



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det Helsefaglige Fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Pasienters erfaring ved bruk av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)

En kvalitativ studie innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

—
Rose-Marie Lejon

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Oktober 2014



Forord

Først ønsker jeg å takke de informanter som deltok i studien, uten dere så hadde ikke dette vært mulig. De fortellinger som dere fortalte har gitt meg mot og styrke til å gå videre. Tusen takk!

Jeg er også takknemlig for at min arbeidsgiver valgte å gi meg muligheten til å gjennomføre disse studier. Mine kolleger fortjener også å takkes, takk for at dere sto ut med meg når jeg i prosessen var som mest forfjamsset og forvirret.

Silje C. Wangberg har vært min veileder under denne masteroppgave, du fortjener mer en et takk, uten din optimisme og dine glade heiarop hadde jeg aldri klart å ro dette i land.

Jeg ønsker også å takke de venner som har tatt seg tid til å lese og korrigere meg under arbeidets gang, dere er super!

Studiene har tatt stor plass, og familie og venner har vært tvunget å stå tilbake i perioder av studiene. Jeg er utrolig glad og takknemlig for at min mann har tatt så stort ansvar for *alt det andre*, når jeg bare *måtte skrive litt til*. Takk Tore.

Tromsø Oktober 2014

Rose-Marie Lejon

Sammendrag

Innen rusbehandling er det vanskelig å finne ut om behandlingen er virksom, det vil si, om den har effekt. Det er også utfordrende å sikre at pasientens stemme blir hørt og tatt med i beslutninger rørende behandlingen.

The Partners of Change Outcome Management System (PCOMS), som brukes i Klient og resultatstyrt praksis (KOR), kan brukes i forskjellige terapeutiske sammenhenger for å måle effekten, monitorere den terapeutiske alliansen og skal i tillegg sikre aktiv brukermedvirkning i behandling.

Denne kvalitative studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming basert på seks semistrukturerte intervjuer med pasienter ved en institusjon for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og er den første studien som fokuserer på pasientenes egne erfaringer og opplevelser ved bruk av KOR.

Resultat fra studien viser er at erfaringene med KOR er preget av motsetninger; KOR bidrar til at informantene ser sammenhengen i sin egen behandling og opplever at de får større medvirkning i denne, men samtidig opplevdes det som ubehagelig å gi tilbakemelding på behandlingen, og noen har erfart “å bli redusert til et tall - et skjema”.

I oppgaven inngår manuskriptet til artikkelen *Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i døgntilrettelagt rusbehandling for rus: Pasienters opplevelse*.

Abstract

It is difficult to assess if treatment for drug abuse, or other psychiatric disorders, is efficacious and it is also a challenge to secure patient involvement in decisions regarding the treatment.

The Partners of Change Outcome Management System (PCOMS), used in Client-Directed, Outcome-Informed (CDOI) practice, is used as a tool for measuring the treatment efficacy, monitor the therapeutic alliance and secure active client involvement in the treatment.

This qualitative study, employing a phenomenological-hermeneutic approach, is the first one focusing on patients' experience of using CDOI and is based on six semi-structured interviews with patients at a Norwegian substance abuse treatment clinic.

Results from the study indicate that informants experience conflicting views regarding CDOI; that the treatment is put into context and the feeling of active involvement in the treatment is expressed as positive, while reporting on treatment progress is experienced as unpleasant and the feeling of being “reduced to a number – a scheme” was also voiced.

A manuscript entitled “*Use of Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) at a Substance Abuse Treatment Clinic: The Patients' Experiences*” is included in the thesis.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Formål med Studien.....	6
1.3 Problemstilling.....	7
1.3.1 Bakgrunn til problemstilling	7
1.3.2 Studiens problemstilling	8
1.3.3 Studiens begrensinger	8
1.4 Forskningsdesign	9
1.5 Begrepsavklaringer	9
1.5.1 Behandler	9
1.5.2 Pasient / informant	9
1.5.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10
1.5.4 Forskjellen mellom KOR, CDOI og PCOMS.....	10
1.6 Oppgavens oppbygning	11
2.0 TEORETISK BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	11
2.1 Hensikten med KOR og hvordan det brukes	11
2.2 Litteratursøk og tidligere forskning	13
2.3 Brukermedvirkning	14
2.4 Allianse og relasjon	15
2.5 Fellesfaktorer	16
2.6 Klientsentrert terapi	17
2.7 Annen relevant litteratur	18
3.0 VITENSKAPSTEORETISKE PERSPEKTIVER	19
3.1 Fenomenologisk tilnærming	19
3.2 Hermeneutisk perspektiv	20

4.0 METODE	20
4.1 Kvalitativ metode	21
4.2 Forske i eget felt	22
4.3 Egen forforståelse	23
4.4 Etske aspekter	24
4.5 Datainnsamling	24
4.5.1 Rekrutering og tillatelse	24
4.5.2 Inklusjonskriterier	25
4.5.3 Gjennomføre intervjuene	26
4.5.4 Transkribering	27
4.5.5 Oppbevaring av datamateriell	29
4.6 Metode for analyse	29
5.0 OPPSUMMERING AV FUNN	31
6.0 DISKUSJON	33
6.1 Utvidet diskusjon og forståelse av resultatene fra intervjuene	33
6.2 Studiens kvalitet	35
6.2.1 Problemstillingens kvalitet	36
6.2.2 Reliabilitet	36
6.2.3 Validitet	36
6.2.4. Overførbarhet	37
6.2.5 Etske utfordringer	37
6.3 Studiens forbedringspotensialer	37
6.4 Videre forskning	38
7.0 AVSLUTNING	38
Referanser til sammendraget i oppgaven	40

MANUSKRIPT TIL ARTIKKEL:

Klient- Og Resultatstyrt Praksis (KOR) i døgnbehandling for rus: Pasienters opplevelse

VEDLEGG:

NR 1. ORS og SRS

NR 2. Svarbrev fra REK datert 26.06.13

NR 3. Svarbrev fra Personvernombudet ved UNN datert 22.10.2013

NR 4. Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring

NR 5. Intervjuguide

1.0 INNLEDNING

Som innledning til denne oppgaven vil jeg fortelle om hvorfor jeg har valgt dette tema. Som student har jeg hatt privilegiet å kunne undersøke det som jeg personlig mente var interessant. Oppgaven har i utgangspunkt bakgrunn i mitt ønske om å være sikker på at den behandling jeg tilbyr er til hjelp. Temaet henger også nært sammen med de føringer som er innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), at vi skal gi evidensbasert behandling og øke antallet pasienter som fullfører behandlingen. Jeg vil også forklare formål med studien og studiens problemstilling og dets begrensninger. Innledningen avsluttes med noen begrepsavklaringer som jeg mener er nødvendig for den videre lesingen av oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg har over 16 års erfaring innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fra første dagen har jeg strevd med tanker om hva som er til hjelp for de pasienter som jeg skal gi behandling. Jeg har erfart pasienter som klarte seg til tross for ekstremt dårlige odds, andre pasienter som forsvant fra institusjonen før de hadde pakket ut tingene sine, selv om vi og øvrig hjelpeapparat hadde tro på behandlingstiltaket, men hvorfor? Det var fler spørsmål enn svar og jeg og mine kollegaer gjorde *det beste ut av situasjonen*.

I 2007 kom en kollega til meg og sa at vi burde prøve å bruke Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Jeg var lunken til forslaget, tanken om å måle resultater var reduksjonistisk, og jeg ville ikke fremstå med den holdningen. Etter hvert oppdaget jeg noe som jeg likte svært godt med KOR og det var at pasientens stemme skulle styre behandlingen samt at man la vekt på relasjonen mellom pasient og behandler. Som leder på den poliklinikk jeg jobbet på, tok jeg sammen med klinikkledelsen beslutningen om at vi skulle starte et prosjekt sammen med Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KoRus). Vi laget en forstudie med fokus på implementeringsprosessen av verktøyet samt en statistisk del i forhold til resultatene av selve verktøyet (Nebb et al., 2010). Verktøyet ble implementert på min arbeidsplass, intensiteten og bruken av verktøyet er variert per i dag.

Jeg ser at KOR nevnes i ulike sammenheng. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir), har vedtatt at deres institusjoner skal bruke KOR. Verktøyet brukes også i varierende grad innen voksenpsykiatriske klinikker og innen TSB. I St.meld.nr 30, vedlegg 2 (Helse og omsorgsdepartementet, 2012), som er en rapport fra Helsedirektoratet, der skriver man «*Virkemidler for økt brukermedvirkning bør drøftes fremover, og man bør bl.a. vurdere økt bruk av klientorientert resultatpraksis*» (s. 186). I «*Sammen om mestring - veileder i*

lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne” (Helsedirektoratet, 2014) foreslår man at man bør systematisk innhente tilbakemeldinger fra pasienter og de mener at KOR er ”den best dokumenterte metoden for systematiske tilbakemeldinger fra brukeren” (Helsedirektoratet, 2014, s. 68).

Det finnes flere randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) som støtter effekten av KOR (Anker et al., 2009, Reese et al., 2009, Reese et al., 2010, Schuman et al., 2014). Det finnes også publikasjoner som understøtter at behandlere som bruker KOR opplever det som nyttig og verdifullt (Tuseth et al., 2006, Nebb et al., 2010, Sundet, 2012). Men pasientene da? Hva synes de om verktøyet, om KOR og disse skjemaene? Har de samme erfaringer som jeg, er de like fornøyd med verktøyet? Etter et omfattende litteratursøk¹ finner jeg ikke noen publikasjoner om voksne pasienters erfaring med verktøyet men jeg kunne finne at også andre hadde stilt samme spørsmål som meg (jmf. Slettebø and Askeland, 2013, s.43) Jeg tar en beslutning, dette MÅ undersøkes, jeg må snakke direkte med pasienter som bruker KOR.

Høsten 2012 blir jeg kontaktet av Nordlandsklinikken ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) og blir spurt om jeg kan veilede / undervise personalet i KOR da jeg har relativt lang erfaring. Det viser seg da at KoRus og Høyskolen i Narvik (Prosjektleder Silje C.Wangberg) har startet et prosjekt på Nordlandsklinikken i 2012, ”*Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*”. Prosjektet som har et mixed-methods studiedesign og har to fokusområder, en kvalitativ del som omhandler den holdningsendring (for personalet) som kan virke nødvendig for å bruke KOR, samt en kvantitativ del som omhandler prediksjon og forebygging av frafall fra behandling, symptombedring og opplevd nytte for pasienter. Etter samtale med prosjektleder og studieansvarlig ved Universitetet i Tromsø (UiT) blir det besluttet at jeg kan gjennomføre min masteroppgave som et delprosjekt i «*Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*».

Denne delstudie har som fokus å undersøke pasientenes erfaring ved Nordlandsklinikken når de bruker verktøyet, KOR i TSB.

1.2 Formål med Studien

Studiens hovedmålsetting har vært å undersøke hvordan pasienter erfarer bruk av KOR.

¹ Se; 2.2 Litteratursøk og tidligere forskning

Studiens ene delmålsetting har vært å bidra til økt forståelse av pasienters erfaring av å bruke KOR på institusjon.

Studiens andre delmålsetting har vært at studien kan tilføye praksisfeltet nyttig informasjon og erfaringer som kan lede til forbedret praksis.

1.3 Problemstilling

Jeg vil først redegjøre for bakgrunnen til problemstilling, beskrive problemstillingen og til slutt si noe om studiens begrensinger.

