet vi anvendte i Oria var ”PCOMS”.

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? (Norsworthy, Reese, & Rowlands, 2009)

Dette er en kvantitativ, oppsummert forskningsartikkel som er utført i USA. Hensikten med denne forskningen var å kopiere forskningen til Duncan og Miller angående bruken av PCOMS. Det var fra tidligere av svært lite forskning på dette området, til tross for at verktøyene var svært mye brukt. Forskerne ønsket enten å bekrefte eller avkrefte funnene til Duncan og Miller. Det ble utført to studier av til sammen 148 personer, med en gjennomsnittsalder på 26 år. Forskerne konkluderte med å bekrefte Duncan og Millers positive resultater ved bruk av PCOMS.

The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project (Duncan B., 2012b)

Denne forskningen er kvantitativ og oppsummert, samt utført i USA. Formålet var å se på utviklingen av PCOMS fra sin begynnelse som en enkel måte å diskutere nytten av tjenester med brukere til sin fremvekst som en dokumentert-basert praksis for å forbedre psykoterapiens utfall. Forskningen tok utgangspunkt i fire tidligere studier, hvor tre av studiene omhandlet til sammen 6982 personer (ukjent antall personer i den fjerde studien). Forskningen konkluderer med at PCOMS gir en mulighet til å overføre forskning til hverdagslig klinisk praksis og at det er et verktøy som støtter opp om en bedrings- og konsumert-drevet filosofi.

The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomized controlled trial (Eriksen, Grimstad, Rise, & Steinsbekk, 2012)

Dette er en kvantitativ, ikke oppsummert forskning utført i Norge, hvor totalt 75 personer deltok. Hovedformålet med denne forskningen var å undersøke effekten av å bruke to korte tilbakemeldings-skalaer i mental helsepoliklinisk behandling seks uker etter behandlingsstart, sammenlignet med konvensjonell behandling. Forskerne konkluderte med at korttidseffekten ved bruk av PCOMS, sammenlignet med vanlig behandling, ikke viste noen effekter på allianse eller tilfredsstillelse, men at PCOMS-gruppene hadde høyere motivasjon for behandling i tillegg til at analyser viste en høyere effektstørrelse.

Efficacy of immediate patient feedback in emergency psychiatry: a randomized controlled trial in a crisis intervention & brief therapy team (Dekker, van Oenen, Peen, Schipper, Schoevers, & Visch, 2013)

Denne forskningen er kvantitativ og oppsummert, utført i USA. Forskningen dekket alle pasientene til *Crisis Intervention & Brief Therapy*-teamet over en periode på to år. Hensikten med forskningen var å se om bedre utfall, høyere klient-tilfredsstillelse, mer effektiv behandling og forbedringer i alliansen er resultater av å legge til umiddelbar tilbakemelding i hver økt for brukere med alvorlig engstelse. En annen hensikt med forskningen var også å se om det finnes noen sammenheng mellom forbedring i allianse og forbedring i behandlingsutfall. Forskerne konkluderer med at det er vanskelig å tolke funnene konsistent, med tanke på flere ulike faktorer. Det kan være vanskelig for brukere som befinner seg i kriser, kanskje nettopp på grunn av manglende evne til å reflektere over egen situasjon, å forholde seg til enda mer tilbakemelding, dette kan muligens også pålegge alliansen en ekstra byrde.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler de metoder som tas i bruk for å vurdere om en kilde er troverdig eller ikke. Dette vil si at man vurderer og karakteriserer de ulike kildene man har benyttet seg av. Kildene legger grunnlaget for den troverdighet og faglige tyngde en oppgave får, samtidig som forventningene til oppgaven avhenger av en redegjøring for hvordan tilgangen til informasjon har vært. I tillegg bør det også gjøres klart hvilke kriterier som er lagt til grunn for valg av kilder og litteratur (Dalland, 2008).

Vi opplever at det har vært god tilgang på relevant litteratur om temaet ”brukermedvirkning”, likeså om KOR som verktøy. Vi ble litt overrasket over dette, da KOR anses for å være et ganske nytt hjelpemiddel, men med god litteratur har det vært enkelt å skrive om dette temaet. I vårt søk etter litteratur anvendte vi utelukkende databaser som var helsefaglige, samtidig

som vi bestemte oss for en del kriterier til artiklene. Først og fremst bestemte vi oss for ikke å anvende forskning som var eldre enn fem år. På temaet KOR finnes det ikke mye gammel forskning, da dette er et relativt nytt verktøy, men vi ser allikevel at det kreves mer forskning rundt dette emnet. Dette fordi det er mange positive resultater fra bruken av KOR, og vi ser helt tydelig at det fungerer, men det er presentert få tanker rundt *hvorfor* det fungerer. Vi hadde også som kriteria at forskningen skulle omhandle bruken av KOR i samtale. Før vi begynte vårt søk etter forskning på KOR, hadde vi lite kjennskap til hva KOR egentlig var, og hadde liten forutsetning for å komme opp med krav til hva forskningen skulle inneholde.

Underveis har vi derimot lært mye om KOR, og vi endte opp med fire gode og relevante forskningsartikler vi valgte å anvende i oppgaven. En av artiklene var utført i Norge, og ved siden av denne valgte vi også tre forskningsartikler utført i USA. Vi føler at disse artiklene er like relevante i Norge som i USA, da det ikke er samfunnet der KOR brukes som fokuseres på, men selve samtalen mellom bruker og sykepleier hvor KOR brukes, samt resultatene av dette som fremlegges. Alle artiklene er funnet gjennom Oria, som er en anerkjent database og er publisert i tidsskrifter som er fagfellesvurderte. Underveis har vi også lært en del om de ulike forfatterne av forskningen, samt at de fleste av dem jobber ved ulike universiteter i USA. Vi har dermed valgt å se disse forskningsartiklene som pålitelige og troverdige. Forskningsartiklene vi har brukt er i utgangspunktet oppsatt etter IMRAD-modellen, og dette har gjort de enklere å gå igjennom og finne frem i.

I vår teoridel har vi hovedsakelig anvendt primærlitteratur, da det denne er det vi anser som mest troverdig og pålitelig. Vi har også i noen få tilfeller anvendt sekundærlitteratur, da det i disse tilfellene var vanskelig å finne de primære kildene. Vi har også valgt å anse våre sekundærkilder som troverdige, da de er sitert av anerkjente forfattere, deriblant Joyce Travelbee og Olav Dalland. Vi har i denne oppgaven benyttet oss av pensumlitteratur fra hele utdanningsløpet, men også en del selvvalgt litteratur. Angående pensumlitteraturen har vi tatt for oss emner vi mener er relevante, som for eksempel kommunikasjon og relasjon, sykepleiefunksjon og brukermedvirkning. Mesteparten av vår selvvalgte litteratur er rettet direkte mot problemstillingen og omhandler både samtale og bruken av KOR i praksis. Den selvvalgte litteraturen vår er funnet på biblioteket til høgskolen i Hedmark, fagbiblioteket på Lørenskog, depotbiblioteket og fagbiblioteket ved Sanderud avdeling utredning og behandling. Noe har vi også lånt personlig fra KOR-utdannede ved RBUP.

To av bøkene vi har anvendt er relativt gamle. Disse er ”*Sykepleieteorier – analyse og evaluering*” av Marit Kirkevold fra 1994 og ”*Pasienten først?*” av Solfrid Vatne fra 1998. Vi har allikevel valgt å anvende disse bøkene da vi føler at de er relevante, troverdige og dagsaktuelle og at de godt belyser vår problemstilling.

2.4 Etisk vurdering

Det heter seg fra et nordisk ordtak at ”æres den som æres bør”, og det er bare rett og rimelig at den som har forfattet noe får æren for arbeidet sitt. Vi har vært påpasselige med korrekt å referere til de anvendte kildene i arbeidet vårt. Det er APA-standarden som ligger til grunnlag for vårt oppsett og våre kildehenvisninger.

ORS-skjemaet, SRS-skjemaet samt grafen for skåring av disse er lagt ved som vedlegg i oppgaven med tillatelse av Ph.D Scott Miller, da man egentlig skal være lisensiert for å bruke disse. Men skjemaene er kun lisensiert for personlig bruk. På ORS-skjemaet, det første skjemaet i vedlegget, ligger det en melding til eventuelle behandlere som forteller at det er viktig å sørge for å skåringslinjen er nøyaktig 10 cm ved profesjonell bruk.

3 Teori

Vi skal i dette kapittelet ta for oss presentasjon av teorien vi anser som relevant og vesentlig for besvarelse av problemstillingen. Som sykepleieteoretiker har vi valgt Joyce Travelbee, ettersom hun er opptatt av de mellommenneskelige forholdene i møtet med mennesker. Vi vil dermed presentere hennes sykepleieteori, i tillegg til en del begreper som er nødvendige å ha kjennskap til for besvarelse av problemstillingen.

3.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Teorien til Travelbee bygger på en eksistensialistisk filosofi, noe som vises tydelig i begrepene som blir valgt for å fremheve karakteren og ansvaret som hører med til sykepleien. De viktigste begrepene i Travelbees teori er blant annet lidelse, mening, mennesket som et individ, kommunikasjon og menneske-til-menneskeforhold (Kirkevold, 1994).