1.3.1 Bakgrunn til problemstilling

Rusproblemer i verden er omfattende. Estimert av hvor mange mennesker som har rusrelaterte vansker varierer fra 27 millioner (Brorson et al., 2013, de henviser til UN World Drug Report -2012) til 15,3 millioner mennesker i verden som har «*drug use disorders*» (WHO, 2014).

Per 2011 regnet man med at det i Norge finnes minst 2-300 000 mennesker med alkoholproblemer, 20-30 000 med narkotikaproblemer og 30-50 000 mennesker med problemer med reseptbelagte medikamenter (Andresen et al., 2011). Avhengighet vurderes også som en kronisk og tilbakevendende lidelse (Lossius, 2011). Ut fra dette kan man dra den konklusjonen at rusproblemer er et stort problem internasjonalt og nasjonalt og at ut fra at det er en kronisk lidelse relativt behandlingskrevende.

Vi vet at behandling virker, da det finnes forskning som viser at den gjennomsnittlige behandlede pasienten har det bedre enn 75 - 80 % av de ubehandlede pasientene. (Duncan, 2012b, Lambert and Shimokawa, 2011). Samtidig viser også forskning gjennomført i ordinære behandlingstiltak at så få som en tredjedel av pasienter i behandling viser forbedring (Hansen et al., 2002). Ytterligere en av mange utfordringer innen TSB er at det er stort frafall fra behandlingen, "drop-out" (Brorson et al., 2013). Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav om at andelen som fullfører rusbehandling må økes (Skofteidalen, 2014).

Rusreformen som ble innført i 2004 hadde som målsetting at behandling av rusmiddelmissbruk skal fokusere på "*helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, med vektlegging av så vel det sosialfaglige som det helsefaglige perspektivet*" (Skretting and Storvoll, 2011, s. 15).

Forskningen viser også at det er ekstremt vanskelig å vise at én metode er bedre enn den andre. Prosjekt Match er et godt eksempel på en stor undersøkelse der man har koblet ulike rusbehandling med ulike pasientgrupper uten å finne noen større forskjeller betinget om pasienten får behandling med motiverende intervju, kognitiv terapi eller 12-stegsmodellen

(Project Match Research Group, 1998, Kadden, 1998). Det er «*vanskelig å slå fast entydige, en gang for alle, sammenhenger mellom bestemte intervensjoner, praksiser og effekten av disse*» (Skretting and Storvoll, 2011, s. 42).

Man har kunnet vise at gjennom å påvirke det man beskriver som fellesfaktorer² så kan man påvirke behandlingsresultatene (Duncan, 2013). Relasjonen mellom pasient og behandler er en viktig faktor om behandlingen skal gi effekt eller ikke (Anker et al., 2010, Lambert and Shimokawa, 2011). Det viser seg også at behandlere på et generelt grunnlag har problemer med å kunne vurdere både behandlingsresultatene og relasjonen (Duncan, 2012b).

Ut fra bland annet disse forskingsresultat (behandling virker men vi vet ikke hvilken som er best for hvilken pasient, fellesfaktorer er noe man kan påvirke i behandling, relasjonen er avgjørende, mange pasienter dropper ut fra behandling) er det utviklet flere verktøy (blant annet CORE-Net, OQ-45 og PCOMS³) for å monitorere behandlingen og for å kvalitetssikre behandlingsforløpet og forebygge frafall fra behandlingen.

1.3.2 Studiens problemstilling

Så hvordan kan vi innen TSB legge til rette for individuelle tilnærminger og samtidig ta hensyn til den forskning som jeg akkurat har presentert? KOR skal teoretisk hjelpe oss og pasientene med akkurat disse problemstillinger, blant annet å monitorere behandlingsutvikling, fokusere på relasjon og fellesfaktorer og forebygge frafall fra behandlingen. Til tross for at man vurderer KOR som et relevant verktøy for å møte disse problemstillinger kan vi ikke finne noen publikasjoner på hvordan KOR erfares av vokse pasienter. Så min problemstilling i denne studien har vært å undersøke;

Hvordan erfarer pasienter ved Nordlandsklinikken bruken av KOR?

1.3.3 Studiens begrensinger

Jeg har i første omgang ikke lagt vekt ved det verdigrunnlag som finnes i KOR så som pasientens endringsteori, alliansebygging og fellesfaktorene (Duncan and Sparks, 2008). Ni vil se i studien er disse tema løftet frem hos informantene og jeg vil diskutere dem, men disse har ikke vært hovedfokus i selve undersøkelsen, det har vært pasientens erfaring.

² Se; 2.5 Fellesfaktorer

³ Se; 1.5.4 Forskjellen mellom KOR, CDOI og PCOMS

Jeg har ikke tatt hensyn til kjønn da det ikke finnes noen publikasjoner som viser til at det er en forskjell i forhold til kjønn i bruken av KOR, men det finnes dem innen TSB som mener at kjønn er et viktig aspekt i behandling (Lossius, 2011).

1.4 Forskningsdesign

Dette har vært en kvalitativ undersøkelse med en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming der jeg har undersøkt hvordan pasienter ved Nordlandsklinikken opplevde bruken av KOR. Datamaterialet består av seks semistrukturerte intervjuer, fem menn og en kvinne. Intervjuene er blitt gjennomført på Nordlandsklinikken der informantene har vært pasient. Intervjuene har blitt verbatim transkribert og analysert. Analysen er basert på Graneheim og Lundman (2004) artikkel "*Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*". Diskusjonen tar utgangspunkt i fenomenologien, hermeneutikken og annen relevant teori i forhold til KOR.

1.5 Begrepsavklaringer

For at det skal være tydelig hva jeg mener med noen andre begreper som ofte kan forstås på forskjellige måter har jeg valgt å fortydelige noen av dem;

1.5.1 Behandler

Behandler er ikke en beskyttet tittel og det er ulike tradisjoner i bruk av ordet behandler. Innen psykiatrien er behandler ofte forbundet med lege eller psykolog. Innen TSB er det ulik bruk av ordet, det kan være lege, psykolog eller noen med treårig sosial- eller helsefaglig utdanning. Ved Nordlandsklinikken bruker man i tillegg begrepet koordinator, den person ved klinikken som koordinerer det totale behandlingsforløpet for pasienten. Koordinator kan også ha en behandlende funksjon, individuelt eller i gruppe. I intervjuene bruker informantene begge begrepene og i oppgaven vil jeg bruke ordet behandler for all personell ved Nordlandsklinikken.

1.5.2 Pasient / informant

I Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) som Nordlandsklinikken er underlagt bruker man begrepet pasient, noe jeg også velger å gjøre i oppgaven og i artikkelen. Informantene i denne oppgave er alle også pasienter. Når jeg bruker begrepet informant så henviser jeg til de som deltok i undersøkelsen og når jeg bruker pasient kan det omhandle informantene og pasienter generelt innen helsevesenet.

1.5.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det finnes ulike definisjoner for hva TSB står for. Dersom man eksempelvis ser i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) definerer man TSB som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet. I *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (Helsedirektoratet, 2011) skriver man at TSB er Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer. I prioriteringsveilederen, også fra Helsedirektoratet (2012) så er tittelen: *Prioriteringsveileder for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Jeg har ikke tatt noen andre faglige begrunnelser for valget av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i denne oppgaven enn at det er den ordlyden har man brukt i hovedprosjektet, ”*Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*”.

1.5.4 Forskjellen mellom KOR, CDOI og PCOMS

Klient og resultatstyrt praksis (KOR) er en direkte norsk oversettelse av Client-Directed, Outcome-Informed praksis (CDOI) utviklet av Barry Duncan og Scott D. Miller og deres kollegaer ved Institute for the Study of Therapeutic Change (I.S.T.C) i USA. KOR bruker ”*The Partners of Change Outcome Management System*” (PCOMS: Miller, 2005). PCOMS er skalaene⁴ som brukes i ulike terapeutiske sammenhenger for å måle effekten (outcome) av behandlingen og den terapeutiske alliansen i terapi. PCOMS er ikke avhengig av terapeutisk innretning, og kan brukes i all form for terapi. Hovedmålsetting er å identifisere de pasienter som ikke får effekt av behandlingen, slik at behandler kan gjøre nødvendige tiltak for å forhindre forverring hos pasienten og eller frafall fra behandlingen (Schuman et al., 2014). Verktøyet består av to skalaer, Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS).

KOR bruker de skalaene som PCOMS har utviklet men har i tillegg det verdigrunnlag som CDOI har. Verdigrunnlaget baserer seg på at terapeuten skal følge pasientens endringsteori, det vil si pasientens vurdering av hvordan behandling skal utformes og hva fokus skal være for å oppnå endring, samt å legge vekt på allianse og fremme fellesfaktorene (Duncan and Sparks, 2008).

I samtaler med informantene har jeg brukt ordet KOR, ut fra at pasientene blir presentert skalabruken som KOR og de blir ikke informert om at det teoretisk er en forskjell.

⁴ Se vedlegg nr 1; ORS og SRS

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel to utdypes teorier rundt KOR og tidligere forskning samt andre relevante teorier og publikasjoner. Kapittel tre inneholder en kortfattet beskrivelse av det vitenskapsteoretiske perspektiv som er brukt i studien. Kapittel fire omhandler metode og de metodiske overveielser i studien. Da oppgaven er i artikkelform gir jeg i kapittel fem og seks en kort oppsummering i forhold til funn og diskusjon som er presentert i artikkelen samt en utvidet drøftelse rundt funnene, samt en kritisk granskning av studien. I kapittel 7 er det en konklusjon av studien og implikasjoner for videre klinisk virksomhet. Manuskript til artikkel ligger som en separat del i oppgaven, manuskriptet inneholder også sin spesifikke referanseliste.

2.0 TEORETISK BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING

Jeg vil her presentere hensikten med KOR og hvordan den kan (skal) brukes i samtaler med pasienter, samt presentere de litteratursøk som jeg har gjennomført og tidligere forskning innen feltet. I kapittelet presenteres relevante teorier, blant annet allianse og fellesfaktorer, for å synliggjøre hvordan KOR kan bidra i terapi.

2.1 Hensikten med KOR og hvordan det brukes

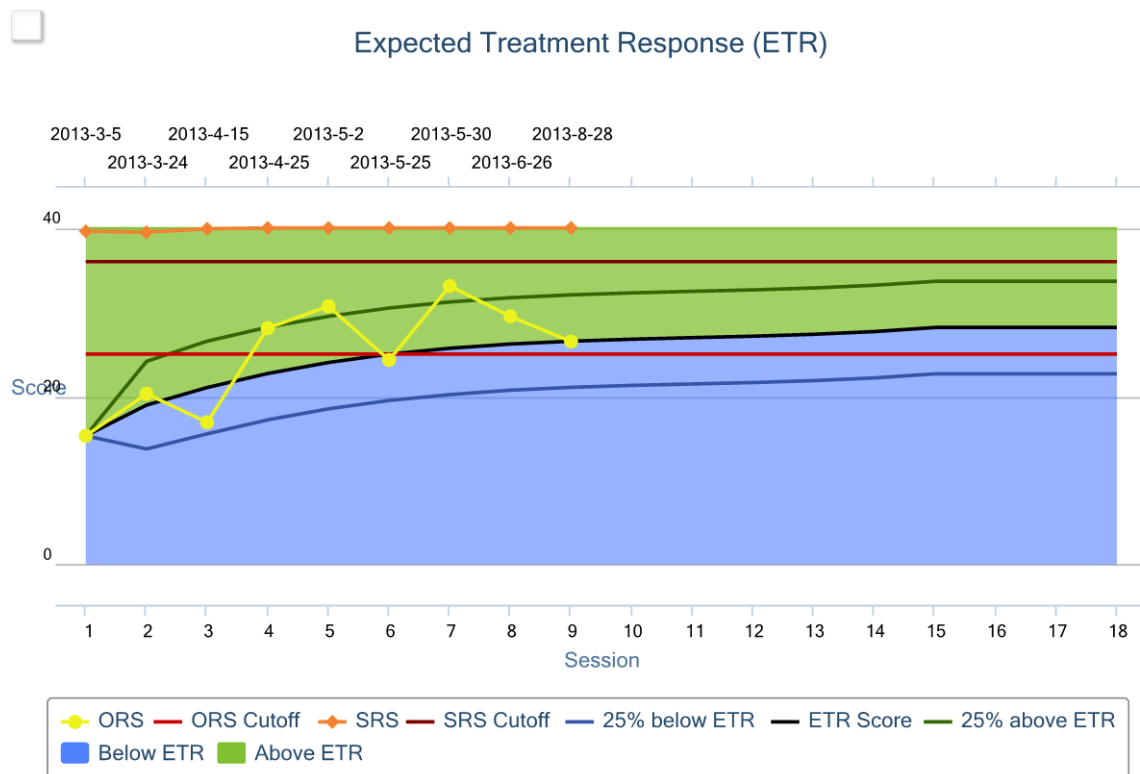
PCOMS finnes i flere ulike utgaver: en for barn, en for unge, en for voksne og en utgave for gruppebehandling. I studien er det fokus på den voksne utgaven.