Menneske-til-menneskeforholdet beskrives av Travelbee (2014) som de opplevelsene og erfaringene som sykepleieren og brukeren deler. Videre sier hun at dette forholdet kjennetegnes av at det er fokusert på ivaretagelse av sykepleiebehovene til brukeren (Travelbee, 2014).

I teorien til Travelbee blir det fokusert på mellommenneskelige dimensjoner i sykepleiefaget. Det blir også påpekt at forståelsen av hva sykepleie er eller hva den bør være avhenger av en forståelse for hva som skjer i relasjonen mellom bruker og sykepleier, hvilken opplevelse som ligger til grunn for denne relasjonen og hvilke utfall og konsekvenser denne opplevelsen kan få for brukeren og den tilstanden vedkommende er i. Ideene til Travelbee kan sammenfattes i definisjonen hun har av sykepleie: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og, hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene” (Sitert av Kirkevold, 1994, s. 100).

Travelbee fremmer en teori med stor avstand fra de generaliserende oppfatningene av det typiske mennesket. I denne teorien blir begrepene ”pasient” og ”sykepleier” forkastet, nettopp fordi de er definisjoner som kun er generelt beskrivende. Travelbee mener at disse begrepene ikke har mulighet for å nå frem til hverandre og at den reelle kontakten ikke vil oppstå før den ene parten i en interaksjon har en opplevelse av den andre parten som et menneske (Travelbee, 2014). Dette forklares nøyere av Kirkevold (1994) som utdyper teorien til Travelbee ved å si at bruken av disse begrepene videre fører til at de særegne trekkene til

enkeltmennesket blir visket ut, samtidig som de gir en beskrivelse kun av ulike fellestrekk. Travelbee mener at disse forenklete kategoriene er med på å stereotypere de menneskene som får merkelappene og at de spesielle kvalitetene til mennesket blir overkjørt av generelle fellestrekk. Dermed vil det enkelte mennesket bli redusert til kun det helt generelle. Dette gjelder både for de som blir kategorisert som ”sykepleier”, men også for de som blir kategorisert som ”pasient” (Kirkevold, 1994).

Travelbee mener videre at det er en sammenheng mellom det å oppleve mening og det å føle at man er nødvendig for noen eller noe og at det er dette som gir betydning i livet. Den viktigste hensikten sykepleie har ligger i det å hjelpe mennesker å finne en mening i de ulike livserfaringene en tilværelse har. Denne hensikten er oppnåelig ved etablering av et menneske-til-menneskeforhold mellom brukeren og sykepleieren. Dette forholdet bygger på enkelte erfaringer eller flere erfaringer mellom sykepleieren og brukeren, samt et sykt individ som er i behov for de tjenestene sykepleieren kan gi. Det karaktertrekket som er mest viktig ved et slikt forhold er at et samfunns, en families eller et individs sykepleiebehov møtes (Kirkevold, 1994).

Dette forholdet blir både en prosess, men også et middel for å imøtekomme de behovene den syke har for pleie. Etableringen og opprettholdelsen av et slikt forhold blir ansvaret til sykepleieren, men samtidig er ikke dette noe sykepleieren kan gjøre på egen hånd, fordi forholdet er gjensidig. Travelbee hevder at et menneske-til-menneske forhold ikke kan eksistere mellom abstrakte og generelle roller, men at det kun har mulighet til å eksistere mellom mennesker som er konkrete. En forutsetning for menneske-til-menneskeforholdet er at begge individene har en reaksjon på den andre partens ”menneskelighet”. Dette betyr at en er nødt til å akseptere at også sykepleieren kan ha eller møte behov i det nevnte forholdet. Travelbee mener at dersom dette ikke blir tatt på alvor, blir sykepleieren utsatt for en umenneskeligjøring (Kirkevold, 1994).

Ved å gjennomgå flere interaksjonsfaser vil man kunne etablere et menneske-til-menneskeforhold. De ulike fasene Travelbee skisserer er det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Det innledende mellom to ukjente personer omhandler og er preget av at individene ikke har kjennskap til hverandre, og at det ut i fra dette blir dannet stereotype oppfatninger av den andre, samt forventninger. Videre ut i dette forholdet vil man kunne se at interaksjoner skrider frem, og ut fra dette fremheves identitetene til både sykepleier og bruker. I denne fasen av forholdet vil man kunne

se at stereotypene man har dannet om hverandre, sviner hen, dersom det blir bundet et bånd mellom sykepleier og bruker. Fasen som omhandler empati, krever at man tar del i og har en forståelse vedrørende meningen til bruker når det gjelder tanker og følelser, men at man som sykepleier klarer å være adskilt den andre. Dette er en fase hvor sykepleier vil føle økt nærhet til bruker og dens individualitet oppfattes klarere enn vanlig (Travelbee, 2014).

Videre henviser Travelbee (2014) til sympatifasen i menneske-til-menneskeforholdet, som hevdes å være et resultat av den empatiske prosessen mellom sykepleier og bruker. Sympati er det holdepunktet i prosessen som får sykepleieren til å ønske å avhjelpe brukerens lidelse. Lidenskapelighet er det som hovedsakelig er forbundet til denne fasen, hvor sykepleier blir delaktig i brukerens lidelse. Og her hevder Travelbee (2014) at man ikke kan oppnå sympati til sin bruker, om man selv som sykepleier ikke føler sympati for situasjonen (Travelbee, 2014).

Når man skal se på den siste fasen i menneske-til-menneskeforholdet som Travelbee (2014) skisserer, legges det vekt på at dette er en nær og gjensidig forståelse og kontakt som omhandler sykepleier og bruker. Denne fasen, den siste i Travelbees teori, er et resultat av det sykepleieren og brukeren har klart å bygge opp sammen gradvis gjennom de interaksjonene som har skjedd forut. Karakteren i denne fasen tar utgangspunkt i at sykepleier og bruker deler nære tanker, følelser og holdninger, og som gir en fremtoning i hvordan de gitte partene forholder seg til hverandre på. Kommunikasjon er ifølge Travelbee (2014), et av de viktigste redskapene man har som sykepleier, da dette er en prosess hvor tanker og følelser blir overført til en mottagende part, som i denne situasjonen er sykepleieren. Det å ha en god kommuniserende evne mener Travelbee er en forutsetning for å kunne oppnå hensikten innen sykepleie, og det å finne behovene til brukeren (Travelbee, 2014).

3.2 Sykepleieren

Travelbee (2014) omtaler en sykepleier som et eget menneske, på lik linje som alle andre personer. Hun skildrer hovedforskjellen ved det å være et menneske og sykepleier, ved å fremstille de spesialiserte kunnskapene en sykepleier har. Som sykepleier er man i stand til å kunne anvende de med formål om å yte helsehjelp med forebyggende hensikt mot sykdom. Som sykepleier har man også et ansvarsområde vedrørende det å prøve å gjenvinne helse, samt det å hjelpe syke mennesker til å kunne finne mening i sykdom. Sykepleiere blir i sin yrkesutførelse satt i kontakt med menneskers intime sårbarhet, og har ut i fra sitt

utdanningsløp tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som legger til rette for å skape og håndtere en slik kontakt. Travelbee (2014) skildrer også en «sykepleiesamvittighet» som resultat av sykepleiers gjennomgåtte utdanning og tilegnelse av spesialkunnskaper (Travelbee, 2014).

For å kunne opprettholde og forholde seg til et menneske-til-menneskeforhold, hevder Travelbee at sykepleierrollen må overskrides. Som nevnt tidligere vet man at menneske-til-menneskeforholdet er med på å skape et autentisk forhold til sykepleier og bruker. De ulike barrierene som må overskrides er de ulike stereotypene man som sykepleier har til brukeren, og som brukeren har til sykepleieren. Overskriding av sykepleierrollen skjer ved at sykepleieren anser brukerne hun har omsorg for, som unike individer, samtidig som sykepleieren må se til at brukerne får en oppfatning av henne som menneske og ikke bare som en yrkesutøvende person (Travelbee, 2014).

3.3 KOR

Ved Institute for the Study og Therapeutic Change (I.S.T.C) har Barry Duncan og Scott Miller fra USA, i samarbeid med andre forskere, utviklet et system som systematisk gir informasjon om brukerens vurdering av den terapeutiske prosessen, men også av endring. Dette gjøres gjennom to enkle skåringsskalaer som aktivt brukes i terapien. I klinisk praksis kalles disse evalueringsskalaene for "Client Directed Outcome Informed Therapy" (CDOI), og oversatt til norsk blir det Klient- og resultatstyrt terapi (KOR). Betegnelsen "CDOI" og "PCOMS" brukes om hverandre, men vi har i denne oppgaven valgt å forholde oss til betegnelsen "PCOMS". Det er ikke nødvendig å arbeide etter en bestemt metode eller terapeutisk forståelse for denne systematiske feedbacken til sykepleieren. Det spiller heller ingen rolle hvilken teoretisk skoleretning terapeuten har for å bruke disse evalueringsskalaene. Brukeren får tro på dens egen forståelse og ressurser ved aktiv medvirkning i samtalen og ved å legge vekt på brukerens vurdering av samtaleforløpet. (Friestad, Hjort, Sverdrup, & Tuseth, 2006)

Implementeringen av KOR har fått stor støtte i departementet og i ledelsen til Bufetat, dette har skjedd gjennom blant annet føringer i statsbudsjettet, men også gjennom vedtak i bufdir's direktørmøte. Da det ble valgt å innføre KOR i 2009, ble det bestemt at man skulle føre implementeringen trinnvis (Bie, 2010).