Outcome Rating Scale (ORS) er et skjema med fire skalaspørsmål, pasienten markerer hvordan han/ hun har hatt det siden sist (alternativt siste uken). Skjemaet fylles ut i begynnelsen av timen og tar ikke mer enn noen minutter å bruke for pasienten og behandler. Behandler måler hvor på streken pasienten har satt sin markør og legger in resultatene i en graf, se figur 1. I tillegg til å se på hva som har skjedd siden sist kan resultatene være et hjelpemiddel til å vurdere hva som skal være fokus for aktuell samtale, det vil si at man eksempelvis kan jobbe med det område på ORS som har lavest skår (Duncan and Sparks, 2008, Duncan, 2012a).

En av målsetningene med ORS er at; *“the ORS will be used to collaboratively track outcome in every session and that it is a way to make sure that the client’s voice is not only heard but remains central”* (Duncan, 2012b s. 96)

Session Rating Scale (SRS) er også et skjema med fire skalaspørsmål, som man ber pasienten om å fylle ut i slutten av timen. Man ber pasienten om å vurdere hvordan timen har vært. Praktisk gjennomfører man den på samme måte som på ORS, man måler hvor på streken pasienten har satt sin markør og kan da se på om og hva som bør gjøres annerledes neste gang (Skauli, 2007, Duncan and Sparks, 2008). SRS har som målsetting om å løfte frem relasjonen mellom pasient og behandler slik at det blir snakket om hvordan pasient og behandler kan jobbe sammen for å sikre videre progresjon. Det er behandlerens ansvar å iverksette eventuelle endringer i behandlingen (Duncan et al., 2003, Duncan, 2012b). Nordlandsklinikken har valgt å bruke et elektronisk verktøy som finnes på <http://myoutcomes.com/>. Det elektroniske verktøyet lager en graf, se figur 1

Figur 1:



Denne grafen brukes for å monitorere endring, gjennom at man ser på den totale summen fra ORS og SRS for hver gang pasienten fyller ut skjemaet og skriver det inn i den elektroniske utgaven. Det finnes flere andre muligheter med den elektroniske utgaven av grafen (behandler kan bl.a. monitorere sin egen utvikling) men jeg velger å ikke fokusere på disse muligheter i denne omgang. Dette da min vurdering er at i første omgang er disse muligheter fremfor alt et hjelpemiddel for behandleren.

Det finnes forskning som viser at 5-14 % av pasienter i behandling får en forverret situasjon under behandlingen. Gjennom en kontinuerlig måling av pasientens tilstand kan man fange opp disse pasienter, ved bruk av KOR kan behandleren se hvilke pasienter som ikke har progresjon i behandlingen eller blir dårligere. Når disse situasjoner oppstår kan man iverksette nødvendige tiltak, eksempelvis vurdere sammen med pasienten om det er annen type av behandling pasienten trenger eller at pasienten ønsker/trenger en annen behandler (Lambert and Shimokawa, 2011, Duncan, 2012a, Schuman et al., 2014).

I en metaanalyse utført av Sharf et al. (2010) rapporterer man at dersom den terapeutiske alliansen er svak er det større risiko for at pasienten avbryter behandlingen (drop-out). Man mener derfor at måling med SRS blant annet skal forebygge frafall fra behandlingen gjennom at den relasjonelle faktoren tas opp sammen med pasienten i timen (Duncan and Sparks, 2008)

2.2 Litteratursøk og tidligere forskning

Jeg har ikke funnet noen publikasjoner rundt voksne pasientenes erfaring ved bruk av PCOMS. Ut fra de søk jeg har gjort så finner man en undersøkelse i Norge der man har intervjuet tre mødre til barn som vært innen psykisk helsevern (Tuseth et al., 2006) og der det har vært brukt KOR. Konklusjonen fra den undersøkelsen er at informantene (mødrene) opplevet KOR positivt. Man finner altså en skandinavisk publikasjon der man nevner foreldres vurdering av barns bruk av KOR.

I forhold til engelskspråklig litteratur har jeg brukt relevante databaser (PubMed, CINAHL, PsycINFO, Google Scholar), og brukt følgende ord; «PCOMS», «ORS», «SRS», «Partner for Change Outcome Management System», «client- based outcome», «pasient-focus resarch», «effetiveness», «feedback», «outcome», «treatment», «qualitative» og «evaluation» i ulike kombinasjoner. Det som er gjennomgående er at jeg ikke finner noen publikasjoner der man har intervjuet eller evaluert voksne pasientenes erfaring av å bruke PCOMS. Søkene er gjennomført sommeren 2013 og våren 2014.

Det finnes brukerundersøkelser på lignende verktøy, eksempelvis CORE-Net er et verktøy som måler effekt (outcome) i forhold til psykisk helse og som ligner KOR. Unsworth (2012) har intervjuet pasienter som har brukt dette verktøy og konklusjonen er at pasientene var positive til bruken av CORE-Net.

Det finnes publikasjoner som viser at personal i ulike settinger vurderer at bruken av KOR er meningsfull og at det hjelper behandlere å sikre behandlingsforløp og brukermedvirkning

(Tuseth et al., 2006, Nebb et al., 2010, Sundet, 2012). Sundet (2012) presenterer i sin artikkel en undersøkelse der man har intervjuet terapeuter i familievernet rundt terapeutens erfaring ved bruk av ORS og SRS; *“The general conclusion of the evaluation is that these tools are feasible and recommended for further use”* (s. 127).

Det finnes flere randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) om PCOMS som viser at de som bruker PCOMS får signifikant bedre resultater og pasientgruppa trenger kortere behandlingsforløp (Anker et al., 2009, Reese et al., 2009, Reese et al., 2010, Schuman et al., 2014). Det finnes i tillegg publikasjoner der man har brukt PCOMS som viser at relasjonen mellom behandler og pasient har en stor sammenheng i forhold til behandlingsresultater (Anker et al., 2010, Lambert and Shimokawa, 2011). Det finnes en norsk RCT-studie der man ikke fant noen effekt på relasjonen mellom behandler og pasient eller på pasientens fornøydhet av behandlingen etter seks ukers bruk av KOR, men det fantes indikasjon på bedre effekt av behandlingen. (Rise et al., 2012)

Anker et al. (2010) presenterer i sin artikkel resultater der man mener at man har grunnlag for å kunne si at SRS i PCOMS indikerer endring og at man dermed bør legge vekt på den relasjonelle delen i behandlingen for å sikre god progresjon. PCOMS er også godkjent som evidensbasert praksis siden januar 2013 (Shaw and Murray, 2014).

Det finnes også publikasjoner som mener at KOR kan brukes som kvalitetssikring i sosialfaglige arbeidsoppgaver; *”å målrette og strukturere samtaler, skape bevissthet om samtaleteknikker, bevisstgjøre brukerne på egen utvikling, planlegge det videre arbeidet og skape engasjement hos fagfolkene”* (Slettebø and Askeland, 2013, s. 47)

I tillegg til de søk som har omhandlet KOR (PCOMS) og relaterte artikler har jeg fulgt referanser, linker og andre momenter som har dukket opp under veis i arbeidet med oppgaven. Jeg har også søkt etter relevante veiledere og retningslinjer i Norge og valgte å ikke utvide disse til internasjonal litteratur. I tillegg til den generelle litteratur som har vært brukt i masterstudiene har jeg også brukt publikasjoner som har blitt foreslått av andre.

2.3 Brukermedvirkning

I og med at en av hovedmålsettingene med ORS er at pasientens røst skal bli hørt og være sentral i behandlingen vurderes det nødvendig å skrive noe mer om brukermedvirkning. *«Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom*

medvirkning i politikkutforming, påvirkning på systemnivå og på individnivå» (Sosial og helsedirektoratet, 2005, s.23)

Westerlund (2012) bruker følgende definisjon; «*Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller organisasjoner som blir påvirket av en tjeneste eller tiltak, skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjenesten eller tiltaksutformingen (Norges Handikapforbund, FFO, Mental Helse, Hvite Ørn, LPP)*» (s. 17).

Sosial og helsedirektoratet (2005) sier videre at brukeren «*skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale*» (s. 23). De foreslår videre at hjelpeapparatet systematisk innhenter brukererfaring.

Brukermedvirkning innebærer at hjelpeapparatet anerkjenner at den enkelte pasient har kunnskap og innsikt om egen sykdom og livssituasjon (Sosial og helsedirektoratet, 2005, Westerlund, 2012). Westerlund (2012) skriver videre at brukermedvirkning er et verdistandpunkt som baserer seg på følgende tre punkter; "*Gjensidig respekt og anerkjennelse mellom brukere og helsepersonell. Dialog med gjensidig utveksling av informasjon. Beslutningsprosesser basert på felles forståelse*" (s. 18). Med økt brukermedvirkning håper man å øke kvaliteten på den helsehjelp man tilbyr (Rise et al., 2012)

2.4 Allianse og relasjon

Både innom litteratur og innen fagfeltet legger man vekt på alliansen og relasjonen mellom pasient og behandler. Som nevnt tidligere så finnes det en publikasjon som hevder at alliansemålingen (SRS) i KOR kan predikere behandlingsresultater (Anker et al., 2010).

Det finnes ikke noen vedtatte definisjoner av forskjellen mellom allianse og relasjon så disse begreper går inn i hverandre. Bordin skrev i sitt essay at han vurderer den terapeutiske arbeidsalliansen som det viktigste momentet i terapi. Han skriver også at den terapeutiske arbeidsalliansen baserer seg på «*an agreement on goals, an assignment of task or a series of tasks, and the development of bonds*» (Bordin, 1979, s. 253).

Sundet (2007) refererer til Horwath (1995, 2001) og skriver at den terapeutiske alliansen er "*kvaliteten og styrken ved samarbeidsrelasjonen mellom klient og terapeut i terapi*" (s. 312). Han skriver videre at den terapeutiske alliansen har en emosjonell side som blant annet omhandler tillit, respekt og omsorg. Den andre delen er et kognitivt aspekt som blant annet omhandler enighet om mål, forpliktelse og metodevalg.

Flere artikler mener at man kan si at man vet at relasjonen / alliansen mellom pasient og behandler påvirker behandlingsresultatet (Rise et al., 2012, Martin et al., 2000).

Løgstrup (2000) har noen tanker rundt møtet med den andre som bør belyses. Han sier at vi som mennesker møter hverandre «*med en naturlig tillit til hverandre*» (s.29) uansett hvilken relasjon vi har til dem. Denne naturlige tillit forandres når vi ikke blir møtt, den blir til mistro. I møtet med den andre holder vi «*noe av dette menneskets liv*» (s.37) i våre hender. Løgstrup skriver videre at i møtet med den andre så påvirker vi alltid den andre, «*gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får*» (s.39), det vil si at jeg og den andre til hver tid påvirker hverandre. Løgstrup legger vekt ved at i møtet så kan «*omsorg for det andre menneskets liv aldri kan bestå i å frata det ansvaret*» (s.51). Enn om vi ikke kan eller skal frata den andre sitt eget ansvar, så finnes det alltid et maktforhold, «*det er umulig å unnsnippe det å ha makt over det andre mennesket vi har med å gjøre*» (s.75).

2.5 Fellesfaktorer

Man bruker å si at fellesfaktorer er utomterapeutiske faktorer, klientfaktorer, relasjonelle faktorer, teknikk, håp og forventninger (Duncan, 2012a). Laska og kollegaer (2013) går så langt at de hevder at fellesfaktorer burde vurderes som evidensbasert praksis. “*The proportion of variance contributed by common factors such as placebo effects, working alliance, therapist allegiance, and therapist competence are much greater than the variance stemming from specific ingredients or effects*” (Messer, 2002, s. 25).

Man hevder at terapi i utgangspunktet har en liten påvirkning om det skal skje endring hos et menneske eller ikke. Terapi har en påvirkningskraft på cirka 13 % i forhold til endring, de øvrige 87 % handler om pasienten og øvrige faktorer i livet som behandlere ikke kan påvirke i noen større grad (Duncan, 2013). Duncan (2012a) refererer til Wampold (2001) og skriver;

«*Klientrelaterte faktorer, inklusive uforklarlig varians og feilvariens, bidrar til 87 % av endringen, og bare 13 % av endringene skyldes dermed psykoterapien*» (s. 35).

Han skriver videre at disse utomterapeutiske faktorer skal vi forstå som «*klientens sterke sider, anstrengelser, motivasjon, fortvilelse, støttende elementer i omgivelsene, og til og med tilfeldige hendelser*» (s. 35).

Av de 13 % som man som behandlere kan påvirke står terapeuten for 36-57 % av effekten. I denne sammenheng tenker man ikke at den terapeutiske effekten handler om metode men hvem terapeuten er som person (Rosenzweig, 2002, Duncan, 2012a, Duncan, 2013).

Som tidligere nevnt i oppgaven så finner man en klar sammenheng mellom relasjonen og behandlingseffekt, det vil si at jo bedre allianse mellom pasient og behandler jo større sannsynlighet for endring (Anker et al., 2010, Lambert and Shimokawa, 2011).

Faktorer som er relaterte til metode og teknikk tillegges 7-8 % (Duncan, 2012a, Duncan, 2013). Man gjør i litteraturen en forskjell mellom faktorer som metode og teknikk og den generelle effekten av å gi behandling. Man hevder at den generelle effekten betyr mer. Metoden får en «*effekt ved at de aktiverer placebo, håp og forventning kombinert med terapeutens tro (lojalitet mot) den behandlingen som blir gitt*» (Duncan, 2012a, s. 39). Det betyr at metode er et viktig moment i behandling og som bør legges vekt ved.

«Feedback» eller tilbakemelding er ikke noe man bruker koble sammen med fellesfaktorer men Duncan (2012a) hevder at tilbakemelding påvirker fellesfaktorene og derfor velger jeg å ta opp det i denne sammenheng. Effekt av tilbakemelding bruker å få en størrelse på cirka 15-31% av behandlingseffekten. Man har kunnet vise at når man bruker tilbakemelding (eksempelvis bruk av KOR) får man et bedre resultat (eksempelvis kortere behandlingsforløp, bedre effekt) enn uten disse hjelpemiddel (Anker et al., 2009, Schuman et al., 2014).

2.6 Klientcentrert terapi

Carl Rogers⁵ teorier rundt klientcentrert terapi bør også nevnes i denne oppgave. Han sto for en holdning til mennesket der han mente at mennesket i utgangspunktet var positiv, sosial, rasjonell og realistisk og ønsket endring (Braaten, 1967). Klientcentrert teori mener at pasienten har en inneboende evne til å kunne realisere sine egne muligheter (Johannessen et al., 1994). Den klientcentrerte terapien har en genuin tanke om at terapeutens oppgave er å skape en atmosfære som har en sånn trygghet at pasienten tør å ta tak i sine egne problemer (hvilket forutsetter en ikke-dømmende holdning), og med dette som grunnlag vil pasienten selv å ta tak i det som er viktig. Han skriver videre at for å drive klientcentrert behandling er terapeutens oppgave å «*understanding the client as the client seems to himself*» (Rogers, 1946, s. 420). Det vil si å legge vekt ved pasientens egen endringsteori.

Om man prøver å sammenfatte hva den klientcentrerte terapiens målsetting er så kan man si at terapien skal ha som målsetting at; 1) pasienten skal kunne bli fri, pasienten selv kan ta sine valg uten å føle seg fanget av arv og miljø 2) pasienten skal akseptere seg selv som krever av en terapi som er ikke styrende 3) endringer skal lede til at pasienten blir den han eller hun

⁵ Carl Rogers, født 1902-1987 i USA. Utvikler humanistisk psykologi.

ønske å være, å akseptere seg selv 4) å utvikle realistiske idealer 5) pasienten skal lære seg å leve i nået, eksistensiell levemåte 6) kongruens i opplevelse og adferd 7) identitetsfølelse, oppnå en følelse om sammenheng 8) skapende selvutfoldelse, det finnes en iboende vilje om utvikling, terapiens oppgave å frigjøre dette. (Braaten, 1967, jmf. s. 29-41)

Terapeutens rolle i klientsentrert terapi forutsetter kongruens, det vil si at terapeuten må «*være seg selv på en genuin måte*» (Braaten, 1967, s. 44). En annen forutsetning for den terapeutiske rollen er innen klientsentrert terapi er empati, at terapeuten følger pasienten i pasientens ønsker i forhold til hva og når i terapien. Man legger stor vekt ved at terapeutens rolle er å skape en god relasjon som blant annet er basert på varme og genuin interesse for den andre. Den siste viktige brikken i terapeutens rolle innen klientsentrert terapi er å være interessert i pasienten og vise respekt for pasienten (Johannessen et al., 1994).

I denne sammenhengen ønsker jeg også å nevne at Carl Rogers utviklet det som kalles for aktiv lytting (Robertson, 2005), noe som ble brukt i intervju situasjonene. Som jeg tolker den klientsentrerte terapien så legger den i stor grad vekt ved de samme momenter som i det som kalles for fellesfaktorer.

2.7 Annen relevant litteratur

Shaw og Murray (2014) har publisert en artikkel der man anbefaler "*a formal model for collecting continuous feedback from the client*" (s. 44) og de tar seg spesiell an PCOMS for dette formålet (ORS og SRS). De skriver videre; "*Collecting feed-back from clients directly privileges their voice, attends to the client-counselor relationship, and establishes a framework for constructing individualized, client-directed counseling*" (ibid, s. 44).

Artikkelen gjennomgår argumenter for hvorfor man skal bruke disse verktøy og hvordan man i praksis kan gjøre det.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten presenterte en publikasjon basert på semistrukturerte intervjuer med 13 pasienter som var i behandling for avhengighet både i poliklinikk og på institusjon. Hovedfunnene i denne publikasjon er at det er fire ulike områder som er spesielt viktige og jeg vil presentere en som er relevant for denne oppgaven; å bli tatt på alvor og bli respektert. Informantene vektla at; "*bli lyttet til (...) bli respektert (...) behandlerne må se hele mennesket bak misbrukerne (...) å bli tatt på alvor i forhold til sine psykiske og somatiske plager*" (Dahle and Iversen, 2011, s. 7).

3.0 VITENSKAPSTEORETISKE PERSPEKTIVER

Jeg vil her presentere de to ulike vitenskapsteoretiske perspektiver jeg har brukt i studien.

3.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologiens grunnleggere er Husserl⁶ og legger fokus på å lytte til det enkelte menneskets erfaring, livssituasjon eller etikk og er en teori som ofte brukes i helsefaglig forskning. Innen forskning bruker man ofte fenomenologien for å «*illustrere hvordan enkeltindividers subjektive oppfatninger kan knyttes til allmenne begrep*» (Lorem, 2008, s. 66) eller med en annen nyanse, det «*essensielle, universelle og strukturelle aspekter ved livet*» (Lorem, 2008, s. 69). Gjennom å lytte på de enkelte fortellingene vil vi etter hvert oppdage mangfoldet, og det vil utvikle seg felles tema, på denne måten vil fenomenologien være et hjelpemiddel til å forene det subjektive med det objektive. (Lorem, 2008)

«*Fenomenologi er læren om fenomenene, om det som viser seg, kommer til syne, trer frem*» (Hegel, 2009). Fenomenologien er hvordan fenomener erfares av dem som selv utfører eller erfarer en handling, subjektet (Giorgi and Giorgi, 2003, Thornquist, 2003). Valget å bruke fenomenologi i denne oppgave er for å se om perspektivet kan kontekstualisere informantenes fortellinger, se fortellingene som noe «*bestemt og allment*» (Lorem, 2008, s. 68).

Fenomenologi er opptatt av hvordan mennesket skaper sin verden og hvordan vi forstår verden, fenomener og våre erfaringer. Fenomenologien er «*interessert i å forstå menneskelige handlinger ut fra aktørenes eget subjektive perspektiv*» (Thornquist, 2003, s. 87). En forutsetning for å forstå aktørens subjektive perspektiv er at vi til hver tid også forholder oss til og aksepterer at det som fortelles er sant, at det er sånn fortelleren faktisk opplever det (Lorem, 2008). Fenomenologien legger vekt på at verden har mening, at erfaringene betyr noe for oss (Dahlberg et al., 2008).

Husserl la frem for alt vekt på å forstå kunnskap og hans hovedinteresse var å studere bevisstheten. Bevisstheten kjennetegnes av intensjonalitet, at den har en retning. Bevisstheten er til hver tid rettet *mot* noe, *om* noe (Thornquist, 2003). Intensjonaliteten beskriver ikke bare selve handlingen som utføres men også hvordan den som utfører den ønsker å fremstå som menneske (Lorem, 2008). Husserl introduserte begrepet 'tilbake til tingen (saken) selv' hvilket kan forstås på to ulike måter «*en vending mot tingene og (...) en føyelighet i forhold til tingene*» (Bengtsson, 2006, s. 15). Dahlberg et al. (2008) skriver at tingen er erfaringen,

⁶ Edmund Husserl 1859-1938.

Bengtsson (2006) skriver at når man prater om tingene så mener man ting for noen og ikke ting, saker i seg selv.

Epoché, å sette i parentes, er et annet og viktig begrep som Husserl utvikler. Kortfattet innebærer det at: som forsker må man kunne sette parentes rundt sine egne personlige interesser, sin egen eksistens, for å kunne erkjenne det man undersøker (Thornquist, 2003, Bengtsson, 2006).