Det som er unikt med skalaene i KOR er at brukerne får den innflytelsen de bør ha og fortjener, samtidig som de får en nøkkelrolle angående bestemmelsen av utførelsen av de ulike tjenestene. Derimot har forskning vist at teknikkene og metodene som brukes i KOR kun kan være til hjelp dersom også brukeren oppfatter dem som nyttfulle og relevante, samt at de må ha tro på at det virker. Dette har sammenheng med at den faktoren som er mest avgjørende for utfallet av terapien er kvaliteten av brukerens egen deltakelse. Noe av det viktigste i samtalen er at den man skal hjelpe, oppfatter hjelpen som hjelp. Det finnes også en mengde bevis på at den kraften som sterkest støtter bedring og endring er respekt for brukeren, et godt forhold, samt anerkjennelse på ferdighetene og ønskene til brukeren (Duncan & Sparks, 2010).

3.3.1 KOR-skjema

Som tidligere nevnt, står KOR for Klient-, og resultatstyrt praksis og i samtalen brukes KOR som et verktøy med hensyn til brukermedvirkning. KOR er et verktøy for kvalitetsutvikling, og det gir muligheter for direkte og umiddelbar brukermedvirkning, samt tilbakemelding til sykepleieren. KOR er bestående av to enkle og greie vurderingsskalaer der brukeren kan gi uttrykk for hvordan den selv opplever endringen, enten som positiv eller som negativ.

Brukeren kan også gi uttrykk for sin opplevelse av samarbeidet med sykepleieren.

Vurderingsskalaene skal brukes i begynnelsen og i slutten av hver time og endringer blir registrert gjennom et målesystem, se vedlegg 1 (Bufdir, 2010). KOR blir alltid brukt i samarbeid med vektlegging av sykepleiernes vurderinger og bruken av KOR systematiserer samarbeidet mellom sykepleier og bruker (Bie, 2010).

KOR er, blant mange andre systemer, veldig enkelt å ta i bruk. Dette er fordi KOR har det man kaller ”face validity”, som går ut på at brukeren umiddelbart forstår poenget. Systemet er åpent, og det er ingen resultater som plutselig overrasker mot slutten (Anker, 2010).

Den første av de to vurderingsskalaene heter ORS (Outcome Rating Scale) for voksne og CORS (Children’s Outcome Rating Scale) for barn. Denne skalaen blir brukt ved begynnelsen av timen, og tallene man får kan sammenlignes fra time til time, hvor man etter hvert vil se enten en positiv eller en negativ endring (Bufdir, 2010).

Den andre av de to vurderingsskalaer heter SRS (Session Rating Scale) for voksne og CSRS (Children’s Session Rating Scale) for barn. Denne skalaen brukes på slutten av timen og måler hvordan brukeren har opplevd samtalen (Bufdir, 2010). Noen ulemper ved SRS kan

være at skalaen ikke er underbygget like mye av statistikk som en del andre relasjonsmålinger er, samt at det er en målemetode som kun kan brukes av sykepleieren, og ikke av observatører utenfra uten informasjon om brukeren (Duncan & Sparks, 2010).

3.4 Samtalen

Eide & Eide (2012) skriver at det foreligger en viss struktur ved en hjelpende samtale, og at de fleste gode og hjelpende samtaler ofte består av tre forskjellige deler. Den første delen er «en begynnelse». Denne delen tar for seg det å etablere en relasjon, skape kontakt og trygghet, klargjøre rammene om samtalen, starte problemidentifisering og å skape en åpen situasjon. I den andre delen, «midtdelen», fokuseres det på å utforske problemet, danne en forståelse for den andres perspektiv, det å la den andre velge problem, holde struktur i samtalen, utvikle en relasjon og allianse og til slutt forklare og informere rundt usikre holdepunkter. «Avslutningen» er den siste delen i samtalens oppbygging, og her skal man ta initiativ til å avrunde samtalen, la den andre oppsummere innholdet, gjøre justeringer hvis oppsummeringen ikke er dekkende og bekrefte nye avtaler (Eide & Eide, 2012).

3.4.1 Kommunikasjon

Det vil alltid foregå kommunikasjon mellom en sykepleier og de personene som er under vedkommendes omsorg ved ulike møter. Dette gjelder både om det føres en samtale, men også dersom begge parter er tause (Travelbee, 2014). Omsorg defineres av Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2013) som ”god samhandling som har kjennetegn av å springe ut av en grunnleggende forståelse av at vi mennesker er bundet sammen i avhengighet” (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, s. 86, 2013). Altså betyr omsorg at vi mennesker er avhengige av hverandre, og at all omsorg skjer ut i fra en forståelse av at vi ikke alltid klarer oss på egen hånd.

3.4.1.1 Generell kommunikasjon

På en enkel måte kan kommunikasjon defineres som sending og deling av meningsfylte signaler og tegn mellom to eller flere personer. Disse tegnene og signalene må tolkes av mottakeren, uavhengig av om kommunikasjonen er nonverbal eller verbal. Nonverbal kommunikasjon er en stor del av den helhetlige kommunikasjonen som vi gir uttrykk for. Dette er en kommunikasjonsform som er et responderende språk, da den forteller noe om begge partene i en samtale, samt det at den er vesentlig i forhold til relasjonen som skapes mellom disse. Dette er en kommunikasjonsform som avslører spontane reaksjoner, og disse reaksjonene kan være av helt eller delvis ubevisst karakter.

Den verbale kommunikasjonen tar utgangspunkt i de ord man uttrykker i dialog med andre personer. Dette er en kommunikasjonsform som kan virke entydig, men allikevel ha en tvetydig bunn (Eide & Eide, 2012).

3.4.1.2 Hjelpende og profesjonell kommunikasjon

Når det gjelder hjelpende og profesjonell kommunikasjon, er den i denne oppgaven basert på det verdigrunnlaget som omhandler yrket sykepleie. Dette er holdepunkter som berører de internasjonale retningslinjene for sykepleie, hvor man skildrer sykepleie som en yrkesutøvelse uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn eller seksuell legning. Likeså er den uavhengig av nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status (Eide & Eide, 2012).

Under kategorien hjelpende kommunikasjon fremmer Eide & Eide (2012) ti aspekter som gir oversikt over denne formen for kommunikasjon. Aspektene omhandler det å ha evne til å lytte til den andre, å observere og tolke den andres nonverbale samt dens verbale signaler, skape god og en likeverdig relasjon, det å kunne møte den andres behov og ønsker på en god måte, fremme stimulansen ved den andres ressurser og muligheter og kunne strukturere alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg. De siste aspektene omhandler det å kunne forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samt det å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger (Eide & Eide, 2012).

3.4.1.3 Aktiv lytting

Det å være aktivt lyttende er en sammensatt ferdighet som kanskje kan sees på som å være den mest grunnleggende, viktigste, og dessuten den mest komplekse ferdigheten, når det gjelder profesjonell og hjelpende kommunikasjon. Aktiv lytting vurderes som en helhetlig ferdighet bestående av flere enkeltferdigheter, som for eksempel øyekontakt, kroppsholdning og fysisk berøring (Eide & Eide, 2012).

3.4.1.4 Affektbevissthet og affekttoleranse

For å skape empati, er affektbevissthet og affekttoleranse to vesentlige fundamentet. Om man ikke er seg selv bevisst på hva man selv føler og tenker i gitte situasjoner, er det en vesentlig mindre sjans for å kunne bli den andre bevisst. Affektbevissthet omhandler det at man er bevisst sine følelser, og at man ut i fra dette gir aksept for disse. Det å ha evne til å tåle å oppleve følelser, like gjerne egne som andres, kalles affekttoleranse. Det å ha evne til å

utvikle affektbevissthet og affekttoleranse er viktig for videre å kunne vise evne til både empati og rasjonell handling (Eide & Eide, 2012).

3.5 Brukermedvirkning

I følge Eide og Eide (2012) er personer som mottar helsehjelp, altså brukere, selvstendige individer. Det spesifiseres at brukeren er autoritær, når det gjelder egen sykdomsfornemmelse, hvordan situasjoner oppleves og hva som er viktige fundament for dem (Eide & Eide, 2012). Man skal derimot være bevisst på at betydningen av brukermedvirkning ikke er at brukerne til enhver tid skal eller kan få bestemme selv (Vestaby, 2010), men ved å rette fokus rundt det som er brukerens egen opplevelse av situasjon og sykdom, blir sykepleierens imøtekommelse av dette betydningsfull. Man viser respekt ved å ta brukerens perspektiv på alvor, og man lar brukeren beholde stor innflytelse på egen situasjon (Eide & Eide, 2012).