Livsverden – «den konkrete, dagligdagse verden vi tar for gitt uten reservasjon og med grunnleggende tillit» (Thornquist, 2003, s. 90). I livsverden inntar vi den naturlige holdningen – det vil si at vi opplever virkeligheten som normal og sann, vi stiller ikke spørsmål rundt den, vi reflekterer ikke, vi bare erfarer. (Thornquist, 2003, Dahlberg et al., 2008). Det betyr at vår livsverden er til noen grad gjemt for oss, vi ser den ikke, vi tar den bare for gitt.

3.2 Hermeneutisk perspektiv

Hermeneutisk vitenskapsteori er ofte basert på Gadamer's skrifter og bøker (Dahlberg et al., 2008). Thagaard (2009) skriver at den ble utviklet for å tolke/forstå tekster. Hermeneutikken bidrar til å forstå teksten, slik at den gir en mening for oss. Gadamer (2003b) poengterer også at det vi ser er preget av det vi tidligere har sett, vår forforståelse. Hermeneutikken legger vekt på at det ikke finnes en sannhet men at sannheten er subjektiv. «*Mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten*» (Thagaard, 2009 s. 39). All tolkning vi gjør baserer seg på at vi har en forforståelse (Gadamer, 2003b), i denne sammenhengen både min og informantens forforståelse. I forskningen handler det om å komme i kontakt med teksten, de intervjuer som har blitt gjennomført (Polit and Beck, 2012).

Hermeneutikken legger vekt på at vi skal se helheten, delene og helheten på ny, en prosess som kalles den hermeneutiske sirkel (Dahlberg et al., 2008). Når delene stemmer overens med helheten og helheten overensstemmer med delene da har man forstått. Det betyr at i en forskningsprosess kan målet ikke være forutbestemt eller helt tydelig, vi må følge det som viser seg, vi må forstå teksten ut i fra seg selv og vi må hensette oss til den. (Gadamer, 2003b)

4.0 METODE

I dette kapittel vil jeg presentere kvalitativ metode og hvorfor denne er brukt i studien. Jeg beskriver også min forforståelse samt utfordringen med å forske i eget felt. Det er et relativt

langt avsnitt om datainnsamlingen og hvordan data er håndtert og vurdert i studien, dette for at det skal være lett for lesere og kritisk vurdere studien. Jeg presenterer også etiske vurderinger.

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitative og kvantitative metoder oppleves ofte i litteraturen som motstandere og representanter svært ulike tradisjoner (Polit and Beck, 2012). Jeg kommer ikke til å si så mye mer om kvantitativ metode i denne oppgaven da målet mitt har vært å frembringe pasienters erfaring av å bruke KOR har dermed valgt kvalitativ metode.

Kvalitativ metode brukes når man ønsker å gå i dybden, «*'kvalitativ' innebærer å fremheve prosesser og mening som ikke kan måles i kvantitet eller frekvenser*» (Thagaard, 2009, s. 17). Det hadde vært mulig å gjennomføre en kvantitativ spørreundersøkelse om pasienters evaluering av KOR. Det vurdertes ikke å være mulig å gjennomføre en kvantitativ spørreundersøkelse om erfaringen da vi ikke hadde kunnet lage et spørreskjema med mange nok variabler for å fange alle nyanser. Gjennom bruken av den kvalitative metoden så får man fler nyanser og kan også oppdage det som man ikke tenkte på i utformingen av studien.

«*Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi)*» (Hovland et al., 2009, s. 7). Da det ikke finnes tidligere publikasjoner om pasientens egen opplevelse rundt bruken av KOR vurderes det at den kvalitative metoden er godt egnet.

I kvalitativ metode kan man ikke forvente objektivitet. Intervjuer påvirker informant og analysen påvirkes av forskeren, man er i interaksjon med det man studerer (Graneheim and Lundman, 2004). Enn om man ikke kan forvente seg objektivitet så skal den kvalitative metoden være systematisk og reflektiv. «*Grunnlagsprinsippene for kvalitative forskningsmetoder (...) systematisk og reflektiv kunnskapsutvikling, der prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring, og resultatene deles med andre*» (Hovland et al., 2009, s. 10).

Prosesen skal være etterprøvbare og resultatene skal være overførbare (Thagaard, 2009, Malterud, 2001, Malterud, 2002). Kvalitative metoder egner seg for prosjekter som ønsker å ha fokus på beskrivelser og analyser av menneskelig erfaring (Malterud, 2002, Hovland et al., 2009, Thagaard, 2009).

Kvalitativ forskning er ofte forbundet med nær kontakt mellom forsker og de det forskes på. «Forskeren ansees som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig» (Malterud, 2002 s. 122). Forskeren er i en interaksjon med det vi studerer, (Malterud, 2002, Thagaard, 2009, Polit and Beck, 2012), og dette er i samsvar med det både fenomenologien og hermeneutikken påstår (Dahlberg et al., 2008, Gadamer, 2010).

I kvalitative metoder tolkes resultatene ut fra den kontekst de inngår i (Thagaard, 2009). Forskningens kvalitet vurderes ut i fra de metodiske vurderinger som har blitt gjort under prosjektet (Thagaard, 2009). Når man kritisk vurderer kvalitative prosjekt så ser man på reliabilitet som handler om forskningens pålitelighet, validitet knyttes til forskningens gyldighet og overførbarheten er om resultatene kan overføres til andre lignende sammenhenger (Thagaard, 2009).

Det vurderes at intervjuer er godt egnet for å undersøke hvordan enkeltpersoner forstår sine opplevelser og synspunkter (Thagaard, 2009, Hovland et al., 2009). Det kvalitative intervjuet gir oss også mulighet til å følge informantene, hvilket fremmer mangfold og nyanser av deres fortelling (Hovland et al., 2009).

Målet var å intervjuer minst 6 personer. Begrunnelsen for dette valg lå blant annet i den forskning som Guest (2006) presenterte i sin artikkel. Han legger vekt på at “*saturation occurred within the first twelve interviews, although basic elements for metathemes were present as early as six interviews*” (s.59). Han sier videre at “*saturation ...[is]... the point at which no new information or themes are observed in the data*” (s.59). Samtidig så mener man at i kvalitativ forskning «er [det] viktigere at deltakerne bidrar med betydningsrike data enn at de er mange» (Hovland et al., 2009, s. 13).

4.2 Forske i eget felt

Da jeg som student har valgt å forske i eget felt (TSB) var det noen utfordringer som må tas ekstra hensyn til under forskningen. Det forventes i; «den kvalitative forskningstradisjonen klare forventninger om at forskeren er seg bevisst og kan gjøre rede for og kritisk vurdere de etiske og vitenskapelige utfordringene ved ulike forskerroller» (Hovland et al., 2009, s. 17).

Jeg har lang erfaring innenfor rusfeltet og har i dag en lederrolle. Pasientene innen TSB har ofte mange behandlingsforløp, det vil si at de gjennomfører behandling ved flere ulike tidspunkter i livet, dette da avhengighet til rusmidler anses å være en kronisk lidelse (Lossius et al., 2011) og kan dermed trenge mange behandlingstiltak. Risikoen for at jeg hadde møtt

informantene i en eller annen behandlingssammenheng var mulig. I utformingen av prosjektet hadde jeg dermed tatt noen forbehold i forhold til inklusjonskriterier⁷, at jeg og informanten ikke skulle ha brukt KOR sammen, men å kreve at jeg og informanten ikke skulle ha møttes tidligere i noen sammenheng vurderes som både vanskelig og ikke nødvendig. I praksis viste det seg at jeg ikke hadde møtt noen av informantene tidligere, eller jeg kan i alle fall ikke huske at jeg har gjort det.

Intervjuene foregikk på Nordlandsklinikken som er en del av den klinikk ved UNN som jeg selv er ansatt ved. Det faktum at jeg har en lederrolle på min egen arbeidsplass vurderte jeg kunne skape noen utfordringer, at jeg kunne bli sittende med informasjon om den enkelte behandler ved Nordlandsklinikken og deres måte at jobbe på. Jeg valgte derfor å aldri spørre direkte om hvem som var behandler for pasienten eller hvem informanten hadde i sitt behandlingsteam, dette for å beskytte både meg selv og mine kollegaer fra informasjon som kunne skape etiske konflikter i ettertid.

4.3 Egen forforståelse

I denne situasjon anser jeg det som viktig at jeg redegjør for min forforståelse for bruken av KOR. Jeg har brukt KOR i mitt arbeid som terapeut på Ruspoliklinikken i flere år og har en opplevelse av at KOR er nyttig både for meg som behandler og for pasienten. Det har hjulpet meg sammen med pasienten å se på progresjonen i behandlingen, å korrigere fokus og min måte å agere i terapien. Verktøyet har også hjulpet meg og pasienten til å lage en agenda for samtalen. Jeg har også erfart at KOR kan brukes på to (og sikkert mange flere) måter, at KOR-skjemaet presenteres for pasienten uten å legge spesielt vekt ved resultatet og den andre modellen der skjemaet brukes aktivt i behandlingen. Et annet viktig moment er at jeg opplever at mange pasienter har vansker med å huske både hensikten og hvordan utfylle skjemaet fra gang til gang. Jeg har dermed gjort til vane å ofte repetere hensikten og hvordan vi skal bruke resultatene.

Ut fra at jeg har relativt lang erfaring med å bruke KOR og har vært en av pådriverne for å aktivt innføre og lære opp kollegaer i bruken, har jeg også vært veileder /underviser for personal ved Nordlandsklinikken i hovedprosjektet «*Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*» siden høsten 2012 og under hele tiden da jeg har innhentet datamateriell

⁷ Se; 4.5.2 Inklusjonskriterier

til denne masteroppgave. Det har gitt meg en annen forståelse for noen av de utfordringer som de ansatte ved Nordlandsklinikken har hatt under deres prosjekt i forhold til bruk og erfaringer.

Jeg har siden jeg begynte i TSB vært opptatt av hva som virker i terapi. Den forskning som finnes oppleves vanskelig å stole på, hver ny metode fremhever sin egen fortreffelighet og de siste forskningsresultatene som viser at metoden fungerer. Når man prøver å jevnføre ulike metoder med hverandre finner man at alle metoder fungerer, men ikke bedre enn noe annet og vi klarer ikke av å forutsi hvilken metode som fungerer for hvilken pasient. (Kadden, 1998, Project Match Research Group, 1998, Skretting and Storvoll, 2011). Dette har vært et dilemma for meg som behandler i mange år, at vi ikke har noen hjelpemidler som kan bistå oss i å vurdere effekten av det vi tilbyr. KOR var derfor en *åpenbarelse* for meg som behandler. Her fant jeg et verktøy som måler om pasienten får det bedre eller ikke, et verktøy som gir meg og pasienten en anledning til å snakke om vår relasjon på det jeg vurderte som en ufarlig måte. Det at KOR er noe som jeg liker i min arbeidshverdag har lett til at jeg vært opptatt av å finne en motvekt til det i denne studien. Jeg har vært ekstra sensitiv når noen har en annen erfaring, når pasienter ikke ønsker å bruke KOR og så videre, for at studiens resultater ikke skal være preget av min erfaring og min åpenbarelse.

4.4 Etiske aspekter

Under hele prosjektet må pasientens beste ivaretas, ”*protect the life, health, dignity, integrity, right to self-determination, privacy, and confidentiality of personal information of research subjects*” (Helsinkideklarasjonen, Sist oppdatert: 22. desember 2010 s. 2) Pasienter som er i behandling for rusavhengighet vurderes som en sårbar pasientgruppe og dermed må ekstra hensyn tas. Det har blitt tatt hensyn til pasientgruppen når intervjuguiden har blitt utarbeidet, i den forstanden at det i utgangspunktet ikke bes om sensitive opplysninger. Under intervjuene var dette noe jeg hadde med meg, å ikke presse, å ikke be om opplysninger som kunne skade eller utsette informanten for ubehag (jmf. Hovland et al., 2009). Undertegnet journalførte ikke noe om eller fra intervjuene, dette for å sikre konfidensialiteten til informanten.

4.5 Datainnsamling

4.5.1 Rekrutering og tillatelser

Klinikkledelsen ved Rus og Spesialpsykiatrisk klinikk ved UNN var forespurt og har godkjent at jeg foretok denne undersøkelsen, men jeg har bare mottatt muntlig tilsagn. Dette er noe som jeg i ettertid vurderer som uheldig, jeg burde ha bedt om et skriftlig svar.

Det er sendt formell forespørsel til Regional Etisk Komite (REK) om utvidelse av nåværende forskningsprosjekt «*Utprøving av Klient og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*». REK konkluderer⁸ at det ikke er nødvendig med godkjenning fra dem. Det er dermed søkt til Personvernombudet ved UNN. Brev fra Personvernombudet datert 22.10.2013⁹ konkluderer at undersøkelsen kan gjennomføres.

Nordlandsklinikken som er en del av Rus og spesialpsykiatrisk klinikk ved UNN har totalt 30 plasser. Åtte av disse er avrusingsplasser og 22 er plasser for ordinær døgnbehandling. I tillegg til døgnbehandling driver de et begrenset poliklinisk tilbud. Nordlandsklinikken tar imot både kvinner og menn over 18 år. De gir behandlingstilbud til dem som sliter med alkohol-, narkotika-, medikament-, og blandingsmisbruk (<http://www.unn.no/nordlandsklinikken/category16103.html>, 13.04.14).

Informasjon om prosjektet har vært formidlet muntlig til personalet i to omganger i.l.a. høsten 2013 samt jevnlig dialog per telefon og e-post under hele perioden da innsamling av datamateriell ble foretatt. Det ble utsett fem kontaktpersoner ved Nordlandsklinikken som skulle forespørre pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene om deltakelse.

Forespørsel om deltakelse i prosjektet¹⁰ har vært presentert for pasienter av kontaktpersonene. Pasienter som har takket ja til deltakelse har signert samme forespørsel og intervjuene har vært gjennomført på institusjonen. Datamaterialet er innhentet ved semistrukturerte intervjuer¹¹.

4.5.2 Inklusjonskriterier

Informantene skulle være over 18 år og være i behandling ved Rus og spesialpsykiatrisk klinikk (TSB), Nordlandsklinikken. De måtte være innskrevet på frivillig grunnlag, og være deltakere i hovedprosjektet «*Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*». Informantene måtte ha brukt KOR tre eller flere ganger for at de skulle kunne delta i studien. Polit og Beck (2012) legger vekt ved at inklusjonskriteriet skal basere seg på «*whether a person has experienced the phenomenon*» (s. 515). Det blev derfor vurdert at om informanten hadde brukt verktøyet

⁸ Se vedlegg nr 2: Svarbrev fra REK datert 26.06.13

⁹ Se vedlegg nr 3: Svarbrev fra Personvernombudet ved UNN datert 22.10.2013

¹⁰ Se vedlegg nr 4: Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring

¹¹ Se vedlegg nr 5: Intervjuguide

tre eller flere ganger så skulle informanten ha erfart bruken, og kunne dermed delta i studien. Psykisk lidelse var ikke et kriterium for ekskludering da også pasienter med psykisk lidelse brukte KOR på institusjon. Informantene måtte også vurderes i forhold til samtykkekompetanse, det vil si at pasienter som var ruset, tungt medisinerert eller kognitivt svekket ikke skulle delta i studien. Pasienter som hadde brukt KOR sammen med meg i en tidligere setting kunne ikke være informanter i prosjektet.

Da utvalget av informanter ble gjennomført av kontaktpersoner ved Nordlandsklinikken har jeg valgt å stole på at disse kriterier var oppfylt, og jeg fikk informasjon fra informantene om hvor mange ganger de hadde brukt KOR men jeg har ikke gjort noen andre undersøkelser i forhold til samtykkekompetanse.

4.5.3 Gjennomføre intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på Nordlandsklinikken, der pasientene var aktive i sin behandling. De kontaktpersoner jeg hadde forespurte pasienten og gikk igjennom informasjonsskrivet med pasienten. Kontaktpersonen tok kontakt med meg per e-post eller telefon og vi ble enige om dato og klokkeslett når jeg skulle komme til institusjonen for intervju. Jeg fikk informasjon om navn på informanten først når jeg møtte på klinikken. Vi ble tildelt et rom der jeg og informanten gjennomførte intervjuet.

I starten av samtalen gikk jeg på ny igjennom informasjonsskrivet og informanten signerte på den før vi startet selve intervjuet. Enn om informanten flere ganger hadde fått informasjon om hensikten og fokuset med intervjuet, oppsto det flere tilfeller der det ble tydelig at de hadde misforstått. Eksempelvis at de trodde dette var en evaluering av KOR eller at jeg skulle eller kunne videreformidle informasjon til behandlere ved Nordlandsklinikken. Når disse situasjoner ble tydelige så prøvde jeg å avkrefte eller informere på ny. Jeg er fortsatt usikker på om jeg burde eller kunne ha gjort noe annerledes.

Under intervjuene var jeg opptatt av at både den hermeneutiske og fenomenologiske metoden skulle bli tydelige i intervjuene / samtalene. Bevisst reflektere det informantene sa for å få en utfyllende samtale eller som Gadamer (2003b) skriver «*Målet for all kommunikasjon og all forståelse er en felles forståelse av saken*» (s. 34) Jeg ønsket at vi skulle ha en samtale sammen der vi utforsket informantens erfaring. Momenter fra det som kalles for aktiv lytting ble brukt (Robertson, 2005). I aktiv lytting kan man blant annet bruke metoder der du repeterer eller omskriver det siste informantene sa for å se om det leder til noen form for utdyping fra informantene. Her er et eksempel;

«Informant; Ja, jeg vet at jeg har det bedre, det kjenner jeg, når jeg får satt det ned på arket så får jeg litt oversikt, og det er jo fire ulike grafer. Så....»

Intervjuer; Du får bedre oversikt ...

Informant; Ja.... å se på den kurven, på en stigende kurve er alltid bedre enn en nedadgående kurve men.... men jeg for min del så.... Blir jeg, får se ting på papir, det er ganske mye her oppe (viser på hodet) som, der går det ganske mye i løpet av en dag» (Intervju nr. 2).

Gjennom å bruke denne form for metode i intervjuet får jeg en utdyping av materialet samtidig som at det til en viss grad styrer samtalen. Valget av å si «*Du får bedre oversikt ...*» er mitt valg og dersom jeg hadde lagt vekt på noe annet, eksempelvis; «*du får satt det ned på arket*» kunne jeg forvente at informanten trolig hadde sagt noe mer om det i intervjuet. Det betyr jeg i denne sammenhengen er en aktiv del i intervjuet, det som fanger intervjuer får en større plass i samtalen. Intervjuene har vært preget av en «*åpen interaksjon mellom forskeren og informanten*» (Thagaard, 2009, s. 13), det betyr at jeg har brukt meg selv for å få utvidet informasjon. Det å aktivt bruke refleksjoner og være i dialog med informanten sikrer også at jeg ikke krenker pasientens selvforståelse (jmf. Hovland et al., 2009, s. 21-22). Det oppsto flere situasjoner der jeg fikk avkreftet min fortolkning av det informanten sa og at informanten fikk mulighet til å utvide eller tydeliggjøre sin historie.

Under intervjuene var det viktig å gi informanten rom til å kunne trekke seg eller ikke føle seg presset å svare på spørsmål som kunne oppleves som svært personlige eller som kunne lede til ubehag hos informanten (jmf. Hovland et al., 2009, s. 19-20)

Jeg kunne ha valgt en fremgangsmåte der jeg bare hadde strukturerte spørsmål og der jeg bare forholdt meg til svarene. Ut i fra at jeg hadde et minimum av informanter (6 st) blev det vurdert at det var bra å be om utfyllende svar, å få flere refleksjoner for å få et større materiell. Vurderingen er basert på at dersom valget hadde havnet på en enda mer strukturert form for intervju så hadde det krevet flere informanter for å få et stort nok datamateriell samt at det da ville vært en risiko for at viktig informasjon ikke hadde kommet frem.

4.5.4 Transkribering

Etter hvert intervju gjorde jeg meg noen notater. Jeg valgte å transkribere tekstene selv for å kunne utnytte arbeidet med å lage notater underveis samtidig som jeg da også kunne legge til informasjon om ulike uttrykk i samtalen, eksempelvis hvor informanten viste med hånden på KOR-skjemaet. Jeg transkriberte teksten så snart det var mulig etter hvert intervju. Da jeg ikke har norsk som morsmål og dermed har vansker med å skille mellom hva som er bokmål, nynorsk og dialekt transkriberte jeg tekstene ordrett. Jeg har som kvalitetssikring lyttet på

intervjuene flere ganger og samtidig lest den transkriberte teksten for å sikre meg at teksten er overensstemmende med opptaket, hvilket anbefales av Polit og Beck (2012). Det var spennende å oppdage hva informantene virkelig sa, merke når min egen forforståelse dukket opp eller som Gadamer (2003b) skriver; «den som ikke hører etter hva den andre virkelig sier, vil heller ikke være i stand til å sette det i forhold til sine egne mangfoldige meningsforventninger» (s. 38).

De sitater som jeg har valgt å bruke i oppgaven har jeg fått hjelp til å vurdere av en person med god kjennskap til det norske språket for å være sikker på at det ikke er brukt ord eller uttrykk som kan forringe anonymiteten (eksempelvis uttrykk som er spesielle for en bygd). Jeg hadde i første omgang med alle pauser, hum, bekreftelser på aktiv lytting, og andre lyder som kommer naturlig i en samtale i teksten. Det jeg oppdaget var at teksten både ble vanskelig å lese og at jeg opplevde at informantenes uttalelser ikke kom til sin rett med en ordrett transkribering. Kvale (1997) skriver også at ordrett transkribering av muntlig språk kan virke usammenhengende og forvirrende. Dette førte til at jeg valgte at fjerne alle «bilyder». Det kunne for eksempel vise seg på følgende sett: Ordrett transkribering;

«Næ... jeg har forstått, det det sånn at det er liksom en slags ...værmelding (mmm) for hvordan man har det fra dag til dag. Men....men så lenge jeg er her inne (mmm) så blir den ene dagen, den ene dagen den blir den andre ganske lik.» (Intervju nr 3)

Når jeg fjernet disse bilyder for å få en flyt i fortellingen ble det sånn her;

«Næ, jeg har forstått det sånn at det er liksom en slags værmelding for hvordan man har det fra dag til dag. Men.... Men så lenge jeg er her inne så blir den ene dagen, den ene dagen den blir den andre ganske lik.» (Intervju nr 3)

Forskeren skal være bevisst «hvordan hun eller han best kan ivareta informantenes perspektiv og beskytte deres selvforståelse samtidig som forskeren ivaretar forskningens formål»

(Hovland et al., 2009, s. 21). Min vurdering er at gjennom å fjerne bilydene så forsterker det informantens utsagn og forandrer ikke resultatene.