I Norge har brukermedvirkning de siste årene vært lovfestet i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven. Dermed har ikke tjenesteapparatene noe valg i om de skal forholde seg til dette, eller ikke (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

Hummelvoll (2012) forteller om hvordan aktiv brukermedvirkning har en sentral betydning i verdifullt psykisk helsearbeid. Dette betyr å hjelpe personer med å finne fram til egne livsmål, støtte dem så de kan godta seg selv og hjelpe dem til å oppleve glede ved samvær gjennom å samhandle med andre personer. Gjennom mestringsopplevelser, samt erkjennelse på egen verdi, kan man styrke selvaktelsen. Det kreves derimot et visst mentalt overskudd for å kunne møte og mestre de problemene man møter i dagliglivet. Det vil da være naturlig å finne ut av hva som har opptatt brukeren tidligere, hva slags ressurser han har, se etter mulige evner brukeren kan ha (uten å ha oppdaget de selv enda), og videre stimulere disse så brukeren kan få et grep om livet sitt (Hummelvoll, 2012)

Brukermedvirkning handler om at man skal kunne ha råderett over eget liv, og dette ved at man har en bestemt innflytelse som bruker av de hjelpetiltak man mottar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2013).

Det har lenge vært vanlig at mennesker som er psykisk syke har fått fortalt hva som angivelig skal være til deres eget beste. Brukermedvirkning går ut på å endre dette ved at brukerne selv, i langt større grad enn tidligere, skal få delta i prosessen med å utforme de tiltakene som gjelder og påvirker dem selv. Utidsmessige måter å jobbe på, samt negative holdninger vil kunne endres med brukermedvirkning, men dette vil kreve en del fra både de ansatte og

brukerne selv. Brukermedvirkning har også en egenverdi, siden brukernes egne ressurser og valg blir lyttet til og respektert, altså tatt på alvor. Dermed vil brukerne også kunne oppleve å bli friskere. Mennesker som ønsker hjelp vil gjerne ofte ha muligheten til å styre over de viktigste verdiene i eget liv, samtidig som de ønsker hjelp mottatt på premisser som er deres egne (Nyttingnes, 2004).

Begrepet brukermedvirkning knyttes til de situasjonene hvor de berørte partene får ansvar for å treffe beslutninger selv. I dette inngår forhold som makt, innflytelse og medbestemmelse. Brukermedvirkningsbegrepet brukes for å beskrive den relasjonen partene har i et saksforhold med forskjellige interesser. Begrunnelsen for anvendelse av brukermedvirkning er at brukeren sitter med en veldig viktig og sentral kunnskap med tanke på beslutninger som skal treffes med hensyn til planlegging og gjennomføring av behandlingen (Vatne, 1998).

For å kunne ta ansvar for eget liv, er en av forutsetningene at mennesker selv innehar et eieforhold med hensyn til sine problemer. Tradisjonelt sett er det som regel hjelperne som har hatt et eieforhold til disse forskjellige områdene, men brukermedvirkning kan sette i gang prosesser som, igjen kan bidra til at brukeren med tid kan utvikle et eieforhold til sitt eget liv (Vatne, 1998).

I en rapport fra helsedirektoratet (2006) presenteres tre nivåer innen brukermedvirkning; individnivå, systemnivå og politisk nivå. På individnivå omhandler dette at vedkommende som mottar eller benytter seg av helsehjelp og tjenestetilbud, får innflytelse vedrørende dette tilbudet. På systemnivå innebærer dette at brukeren blir deltagende i behandlingen ved å inngå et likeverdig samarbeid med de som utøver tjenestetilbudene, og samtidig er aktivt deltagende fra start til mål i planleggings – og beslutningsprosesser. Når det gjelder brukermedvirkning innen politisk nivå, er det hovedsakelig fokus på at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert i de prosessene som forløper før beslutninger av politisk karakter blir fattet (Aasheim, Larsen, & Nordal, 2006).

Det forutsettes at fagpersoner respekterer de valgene en bruker gjør med tanke på dens egen livssituasjon og sykdom eller lidelse for at reel brukermedvirkning skal være mulig på et individnivå. Dette betyr ikke at helsepersonell kan eller skal fraskrive seg ansvaret de har for faglig forsvarlighet, men derimot at helsepersonellet skal lytte til brukeren – og brukerens pårørende – i mye større grad enn tidligere (Bakke, 2010). Den faglige forsvarligheten er både ansvaret til den enkelte, men også til virksomheten, og kan sies å omhandle kvalitet og

pasientsikkerhet (By, 2013). Det som kjennetegner den faglige forsvarligheten som blir utøvd av sykepleiere i praksis, er at den har grunnleggende fundament i kunnskap og lovverk som er relevant og aktuell for den spesifikke praksisen (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

3.5.1 "Empowerment"

Brukermedvirkning bygger delvis på teorien vi har om "empowerment". Dette forklares som den prosessen som behøves for å aktivisere og bygge opp egenkraften til mennesket. På en side handler "empowerment" om de faktorene som er individuelle, slik som blant annet kunnskap, selvtillit og ferdigheter. På en annen side handler "empowerment" om de faktorene som er samfunnsmessige, som blant annet rammebetingelser, politikk og økonomi. Dermed handler "empowerment" både om styrking av brukeren som et enkeltindivid, slik at brukeren får økt påvirkning og myndighet over eget liv, og det arbeidet som må utføres for at brukeren skal få økt sine rettigheter, men også muligheter for involvering, deltakelse og innflytelse i det samfunnet den lever i (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

For at "empowerment" skal være mulig, forutsettes det at det foreligger brukermedvirkning både på individ-, system- og politisk nivå, ut i fra en fundamental tro på selve mennesket og dets ressurser og evner – også ut i fra en tro på viktigheten alle mennesker føler ved å kunne kontrollere og påvirke sin livssituasjon, samt evnen og ønsket alle har om å være en del av utviklingen og påvirkningen av samfunnet de lever i (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

Brukermedvirkningen bygger på disse tankene om "empowerment".

4 Hvordan kan sykepleiers bruk av KOR i samtale fremme brukermedvirkning?

I dette kapitlet vil vi presentere en analyse av tidligere nevnte teori som drøftes mot valgt problemstilling. For å belyse problemstillingen har vi valgt fem nye underoverskrifter. Oppgavens teorigrunnlag, relevant forskning og praksiserfaringer vil bli satt opp mot hverandre slik at vi kommer frem til en konklusjon på problemstillingen, om hvordan sykepleiere kan bruke KOR som verktøy for å fremme brukermedvirkning i samtale. Det blir tatt utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori.

4.1 Det innledende møtet

En sykepleier vil alltid observere samt gjøre seg opp antakelser og meninger under det første møtet hun har med en bruker, og det samme vil også brukeren gjøre angående sykepleieren. På bakgrunn av at de to ikke har kjennskap til hverandre, vil deres oppfatninger av hverandre hovedsakelig være bygget på generelle og stereotypiske forventninger (Kirkevold, 1994). Sykepleieren vil være påvirket av de erfaringene hun har fra tidligere av med andre brukere, mens brukeren vil være påvirket av de erfaringene vedkommende har fra tidligere av i møter med annet helsepersonell (Travelbee, 2014). Samtidig er det i denne fasen sykepleieren og brukeren får det viktige førsteinntrykket av hverandre, og de utvikler en følelse av hvordan den andre av de to egentlig er. Den viktigste oppgaven sykepleieren har i denne fasen er å være bevisst på sine egne stereotypiske oppfatninger av brukeren som et sykt individ, samtidig som hun må arbeide for å bryte ut av denne oppfatningen. Dette er nødvendig for at sykepleieren skal kunne se mennesket bak ”pasienten”. Evnen sykepleieren har til å kunne se mennesket som individ og ikke bare som en ”pasient”, kommer an på den evnen sykepleieren har til å gå ut over sine stereotypiske oppfatninger, men også av den interessen hun har for andre som unike individer (Kirkevold, 1994). Dersom sykepleieren ikke selv innehar en forståelse av at hun ser brukeren kun som en ”pasient”, vil hun ikke ha noen mulighet for progresjon i forholdet med brukeren. Hvis sykepleieren kommer til det punktet hvor det ikke vil være mulig å komme nærmere et ekte menneske-til-menneskeforhold, vil sykepleieren heller aldri nå det punktet hvor hun begynner å se brukeren som et individ og da vil interaksjonen mellom de to være overfladisk, avhumanisert og mekanisk. Men dersom sykepleieren klarer å ha en oppfatning av brukeren som et unikt individ, og brukeren også handler deretter vil de to kunne begynne å etablere en større forståelse av hverandre (Travelbee, 2014).

For å imøtekomme Travelbees synspunkt, kan man som sykepleier forberede seg til møtet med brukeren (Travelbee, 2014). Den forberedelsesfasen som blir skissert i Hummelvolls (2012) fremstilling av sykepleier-pasient-fellesskapet som bygger på en helhetlig eksistensiell-humanistisk tenkning tar utgangspunkt i at sykepleier og bruker ikke har møtt hverandre, og at de har dannet seg et stereotypet bilde av hverandre på forkant av det innledende møtet (Hummelvoll, 2012).

Sykepleieren er klar over at brukeren skal komme, og må dermed ta i betraktning at brukeren har oversteget en terskel idet vedkommende tar initiativ til å søke hjelp (Hummelvoll, 2012). Til tross for at vi mennesker tror at våre intensjoner er bevisste, så er vi allikevel ikke fullt klar over våre egne følelser. I enkelte situasjoner kan vi blant annet si eller gjøre ting som vi ikke forstår betydningen av før senere. I de situasjonene hvor våre følelser er presset eller vi sitter med følelser som det er vanskelig å inneha eller å vedta, vil dette være tydelig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013).

I forberedelsesfasen bør sykepleieren derfor gjennomgå en selvanalyse vedrørende sitt syn på psykisk lidelse og mennesket bak, i form av tanker som skildrer hva sykepleier forventer i forbindelse med brukerens sykdomsspesifikke adferd (Hummelvoll, 2012). Det å arbeide med seg selv og reflektere over hvilke holdninger man utspiller i møte med andre mennesker, legger grunnlaget for ikke å krenke, men å løfte brukerne opp med bakgrunn i ens egen kunnskap og holdninger. Dette kan være holdninger som utstråler verdighet, respekt og tillit, samt empati og sympati (Samuelsen, 2012). Det å vurdere om man dekker sin usikkerhet bak en fasade som er formell blir også en funksjon samt det å vurdere om man frykter nærhet i så stor grad at man må holde fast på en væremåte som bunner i uberørthet og kjølighet i forhold til brukeren. Det å danne seg tanker rundt hvilke holdninger man skal møte brukeren med kan bidra til å understreke at sykepleiers og brukers samvær og samarbeid kan resultere i muligheten til å gi gjensidig berikelse (Hummelvoll, 2012).

Sykepleieren må også under forberedelsesfasen begynne å forberede den samtalen hun skal ha med bruker. Det å skulle danne seg en struktur i utarbeidelsen av en samtale, kartlegger Eide & Eide (2012) godt. De gir en struktur som tar utgangspunkt i tre hovedelementer for gjennomførelsen av en samtale. En begynnelse, en midtdel og en avslutning (Eide & Eide, 2012). Med utgangspunkt i Hummelvolls (2012) forberedelsesfase må man ta hensyn til at ingen samtaler er like og at de fleste heller ikke har like formål. Det som derimot gjerne er felles er at den viktigste funksjonen en begynnelse av en samtale har, er å skape blant annet

trygghet og tillit samtidig som man prøver å etablere en relasjon. For at brukeren skal ville snakke åpent om hva enn det gjelder, samt for kontaktforholdet, er nettopp dette viktig. Dermed kan man kort forklare at det å skape en relasjon går ut på å enten bekrefte eller avkrefte de stereotypier en bruker kan ha (Eide & Eide, 2012).

I begynnelsen av en samtale blir også grunnlaget lagt i forholdet mellom hjelperen og brukeren med tanke på kontakt og trygghet. Til tross for at de to er fremmede for hverandre, vil deres oppfatninger av hverandre som personer etter hvert bli mer nyanserte. Det er viktig for sykepleieren å huske på at brukere ofte befinner seg i en uønsket situasjon som de ikke selv har valgt å være i og at brukeren har en del rettigheter og grunnleggende behov man dermed bør prøve å oppfylle i begynnelsen av samtalen. Eide & Eide (2012) nevner blant annet det å bli møtt med respekt og høflighet, å bli lyttet til og det å få klar og grei informasjon (Eide & Eide, 2012).

Det er også viktig i samtalen mellom bruker og sykepleier at brukeren føler en viss kontroll samtidig som vedkommende har en følelse av å bli inkludert. Et positivt resultat avhenger nemlig av brukerens eget engasjement samt det faktum at vedkommende blir involvert i egen behandling, altså at brukeren deltar (Berge & Repål, 2013). Ifølge Vatne (1998, s. 36) mener Lafferty at deltakelse kan forstås på to forskjellige måter; først og fremst som ”å ta del” og for det andre som ”å dele”. Det å ta del er en handling som er individuell, mens det å dele er en handling som er kollektiv og som vil kreve en type samarbeid. Deltakelse er dermed et begrep som kobler interessen til en part, *brukerens*, sammen med hjelperelasjoner, som da utgjør den kollektive handlingen. Som følge av dette blir dermed deltakelse i seg selv et mål, det blir en rettighet og et virkemiddel for brukeren til å kunne nå mål som er dens egne og i tillegg blir den et virkemiddel for sykepleieren til å kunne oppnå sine behandlingsmål (Vatne, 1998).

Deltakelse krever brukermedvirkning, og vi vil dermed fremme bruken av KOR. Som nevnt tidligere er KOR et system som er utviklet med den hensikt å systematisk innhente tilbakemelding fra brukeren. Dette gjøres ved hjelp av to skjemaer, ORS og SRS. I begynnelsen av den første samtalen mener vi det vil være hensiktsmessig å benytte ORS, da dette gir et bilde på brukerens ståsted i sin livssituasjon, mens SRS anvendes på slutten av det innledende møtet for at sykepleieren skal få en tilbakemelding på hvordan brukeren oppfatter relasjonen mellom de to og hvorvidt brukeren føler at han har blitt hørt. Det er også viktig når KOR skal introduseres for brukeren at sykepleieren husker på en del ting. Blant annet bør hun unnlate bruken av ord og uttrykk som er for tekniske. Hun bør heller tilpasse språket slik at

brukeren forstår det som blir snakket om. Hun bør også være påpasselig med å gi en forklaring av hensikten med å utføre disse målingene. Til slutt bør sykepleieren gjøre målingene til en naturlig del av samtalen og si klart ifra at hun ønsker disse tilbakemeldingene fra brukeren (Duncan & Sparks, 2010).

Midtdelen av en samtale vil, i likhet med begynnelsen, også være veldig viktig da det er her det blir snakket om det som faktisk gjelder og helt til slutt i samtalen er det greit å avtale eller bekrefte neste møte. Dette gjør at brukeren kan få bekreftet relasjonen, få et fremtidig perspektiv samt få sin tillit om at dette går rette veien styrket. Sagt med andre ord kan det bidra til å styrke det håpet og den mestringsevnen brukeren har (Eide & Eide, 2012).

Så dersom sykepleieren i løpet av det innledende møtet klarer å bryte ut av oppfatningen av brukeren som bare en ”pasient” og heller klarer å ha en oppfatning av brukeren som et unikt individ, og brukeren også handler etter dette, vil forholdet deres bevege seg inn i en ny fase hvor identitetene til de to vil begynne å vise seg (Travelbee, 2014).

4.2 Fremvekst av identiteter

Denne fasen av Travelbees (2014) teori blir karakterisert av den evnen et individ har til å verdsette en annen part som et individ som er unikt og menneskelig, men også av evnen individet har til etablering av en tilknytning til den andre parten. For å få til dette kreves det at sykepleieren overskrider den rollen hun har som sykepleier og oppfatter og ser brukeren som et unikt individ. Følgelig vil brukeren i større grad bli betraktet på bakgrunn av sin identitet, og ikke like mye som en kategori (Travelbee, 2014).

Sykepleieren og brukeren vil i denne fasen begynne å etablere en tilknytning til hverandre, men de vil også sette i gang en prosess angående atskillelse. Dette fordi identitetene kommer tydeligere frem, mens de stereotypiske forventningene og oppfatningene blir skilt bort. I denne fasen vil sykepleieren utarbeide seg en forståelse for brukerens følelser, tanker og oppfatning av situasjonen, samtidig som brukeren vil gjøre seg opp en oppfatning av sykepleieren som et eget individ, og ikke bare som en rolle (Travelbee, 2014). Sykepleieren må på dette tidspunktet lytte til brukerens oppfatning situasjonen, samt empatisk og tålmodig inntone seg med brukeren for å kunne utvikle en gradvis tillit. Dette fordi sykepleieren ikke kan forvente å få den tilliten som trengs for å ha en mulighet til å kunne gi brukeren hjelp, men fordi tilliten gradvis må utvikles i tempoet brukeren selv føler er passe (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2013). Det er også viktig at sykepleieren ikke har en oppfatning av

brukeren på bakgrunn av likheter vedkommende har med andre brukere som sykepleieren har tidligere pleiet (Kirkevold, 1994).

Sykepleieren bør være bevisst på å vise seg troverdig gjennom sitt valg av begreper og ord, og blant disse velge de begrepene og ordene som er gjenkjennbare og som kan hjelpe til med oppbyggingen av tillit og trygghet. For brukeren vil det også være veldig positivt at vedkommende og sykepleieren kan ha en åpen samtale angående hva som er forståelig og hva som ikke er det, i tillegg til at dette kan fremme tillit og troverdighet for brukeren med tanke på at hjelpen som blir mottatt er bærekraftig. Denne troverdigheten er meget viktig fordi sykepleierens tillit blir bygget gjennom nettopp denne (Beston & Holte, 2005).