Etter transkriberingen av tekstene begynte den formelle analysen av tekstene. Gadamer (2003b) sier noe om viktigheten av å holde fokus på saken selv, at vi som fortolkere av en tekst, et møte, kan bli villedet av våre ønsker og våre egne fordommer¹², at vi leter etter en bekreftelse på det som vi allerede mener at vi vet og ikke ser det som er annerledes i teksten.

¹² Henviser til min egen forforståelse som jeg har skrevet om under; 4.3 Egen forforståelse

4.5.5 Oppbevaring av datamateriell

Studiens data (filer, utskrifter, lydopptak) har under arbeidets gang vært oppbevart forskriftmessig, det vil si i krypterte filer eller innlåst i skap som bare jeg har hatt tilgang til.

Personvernombudet ved UNN har opprettet forskningsmappe der transkriberte intervjuer, forespørsel om deltakelse i prosjektet og koblingsnøkkel forvares. Materiellet kan oppbevares inntil tre år etter vedtak. Datamaterialet vil anonymiseres, det vil si at koblingsnøkkel vil bli slettet etter bestått eksamen.

4.6 Metode for analyse

Når jeg skulle analysere tekstene brukte jeg Graneheim og Lundman (2004) artikkel om analyse av kvalitative data som veiledning. Jeg startet med å bruke dataprogrammet QRS NVivo 10 der jeg laget meningsenheter eksempelvis «*Jeg tar først i begynnelsen og når jeg tenker, når jeg går in i døren der, hvordan har jeg det med meg selv når jeg går in der, kjenner okay, kjempeflott og likens med familien*» fra intervju nr 6. Det ble totalt 368 meningsenheter på de seks intervjuene. Jeg jobbet for at meningsenhetene skulle inneholde “*aspects related to each other through their content and context*” (Graneheim and Lundman, 2004, s. 106). Alle enheter overførte jeg til Excel for å jobbe videre med dem der, dette ut fra at jeg opplevde at jeg kunne bruke Excel bedre en NVivo. NVivo var et godt hjelpemiddel i den forstanden at det var enkelt å finne tilbake til hvor i intervjuet meningsenheten kom fra. Alle meningsenhetene skrev jeg om til kondenserte meningsenheter, som er en forkortning av teksten med det sentrale i teksten fortsatt tilstede (Graneheim and Lundman, 2004). Da målet med prosjektet var å undersøke informantenes erfaring la jeg også vekt ved det i analysen. Ovenstående meningsenhet ble kondensert til «*Å reflektere over egen situasjon*» som i sin tur fikk ulike subtema.

Det sies at en uerfaren forsker bør få veiledning i analyseprosessen for å finne en god balanse mellom «*fleksibilitet og rigiditet i analysen*» (Hovland et al., 2009, s. 26). Etter mange tanker og noe veiledning, ble det noen temaer som fremsto som tydeligere enn andre og som jeg ønsket å fokusere på. De tema som jeg ønsket å jobbe videre med fikk følgende arbeidstitler; konfrontasjonsangst, makt / konsekvenser, selvmonitorering, graf og skjema for skjema. Jeg kodet om alle intervjuer med fokus på dissa tema og fikk da 164 nye meningsenheter som ble sortert inn under de fem ulike arbeidstitlene, og der oppsto også ytterligere et tema som omhandlet ærlighet. Eksempel på meningsenheter og subtema;

Meningsenhet	Kondensering	Subtema
Intervju 5 <i>Verdien av det var at [jeg] brukte den, den hendelsen til å..., hun er bekymret for at jeg brukte gammel innlært løgn for å unngå sannheten. Hun var veldig glad for at det kom opp til slutt.</i>	Å oppleve dialog rundt et vanskelig tema	Å erfare at dialog gir behandling
Intervju 6 <i>Jeg føler i hvert fall ... hun oppfylt i hvert fall mine krav eller det er jo jeg som legger kravene frem, av og til, i stort sett, ja. Og da føler jeg at hun, respekterer å gjør det. Det er greit at hun kan komme med innputt og sånn her men, hun overkjører ikke meg eller prøver seg på noe annet. Fordi det er klart om vi har funnet en fin måte så står vi for det</i>	Å erfare at behandler tilpasser seg mine krav og respekterer mine behov.	Å bestille behandling
Intervju 4 <i>Da sier hun at «vi i utgangspunktet skal være så profesjonelle, at vi tåler det», men det blir bare ord</i>	Å ikke stole på at behandler tåler det	Å vise omsorg
Intervju 6 <i>Det går automatisk. Da er det så artig etterpå når hun da kommer frem med det forrige. Da, da ser jeg «oi» det har vært kjempefremgang uten at jeg har vært klar over det selv. Og det er en stor opplevelse.</i>	Å erfare at ORS synliggjør endringen	Å få større bevissthet
Intervju 2 <i>Nei, det er så pass mye som går oppi hodet, ikke bare et problem, jeg har 20 ting som plager meg. Med relasjoner, det kan være situasjoner, jobb, ditt og datt. Rus, rimelig mange, mange, mange ting. Den der klarer å få fatt på det aller meste.</i>	Å erfare at KOR gi oversikt	Å oppleve oversikt i behandlings-prosessen

Jeg er fortsatt i det Graneheim og Lundman (2004) refererer til som manifest innhold i teksten, det vil si at jeg jobber med det synlige og selvkclare i tekstene. Enn om jeg i denne fasen jobber med det synlige er jeg bevisst at det hele tiden skjer en tolkning av teksten.

Subtema fikk i sin tur koder som ble delt inn i ulike tema. Her skjer en glidning mellom det som kalles for å jobbe med det manifeste innhold til å jobbe med det latente innholdet, en fortolkning av meningen i teksten (Graneheim and Lundman, 2004).

Eksempel på koder	Tema
Å forvente behandling Å være i dialog med behandler Å oppleve profesjonalitet fra behandler Å kunne bestille behandling	Å kunne påvirke behandlingen
Å ha omsorg for den andre Å føle uro for eventuelle konsekvenser	Å oppleve ubehag ved bruk av KOR
Å oppleve økt bevissthet Å erfare at KOR validerer egen opplevelse	Selvmonitorering

Å oppleve asymmetrisk maktforhold Å erfare negative konsekvenser ved bruk av KOR	Makt
Positivt Negativt	Grafen og disse tall
Å erfare at ærligheten er viktig men ubehagelign Å ta oppgaven seriøst Å være ærlig	Ærlighet og direktet

Jeg opplevde det som en utfordring å finne de rette ordene når resultatene skulle skrives i artikkelen. Jeg ønsket at det skulle være presist men samtidig så ønsket jeg at informantene skulle kunne kjenne sig igjen i resultatene. En utfordring var å kunne gjøre artikkelen nok akademisk for å passe in i de rammer og forventninger som ligger hos tidsskriftene (Magnussen, 2007) for akseptering og samtidig ivareta de som har bidratt til at prosjektet skulle være mulig.

5.0 OPPSUMMERING AV FUNN

Jeg vil kort omtale de funn jeg har gjort i studien, og jeg har valgt å ikke bruke noen sitater i denne delen, i artikkelen er det en omfattende beskrivelse av både resultater og et rikelig bruk av sitater fra informantene.

Å være ærlig og direkte i forhold til egen situasjon forbinder informantene med å få utbytte av behandlingen. Informantene forteller også at de er ærlige når de fyller ut ORS uansett om de liker verktøyet eller ikke. De forventer at behandler skal være ærlig og direkte i forhold til informanten, og de opplever det som trygt når behandler pirker eller pusher dem i forhold til behandlingen. Behandlers direktet forstås som ufarlig, det vil si at pasientene ikke ser det som at behandler vil dem ille eller at det er personangrep, det er å gå til sakens kjerne. Informantene opplever det som at profesjonaliteten hos behandleren trykker situasjonen og at det ikke nødvendigvis kommer til å påvirke den relasjon som de har. Å være ærlig og direkte ved bruken av ORS opplever mange som et bidrag til å kunne påvirke sin egen behandling, en form for brukermedvirkning. Samtidig så problematiserer også informantene tematikken, de er redde for å få negative sanksjoner eller å havne i ubehagelige situasjoner.

Ønsket om, og opplevelsen av, direktet og ærlighet er svært annerledes når det er informanten som skal vurdere eller agere i situasjonen. Det vil si at når det er en forventning

til pasienten om å reflektere over behandler og timen (ved bruk av SRS) så erfarer mange av pasientene at dette vekker ubehag hos dem. Relasjonen med behandleren legger informantene stor vekt ved og de kan også formulere tanker rundt hvordan relasjonen utvikler seg under behandlingens forløp. Det er to forståelser rundt bruken av SRS, den ene der informanten ser SRS som en vurdering av behandler og den andre der informanten ser SRS som en mulighet til å snakke om det felles arbeid som de har utført.

Informantene erfarer at det er en forskjell mellom å få negativ kritikk, fordi da handler det om sak men å gi negativ kritikk erfares som en fare for at behandler skal ta det personlig. Det er ikke noen av informantene som er misfornøyd med sin behandler, de beskriver alle sin behandler med positive ord og opplever at de har en god relasjon.

Det er fremfor alt to temaer som i intervjuene fremheves som problematiske i forhold til SRS. Den ene handler om omsorgen for den andre, for behandleren, redsel for å såre eller å være ufin. Den andre handler om bekymringen for at det skal oppstå eventuelle konsekvenser, for eksempel i forhold til permisjonssøknader eller andre behandlingsønsker. Det informantene beskriver er en maktsituasjon som er uforutsigbar og som kan påvirke dem på en måte som de selv vurderer som ugunstig.

Det er tydelig i intervjuene at informantene erfarer at KOR bidrar til bevissthet og økt refleksjon rundt deres situasjon. Det ble også påtagelig at informantene ønsket å bli mer bevisst sin egen situasjon og at de erfarte at KOR hjalp dem til å oppdage endring. Gjennom bruken av KOR stolte de bedre på sin egen erfaring, de opplevde en verifisering av egne tanker og følelser. Det beskrives også i intervjuene hvordan de merker et samsvar mellom det de krysset av på KOR og sin egen opplevelse av situasjonen, de fikk oversikt over både behandlingsforløpet og hvordan de hadde det med seg selve.

I forhold til tallene og grafen i KOR ble det en tydelig kontrast mellom to svært ulike opplevelser. Den ene siden som var positiv der informanter erfarte at tallene og grafen var motiverende, at det bidro til å forstå og se sammenhengen og få oversikt i behandlingen. Å andre siden var det spesielt en informant som erfarte at KOR frem for alt ble brukt fordi at det var forskning, at skjemaet vises flyktig i samtalen og at resultatene ikke blir brukt i behandlingen. Han hadde en sterk opplevelse av at skjemaet var viktigere enn han selv og at de tok fokuset fra han som pasient. Han opplevde å bli et tall, et skjema.

6.0 DISKUSJON

I dette kapittel vil jeg først presentere en utvidet diskusjon rundt de resultat som har fremkommet i studien. Etterpå vil jeg forsøke å granske studiens kvalitet og si noe om studiens svakheter og styrker.

6.1 Utvidet diskusjon og forståelse av resultatene fra intervjuene

Intensjonen i dette avsnittet er først og fremst å diskutere og fokusere på de deler av resultatene som ikke blev trukket frem i artikkelen, jeg vil samtidig kort referere til det som er skrevet i artikkelen. Det at jeg ikke hadde mulighet å være så utfyllende i artikkelen handler om de krav og de retningslinjer som tidsskrifter stiller (jmfr. Magnussen, 2007).