Det å ha en åpen samtale angående forståelse kan også være positivt i den forstand at brukere av annen rase eller fra annen kultur kanskje ikke oppfatter nyttigheten av brukermedvirkning da dette ikke faller naturlig for dem med bakgrunn i deres tradisjoner og levemåte. Brukere som kommer fra blant annet sørøst Asia, har en kultur hvor det regnes som uhøflig å si nei. De vil dermed ikke si imot helsepersonell dersom det skulle være noe de misliker eller dersom de skulle føle at de ikke blir hørt, men heller kun respondere med ”ja” og ”tusen takk”. Derimot har man også brukere fra blant annet mellom-Østen som forstår brukermedvirkning på en helt annen måte. De mener kanskje selv at de vet best og at ingen kan fortelle dem hva som skal gjøres eller ikke. Dermed er det viktig av sykepleier å utøve kultursensitivitet ved å forstå at ikke alle kulturer inviterer eller i det hele tatt tillater den formen for tilbakemelding som KOR er bygget på. For sykepleieren i en slik situasjon vil det være lite hensiktsmessig å benekte kulturen til brukeren. Det som derimot er nødvendig, er at sykepleieren og brukeren sammen går den veien som kreves samtidig som de snakker om de vanskelige aspektene tilknyttet brukermedvirkning og den spesifikke kultur (Johansen & Sundet, 2012). Forskning viser også at en nåværende svakhet ved KOR er at det eksisterer lite forskning som viser effektiviteten med individer fra mangfoldig kulturell- eller rasebakgrunn. KOR foreslår en samarbeidende, bruker-rettet prosess, men denne tilnærmingen kan være mindre foretrukket av brukere fra kulturer som understreker respekt for profesjonelle (Norsworthy, Reese, & Rowlands, 2009).

Et annet positivt aspekt ved å føre en åpen samtale angående forståelse er at det også kan være bra for sykepleieren. Duncan (2012a) refererer til flere kilder i sin bok, deriblant Horvath & Bedi, 2002, som påpeker at en allianse som er positiv mellom sykepleier og bruker er blant de faktorene som best kan forutsi et positivt og godt utfall (Duncan, 2012a).

Forskning viser derimot at i samtaler overvurderer 2/3 av de profesjonelle partene sin jobbytelse. Med en åpen samtale og bruken av KOR vil derimot sykepleieren få tilbakemelding av brukeren på sin prestasjon, og dersom det sykepleieren gjør ikke fungerer, vil vedkommende få en mulighet til å endre sin tilnæringsmåte (Duncan, 2012b). Duncan nevner også at tilbakemelding til den profesjonelle parten i samtalen har en effekt som jevner ut forskjellen på de effektive og mindre effektive fordi de som er gjennomsnittlige eller dårlige får sin effektivitet høynet til det nivået de mer effektive ligger på (Duncan, 2012a).

Sykepleierens oppgave i denne fasen er å være bevisst på sin oppfatning av brukeren og det unike og individuelle ved denne brukeren. Det er også viktig at sykepleieren gjør en vurdering av likhetene og forskjellene mellom seg selv og brukeren fordi det er dette som legger grunnlaget for at empati kan ha en framvekst. Det unike og individuelle ved sykepleieren og brukeren vil fortsette å vokse frem helt til et reelt og genuint forhold har blitt etablert mellom dem for det er dette forholdet som ligger til grunn for empatien (Travelbee, 2014).

4.3 Empati

Empati er noe to individer erfarer mellom seg. Det kan forklares som den evnen de har til forståelse av den psykiske tilstanden til den andre enten ved at de lever seg inn i eller ved at de tar del i. Samtidig er empati den prosessen hvor et individ klarer å utelukke atferden til et annet individ og kun ha en følelse av hva vedkommende opplever innvendig på et bestemt tidspunkt. Dermed tar man som individ i denne prosessen del i sinnstilstanden til det andre individet, men uten at det går så langt at man deler de samme tankene og følelsene. Dermed er empati at man tar del i noe, samtidig som man holder seg utenfor. Det at man holder seg utenfor skyldes ikke nødvendigvis at man er kjølig og distansert, men heller at man står sammen om noe og har de samme følelsene rundt noe, på samme tid som man holder seg til å være to forskjellige personer. I empatiprosessen vil man kjenne på nærhet samtidig som man oppfatter det andre individets individualitet mer klart enn man har gjort tidligere. Gjennom empati er begge individer klare over at de innehar en kontakt med den andre, noe som gjør empati til en prosess som er bevisst. Resultatet av dette er at individene utvikler en evne til å kunne forutsi atferden til den andre (Travelbee, 2014).

Ved empati vil ingen av individene føle på behovet om å gjøre eller utføre noe med hensyn til den kunnskapen de har tilegnet seg gjennom prosessen, annet enn det å forutsi atferden til den andre. Det å ha empati for noen er nøytralt og uavhengig av å mislike eller like det andre individet. Til tross for dette skjer derimot ikke empati av seg selv, fordi den er avhengig av at

individene deler erfaringer med likhetstrekk. Dermed vil empati kunne bli begrenset av et individs bakgrunn og tidligere erfaringer (Kirkevold, 1994). I følge Travelbee (2014) kan det å skulle ha empati for noen man ikke deler likheter med sammenlignes med det å skulle beskrive et land man aldri har vært i. I tillegg til å være avhengig av like erfaringer krever empati i tillegg at individene ønsker å oppnå en forståelse for den andre (Travelbee, 2014).

Bruken av KOR vil kunne være hjelpsom i prosessen med å utvikle empati til tross for at sykepleier og bruker ikke deler de samme egenskapene og erfaringene. Det er flere indikasjoner på at betimelig oppdagelse av dårlig arbeidsallianse resulterer i bedre utfall og at tilbakemelding på dette området kan initiere forbedringer og forhindre stagnering i samtaleprosessen. Dermed vil blant annet bruken av SRS være til nytte, da brukeren får gitt tilbakemelding til sykepleieren blant annet angående vedkommendes tilnæringsmetode. På denne måten vil sykepleieren og brukeren få muligheten til å enes om hva som fungerer og ikke, og alliansen vil kunne ha en mulighet til å bli bra, til tross for mangel på likheter mellom sykepleieren og brukeren (Dekker, van Oenen, Peen, Schipper, Schoevers, & Visch, 2013). Dette støttes av Eide, et al. (2008) som skriver at mange brukere har uttrykt at det ikke har vært godt nok tilrettelagt for å utvikle en relasjon til sykepleieren, og at det er nettopp denne relasjonen de ønsker at sykepleiere skal legge vekt på (Eide, et al., 2008).

KOR vil også være positivt i den forstand at den forteller om det som kan endres på akkurat nå og om det som kan bli gjort noe med, altså gir KOR brukeren muligheten til å umiddelbart og direkte påvirke behandlingen sin. Dette fører til at de tilbakemeldingene som blir gitt blir meningsfulle både for sykepleieren og brukeren. Dermed, til tross for mangel på likheter, vil sykepleieren og brukeren ha mulighet til å utvikle en større forståelse av hverandre, og da kan de heller legge dette som grunnlag for empatien (Anker, 2010). Det er i tillegg viktig å gi brukeren en opplevelse av at dens egne vurderinger og meninger er av samme betydning som de vurderingene og meningene sykepleieren har (Valla, 2010).

Empatien vil ikke i seg selv føre til en utvikling av gjensidig kontakt og forståelse, men den vil være viktig for å kunne komme seg til det punktet. Følelsen av empati er å rent intellektuelt forstå det andre individet med bakgrunn i deres liket, men dette tilsvarer ikke den gjensidige kontakten og forståelsen. Det vil ikke være tilstrekkelig med bare denne forståelsen av det andre individet, og sykepleieren må derfor arbeide for å komme seg til den fasen hvor hun innehar et ønske om å gi brukeren hjelp. Dette skal ikke skje fordi det er noe som

forventes av sykepleieren av andre, men av hensyn til brukeren selv. For at dette skal skje må medfølelse og sympati foreligge i forholdet (Travelbee, 2014).

4.4 Sympati

Sympati er en utvikling fra empatifasen i den forstand at sympati knyttes til ønsket om lindring av de plagene en bruker kan ha. Denne fasen forbindes gjerne med lidenskap ved at sykepleieren tar del i lidelsen til brukeren. Sympati kan dermed ikke oppstå med mindre man føler en nærhet ovenfor den en har sympati for. Det oppstår en prosess når to individer skal bli kjent og utvikle en forståelse for hverandre og sympati inngår ikke som fase i denne prosessen, men fremstår som en tankegang og en holdning. Derimot vil sykepleierens og brukers forhold bli forsterket og utdypet ved hjelp av sympati. Den omsorgsegenskapen varmen har i medfølelse og sympati er som regel kommunisert videre gjennom verbal kommunikasjon, men den kan også til tider forekomme som non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 2014).

Sympati blir uttrykt ved at sykepleieren tar del i de lidelsene brukeren har, og samtidig hjelper vedkommende å bære denne byrden slik at brukeren ikke trenger å stå i det alene. Det at sykepleieren utøver sympati ovenfor brukeren påvirker ikke bare brukeren på en fysisk måte, men også på en psykisk måte. Sykepleieren skal ikke bli skremt av tanken på å vise at hun er bekymret eller at hun bryr seg, men på samme tid skal hun heller ikke bli oppslukt i disse bekymringene eller i omsorgen. Kort sagt skal sykepleieren vise omsorg for brukeren, i tillegg til at hun skal støtte vedkommende følelsesmessig og holde han oppe gjennom den vanskelige tiden han går igjennom. Mange sykepleiere har en slags blokkering mot å vise sympati og medfølelse, dette kan enten være fordi vedkommende ikke har fått den typen sympati og medfølelse selv og dermed heller ikke er kapabel til å utøve dette. Men det kan også skyldes redsel for at brukeren skal nyte denne oppmerksomheten i en slik grad at vedkommende ikke vil jobbe for å bli bedre (Travelbee, 2014).

Når sykepleieren og brukeren har kommet til det punktet hvor det utvises medfølelse og sympati, kommer igjen KOR inn som et nyttig verktøy. Det materialet man får fra ORS er lett for sykepleieren å evaluere og administrere. Brukeren vil på en tydelig og rask måte få frem et bilde av sin situasjon og sykepleieren vil få en tilbakemelding på hvordan det utførte arbeidet i samtalen har gått (Eide, et al., 2008). Dette vil være til hjelp med tanke på at et av de overordnede målene i arbeidet og samtalen er å stimulere brukerens selvbevaring og selvtillit og at sykepleieren videre skal styrke brukerens tro på å kunne mestre sin egen livssituasjon

(Hummelvoll, 2012). En annen positiv ting med KOR er at det å innlede samtalen med ORS vil kunne oppleves veldig positivt av brukeren da vedkommende ser at sykepleieren også ser viktigheten av at brukeren får en forandring som merkes. Som følge av dette vil brukeren som regel selv være mer aktivt deltakende i utformingen av samtalen (Eide, et al., 2008).

I denne sympatifasen vil oppgaven til sykepleieren være å omgjøre sin medfølelse slik at det blir sykepleiehandlinger som er konstruktive. Dette vil si at selv om sykepleieren har et ønske om å hjelpe brukeren, må hun også inneha den kunnskapen og de ferdighetene som behøves i selve sykepleieprosessen. Det er denne fasen som legger grunnlaget for den siste fasen, som går ut på gjensidighet i form av forståelse, men også kontakt (Travelbee, 2014).

4.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Først etter å ha gjennomgått de tidligere nevnte fasene vil sykepleieren og brukeren kunne utvikle et menneske-til-menneskeforhold og en gjensidighet i form av kontakt og forståelse (Travelbee, 2014). Denne fasen vil være resultatet av det brukeren og sykepleieren sammen har bygd opp (Kirkevold, 1994). Ifølge Travelbee (2014) er det dette som kan sies å være det ultimate målet man sikter mot innen all form for sykepleie. Begrepet ”forhold” står i likhet med begrepet ”gjensidig kontakt og forståelse” for de erfaringene som deles mellom brukeren og sykepleieren. Begge disse begrepene er tilknyttet menneske-til-menneskeforholdet, men det sistnevnte begrepet kan sees som erfaringen tilknyttet dette forholdet (Travelbee, 2014).

Tidligere har det blitt gjort noe forskning hvor det ble fokusert på samtaleutfallet og bruken av KOR. Alle konkluderte med at det å bruke KOR i samtalen var overlegent over det å føre en samtale uten dette verktøyet. Bruken av KOR og det å samle og vurdere data gjør det også gjennomførbart for brukeren og sykepleieren å evaluere og diskutere samtalefremgangen som likestilte partnere. I likhet med den forrige fasen vil KOR også i denne fasen kunne bety mye da samling av tilbakemeldingsskalaer kan bli betraktet som et sterkt og definitivt signal om at brukerens synspunkter betyr noe (Eriksen, Grimstad, Rise, & Steinsbekk, 2012). Den typen tilbakemelding som KOR gir har også blitt forsket på, og det er konkludert at det bidrar til å dekke behovene til brukerne på en mer effektiv måte, men også på best mulig måte (Norsworthy, Reese, & Rowlands, 2009).

Sykepleieren vil også kunne dra god nytte av bruken av KOR i denne fasen da dette verktøyet bidrar med å la sykepleieren følge med på hvordan brukeren responderer i samtalen og at hun dermed enklere kan tilrettelegge videre samtaler for brukeren (Høstmælingen, 2010). Men det

er også viktig for sykepleieren å få tilbakemeldinger av brukeren angående alliansen slik at hun kan vite om hjelpen hun gir til brukeren, faktisk er hjelpsom (Valla, 2010). Dette støttes av Duncan (2012a) som skriver at det å regelmessig vurdere alliansen med brukeren bidrar til å kunne legge merke til og fikse eventuelle problemer slik at disse problemene ikke innvirker negativt på utfallet. Men også at denne vurderingen bidrar til å styrke alliansen (Duncan B., 2012a).

Når sykepleieren og brukeren har oppnådd gjensidighet i form av kontakt og forståelse og har utviklet en form for tillit, er det viktig at sykepleieren introduserer KOR-skjemaene til brukeren på en slik måte av brukeren svarer så ærlig som mulig. Brukeren har kanskje ikke før vært så ærlig som han vedkommende burde, med denne ærligheten vil derimot være nødvendig for at brukeren skal få den hjelpen han ønsker og det vil muligens være enklere når denne fasen er nådd (Eide, et al., 2008). Sykepleieren og brukeren er også nødt til å utvise respekt ovenfor hverandre, ikke bare respekt som i å si ”tusen takk” eller ”vær så god”, men respekt som i å tro på at de begge er verdifulle og at de begge innehar verdighet og kompetanse (Duncan & Sparks, 2010).

Denne siste fasen kan karakteriseres ved at sykepleieren og brukeren deler følelser, tanker og holdninger, og den representerer den måten som sykepleieren forholder seg til brukeren på og motsatt. Med tiden vil sykepleieren og brukeren ha gått igjennom en viktig prosess sammen og de vil begge sitte igjen med erfaringer som er betydningsfulle og meningsfulle for dem begge to. Relasjonen de to har utviklet er også et resultat av sympatien og medfølelsen der sykepleieren har gått inn for å lindre brukerens plager (Kirkevold, 1994). Det derimot mest karakteristiske ved denne fasen er at sykepleieren og brukeren har nådd det punktet hvor de forholder seg til hverandre som mennesker og ikke som kategorier (Travelbee, 2014).

Implementeringen av KOR har fått stor støtte i departementet og i ledelsen til Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), dette har skjedd gjennom blant annet føringer i statsbudsjettet, men også gjennom vedtak i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) direktørmøte. Da det ble valgt å innføre KOR i 2009, ble det bestemt at man skulle føre implementeringen trinnvis. Marianne Bie (2010) har uttalt at hun ønsker å understreke det at implementeringen av KOR fortsatt kun er et utviklingsprosjekt. Videre sier hun at implementeringen følges av flere norske fagmiljøer med stor interesse og at disse også har satt i gang med bruken av KOR-skalaene. Som eksempel viser hun til det etablerte KOR-nettverket ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør. Til slutt

uttaler hun at hennes visjon for implementeringen av KOR er at verktøyet skal kunne bidra til at sykepleier og bruker skal kunne drive samforskning samt at hun ønsker familievernet å bli ledende i den terapeutiske kvalitetsutviklingen (Bie, 2010).

5 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å belyse vår problemstilling med forskjellig teori i form av litteratur og forskning, samt å komme med et svar. Vi har funnet relevant teori som vi har presentert og videre drøftet og gjennom dette har vi utviklet en større forståelse for viktigheten av brukermedvirkning og hvordan bruken av KOR kan være med på å fremme dette.

Det er tydelig i både litteratur og forskning at en av de viktigste faktorene for et positivt utfall er brukerens eget engasjement og deltakelse. Dette avhenger av brukermedvirkning, hvor KOR kan være et nyttig verktøy. KOR bidrar med å gi et bilde av brukerens situasjon og alliansen til sykepleieren. Dersom noe ikke fungerer, vil sykepleieren tidlig oppdage dette og kan dermed gå inn og korrigere de problemene som ligger der før de innvirker negativt på brukerens utfall.

Gjennom oppgaven har vi lært at brukermedvirkning stadig blir mer og mer i fokus samtidig som det blir utviklet nye verktøy for å kunne involvere brukeren så mye som mulig uten at det skal være for tidkrevende og komplisert. Vårt ønske med denne oppgaven var å legge fokuset på KOR som et slikt verktøy da vi ser gjennom forskning hvor gode resultater det har gitt samtidig som det er så greit å ta i bruk.

Vår konklusjon er at ved bruk av ORS vil brukeren få muligheten til å vise hvordan sin livssituasjon er fra samtale til samtale og sykepleieren vil få innblikk i om det foreligger noen endring eller ikke. Dermed kan de sammen diskutere hvilke tiltak som bør settes i verk for å klare å skape en endring. Ved bruk av SRS får brukeren mulighet til å gi sin vurdering av den spesifikke samtalen angående sykepleierens tilnærming og om hvorvidt brukeren følte at han ble hørt. Dermed får sykepleieren også tilbakemelding på hvordan brukeren oppfatter alliansen og kan eventuelt endre sin tilnæringsmåte dersom brukeren ikke er fornøyd. På denne måten kan sykepleieren ved å implementere KOR i samtalen gi brukeren en mye større grad av involvering i egen behandling.

For vår del har oppgaven vært veldig interessant og vi har lært, spesielt gjennom forskningen, at KOR fungerer, men man forstår ikke helt grunnen til at det fungerer og spesielt ikke hvorfor det fungerer såpass godt for de brukerne som allerede er ”spådd” et positivt utfall. Hovedprinsippet for oss innen brukermedvirkning er at den personen som har problemet, bør få være den som velger hvordan problemet skal løses.

Bibliografi

*Anker, M. (2010, Desember). KOR kan sikre faglig frihet i familievernet. *Brukermedvirkning i familievernet*, ss. 14-17.

*Bakke, T. (2010, November 3). *Hva er klient- og resultatstyrt praksis (KOR)?* Hentet Februar 19, 2015 fra Webområde for helsebiblioteket:

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/artikler/hva-er-klient-og-resultatstyrt-praksis-kor>

Berge, T., & Repål, A. (2013). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Beston, G., & Holte, J. S. (2005). *Å mobilisere til brukermedvirkning - en forskjell som gjør en forskjell i møte med en psykisk syk*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

*Bie, M. (2010, Desember). Det store KOR-løftet. *Brukermedvirkning i familievernet*, ss. 6-11.

*Bufdir. (2010, Desember). Fakta om KOR. *Brukermedvirkning i familievernet*, ss. 7-9.

*By, E. G. (2013). Faglig forsvarlighet - vårt felles ansvar. *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Oslo, Norge: Norsk Sykepleierforbund.

*Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dekker, J., van Oenen, F. J., Peen, J., Schipper, S., Schoevers, R., & Visch, I. (2013). *Efficacy of immediate patient feedback in emergency psychiatry: a randomized controlled trial in a crisis intervention & brief therapy team*. Hentet Januar 2015 fra Webområde for EBSCOhost:

[http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/results?sid=04ef24cf-cf33-4cf1-afb6-95bc4b2c6e42%40sessionmgr115&vid=0&hid=106&bquery=\(SO+\(BMC+psychiatry\)\)AND\(DT+2013\)AND\(TI+efficacy+of+immediate+patient+feedback+in+emergency+psychiatry\)&bdata=JmRiPWFwaCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/results?sid=04ef24cf-cf33-4cf1-afb6-95bc4b2c6e42%40sessionmgr115&vid=0&hid=106&bquery=(SO+(BMC+psychiatry))AND(DT+2013)AND(TI+efficacy+of+immediate+patient+feedback+in+emergency+psychiatry)&bdata=JmRiPWFwaCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI)

*Duncan, B. (2012a). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Duncan, B. L. (2012b, Mai). *The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project*. Hentet Januar 2015 fra Webområde for psycARTICLES: <http://psycnet.apa.org.ezproxy.hihm.no/journals/cap/53/2/93.html>

*Duncan, B., & Sparks, J. (2010). *I fellesskap for endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Eide, G., Fjeldstad, T., Gjermo, H., Grude, F., Henriksen, A. K., Hjort, H., et al. (2008). *Klienten - den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eriksen, L., Grimstad, H., Rise, M. B., & Steinsbekk, A. (2012). *The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. a randomized controlled trial*. Hentet Januar 2015 fra Webområde for EBSCOhost: [http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/results?sid=432936fe-f36c-4590-984b-ae66ba81d0b9%40sessionmgr198&vid=0&hid=106&bquery=\(SO+\(BMC+health+services+research\)\)AND\(DT+2012\)AND\(TI+the+short-term+effect+on+alliance+and+satisfaction+of+using+patient+feedback+scales+in+mental+health+out-patient+treatment\)&bdata=JmRiPWFwaCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/results?sid=432936fe-f36c-4590-984b-ae66ba81d0b9%40sessionmgr198&vid=0&hid=106&bquery=(SO+(BMC+health+services+research))AND(DT+2012)AND(TI+the+short-term+effect+on+alliance+and+satisfaction+of+using+patient+feedback+scales+in+mental+health+out-patient+treatment)&bdata=JmRiPWFwaCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl)

*Friestad, C., Hjort, H., Sverdrup, S., & Tuseth, A.-G. (2006). *Å spørre den det gjelder*. Oslo: R.BUP.

*Høgskolen i Buskerud. (2012, Juni). *Forskningsbasert evaluering av bruken av KOR-skjemaer i "Familiehjelpa i Stange"*. Hentet Februar 2015 fra Webområde for høgskolen i Buskerud og Vestfold: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/142339?show=full>

*Høstmælingen, A. (2010). *Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? Norsk psykologforening* .

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, M. (1994). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

*Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Plan for brukermedvirkning Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og helsedirektoratet.

*Nordtvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag - historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS .

*Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet* . Oslo, Norge: Norsk Sykepleierforbund.

Norsworthy, L. A., Reese, R. J., & Rowlands, S. R. (2009). *Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome?* Hentet Januar 2015 fra Webområde for psycARTICLES: <http://psycnet.apa.org.ezproxy.hihm.no/journals/pst/46/4/418.html>

*Nyttingnes, O. (2004). Hva er brukermedvirkning? *Brukermedvirkning i psykisk helse* , ss. 4-5.

*Samuelson, E.-K. (2012). Krenkelsens mange ansikter - en vei til kjærlighetens etikk. I K. Martinsen, K. S. Mæhre, & R. Thoresen, *Fortellinger om etikk* (ss. 154-157). Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke , E. (2013). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Trommald, M. (2010). Satser på brukermedvirkning. *Brukermedvirkning i familievernet* , ss. 3-5.

*Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi - behov for kompetanseutvikling. *Norsk psykologiforening* .

*Vatne, S. (1998). *Pasienten først?* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Vestaby, H. K. (2010, November 15). *Fra passiv pasient til aktiv medspiller*. Hentet Januar 31, 2015 fra Webområde for sykepleien.no: <http://sykepleien.no/forskning/2010/11/fra-passiv-pasient-til-aktiv-medspiller>

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)

Lisensiert kun for personlig bruk

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.

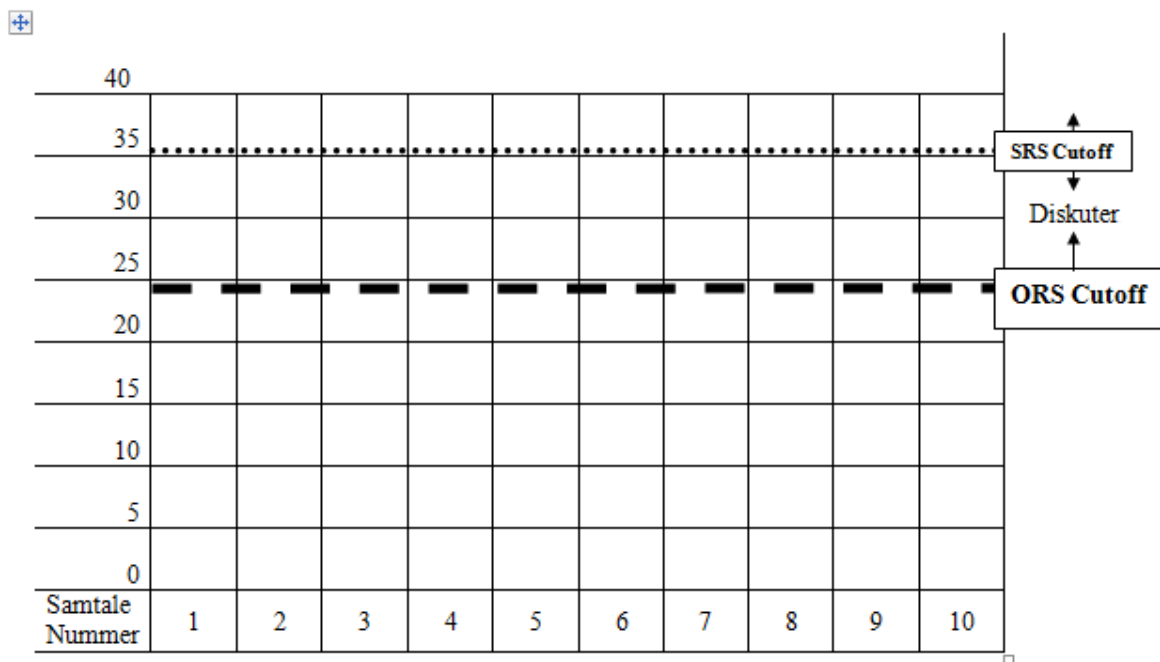
International Center for Clinical Excellence

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



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

Lisensiert kun for personlig bruk