I artikkelen trekker jeg frem at informantene er i et asymmetrisk maktforhold til sin behandler og institusjonen. Jeg sier også at dette er funn som er gjenkjennbare i annen publikasjon (Slettebø and Askeland, 2013). Det er interessant å merke seg at både profesjonelle og pasienter erfarer dette maktforhold og kan sette ord på dem. Det fremkommer i intervjuene at behandler prøver å trygge informantene om at de *tåler* tilbakemelding men at informanten ikke *stoler på* dette, at de ikke har tro på at de skal bli tatt imot dersom de er direkte til hver tid. Det finnes ikke noe i materialet som viser til at informantene ikke har blitt møtt på Nordlandsklinikken, tvert imot, informantene beskriver sine behandlere og relasjonen med positive ord. Men vi må fortolke det som at de har en livserfaring av å ikke bli møtt (Gadamer, 2003b). Den tidligere erfaringen, informantens forforståelse, preger den nye situasjonen (Dahlberg et al., 2008). Intensjonaliteten (Thornquist, 2003, Dahlberg et al., 2008) i handlingen, å holde tilbake informasjon, å ikke være helt ærlig (i forhold til SRS), viser den omsorgen som informantene har for sin behandler og den usikkerhet (i forhold til ORS) de har til systemet og ikke at de ikke er å stole på. Når det gjelder ærligheten (i forhold til ORS) så fortolker jeg at informantenes subjektive opplevelse av hva som gagnar dem er forskjellig fra behandlerens vurdering. Jeg kan merke at det er ulik forforståelse om hva som er til pasientens beste (jmfr. Løgstrup, 2000, Gadamer, 2003b)

I artikkelen skrives det også om hvordan informantene beskriver seg selve som sårbare og er redde for å komme i konflikt. Hvordan Løgstrup (2000) viser at i konflikter fokuserer vi på det personlige isteden for det saklige. Hvordan informantene erfarer at behandlere forholder seg til det saklige når de gir behandling, og hvor bekymret de er for at kritikk skal tas personlig av behandler, det vil si at det skal oppstå en konflikt.

I artikkelen fokuserer jeg også på erfaringer som informantene gjør i forhold til brukermedvirkning, at KOR kan øke brukermedvirkningen. Generelt så mener man at involvering av pasienten i behandling øker kvaliteten av behandling (Rise et al., 2012). Vi sier også at brukermedvirkning er i samsvar med loven (Sosial og helsedirektoratet, 2005), anbefalinger fra Helsedirektoratet (2014) og målsettingen med ORS (Duncan, 2012b). Jeg ønsker å bruke litt mer plass på dette tema i denne diskusjon. For å sikre brukermedvirkning så mener Helsedirektoratet (2014) at man bør innhente tilbakemeldinger systematisk, men det fremkommer ikke i veilederen hvilken type av tilbakemeldinger og hva de vurderer som systematisk. Vi kan tenke oss at bruk av KOR kan sikre systematisk innhentning av tilbakemelding men sikrer det brukermedvirkning? Når vi ser på resultatene fra informantene så kan det virke som om at bruk av KOR kobles sammen med tanker og erfaringer rundt brukermedvirkning. Informantene forteller om hvordan SRS glir fra brukermedvirkning til brukeransvar og da oppstår ubehag. Vi kan forstå det ut fra det Gadamer (2003a) skriver om at som pasient forventes det at man skal *motta* behandling, pasientene henvender seg til eksperter for å få hjelp. Noen av informantene forventer ikke en jevnbyrdig situasjon der både pasient og behandler har ansvar. I informantens livsverden oppleves det annerledes enn hva som forventes av verktøyet. Noen informanter venter seg ikke denne likestilling som KOR forlanger. Dette blir for noen for forskjellig enn hva de er vant med.

I artikkelen skriver jeg om hvordan brukermedvirkning legges vekt ved i klientsentrert terapi og de fellesfaktorer som KOR baserer seg på (Johannessen et al., 1994, Lambert, 2001, Duncan and Sparks, 2008). I klientsentrert terapi ønsker man blant annet at pasienten selv skal få bestemme tempo, og at pasienten selv skal få beslutte om hva og når tema skal komme opp i terapien (Braaten, 1967). Det er lett å komme til den konklusjonen at når pasienten selv får bestemme så er det brukermedvirkning. Det er en fin balanse mellom ikke å overta ansvaret og samtidig å vite hva som er best for den andre (jmf. Løgstrup, 2000). I publikasjonen fra Nasjonalt kunskapscenter legger informantene selv vekt på å bli tatt på alvor og bli respektert (Dahle and Iversen, 2011). Noen ganger må vi ta opp ting som pasienten opplever som ubehagelige, men i denne studien så erfarte ikke informantene at dette var vanskelig i seg selv, det erfares som god behandling. Det som var avgjørende var at informantene erfarer at deres stemme er viktig, at de blev respektert som mennesker. Viktigheten av å bli hørt og respektert kjenner vi også igjenn i det Gadamer (2003b, 2003a) legger vekt ved i møtet med den andre, for at det skal kunne bli et møte, en dialog, fordrer det at begge parter hører og til viss grad forstår den andre, da oppstår opplevelsen av respekt.

Relasjonen informantene har med sine behandlere er viktig. Det poengteres i artikkelen relasjonens sentrale funksjon og at den er i samsvar med det Anker et al. (2010) og Lambert og Shimokawa (2011) skriver, at relasjonen påvirker behandlingsresultat og at relasjonen er en av de tydeligste momenter når man ser på fellesfaktorene (Lambert, 2001, Tuseth, 2007, Duncan, 2013). Det som ikke er løftet frem i diskusjonen er hvordan relasjonen stadig er i utvikling og hvor sårbar den er (Gadamer, 2003a) noe som også er gjenkjennbart fra intervjuene. Informantene beskriver hvordan relasjonene utvikles og bekymringen for hvordan den kan påvirkes negativt ved bruk av KOR. Relasjonens kvalitet er i litteraturen beskrevet som den faktor som pasienter forbinder med hvor fornøyd de er med behandlingen (Rise et al., 2012) Det betyr at både den kvantitative og kvalitative forskningen har et samsvar, at det informantene trekker frem i denne studien samsvarer med den RCT-forskning jeg tidligere har beskrevet, at relasjonens kvalitet er forbundet med behandlingens effekt.

I artikkelen diskuterer jeg også det at informantene ønsket å bli mer bevisst og hvordan KOR bidro til det, Gadamer (2010) beskriver det som en endring av informantenes horisont. Det nevnes også i artikkelen at i klientsentrert terapi har man en tro på at pasienter ønsker endring (Braaten, 1967, Johannessen et al., 1994) og hvordan det blir tydelig i intervjuene. Jeg er også inne på viktigheten av å følge pasientens egen endringsteori for å oppnå gode behandlingsresultater (Duncan and Moynihan, 1994). Forståelsen av sin egen utvikling, som så ut til å medføre økt motivasjon for behandling også ble funnet av Riise og kollegaer (2012).

Til slutt i artikkelen så skriver jeg om behandlers rolle og de krav som KOR stiller til den enkelte behandler og systemet for å oppnå hensikten. Hensikten med denne studien var ikke å undersøke behandlers rolle i bruken av KOR, samtidig så ønsker jeg å løfte frem den ene informantens erfaring av at KOR ikke ble brukt til noe annet enn å måle ham. Det kan indikere at verktøyet ikke blir brukt etter intensjonen. Shaw og Murry (2014) skriver at dersom verktøyet ikke blir brukt riktig, at man ikke legger vekt ved resultatene og bruker dem aktivt i behandlingen, er det en risiko for at pasienten erfarer verktøyet som mekanisk og reduksjonistisk.

6.2 Studiens kvalitet

Jeg vil her presentere min egen vurdering i forhold til studiens kvalitet. Jeg kommer til å ta opp problemstillingens kvalitet og studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet. Studiens etiske utfordringer og noen ord om studiens forbedringspotensial. Jeg har i stor grad bruk Thagaard (2009) og Polit og Beck (2012) som veiledende forfattere for å vurdere kvaliteten.

6.2.1 Problemstillingens kvalitet

Problemstillingen i prosjektet var; Hvordan erfarer pasienter ved Nordlandsklinikken bruken av KOR? «*Problemstillingen skal i kvalitative som i kvantitative forskningsprosjekter, representere en mulighet for ny kunnskap og være basert på god kjennskap til foreliggende forskning på området*» (Hovland et al., 2009, s.11).

Etter min vurdering er problemstillingen en søken etter ny kunnskap da det per i dag ikke finnes dokumentasjon rundt pasienters erfaring av å bruke KOR. Jeg har gjennomført omfattende litteratursøk for å kunne si at KOR som verktøy er godt dokumentert gjennom flere RCT-studier (Anker et al., 2009, Reese et al., 2009, Reese et al., 2010, Schuman et al., 2014), at verktøyet vurderes å tas i bruk i større omfang enn idag (Helse og omsorgsdepartementet, 2012, Helsedirektoratet, 2014) og ansatte vurderer at verktøyet er nyttig å bruke i terapeutiske sammenheng (Tuseth et al., 2006, Nebb et al., 2010, Sundet, 2012). Jeg vurderer derfor at det er viktig å løfte frem pasientens stemme, om hvilken opplevelse de har med bruken av KOR.

6.2.2 Reliabilitet

I neste steg i å vurdere studiens kvalitet ønsker jeg å reflektere rundt reliabiliteten, pålitligheten i prosjektet. Dette kan forstås på to ulike måter, ekstern reliabilitet som innebærer å undersøke om det er mulig å gjøre om samme prosjekt og oppnå samme resultater, intern reliabilitet innebærer at forskeren gir «*en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og forskningsmetoder slik at forskningsprosessen kan vurderes trinn for trinn*» (Thagaard, 2009, s. 199). Ekstern reliabilitet vurderes å ikke være aktuell da dette er en kvalitativ undersøkelse men den interne reliabiliteten vurderes å være god. Vurderingen baserer seg på at jeg etter beste evne har beskrevet prosessen i studien, jeg har også beskrevet hvordan data har blitt inhentet, vurdert og hvilke funn som har fremkommet.

Å være helt neutral i kvalitativ forskning vurderes som umulig da vi bruker oss selv i alle deler av prosjektet. Jeg har også skrevet i oppgaven om hvordan ideen til prosjektet ble aktualisert og min egen forforståelse i studien, dette for å kunne belyse både for meg selv og leseren hvordan dette kan ha påvirket resultatene i prosjektet.

6.2.3 Validitet

Validitet handler i stor grad om hvordan forskeren har tolket data. Jeg har tidligere i oppgaven presentert hvordan intervjuene ble analysert og fortolket. Med kritiske øyne kunne det ha vært en fordel om en person med annen forforståelse enn meg hadde sett og tolket intervjuene i

tillegg til min egen tolkning. Det faktum at jeg i utgangspunktet har en positiv holdning til KOR kan ha påvirket fortolkningen.

«Forskeren skal spesifisere hvordan hun eller han kom frem til den forståelsen som prosjektet resulterer i» (Thagaard, 2009, s 202). Både i sammenfatningen og i artikkelen har jeg redegjort for hvordan tolkningen har vært gjennomført samt hvilken litteratur som vært brukt i analysen av datamateriellet.

6.2.4. Overførbarhet

«Selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes av andre og således ha en overføringsverdi.» (Hovland et al., 2009, s.14). Jeg mener at det faktum at det ikke tidligere er gjort en lignende undersøkelse styrker viktigheten av de funnene som er gjort i studien. Resultatene fra studien kan bidra i det videre arbeidet med å utvikle KOR, en eventuell utøkning av bruken og i forhold til å løfte frem brukermedvirkningen. Det vurderes at sannsynligheten for at dersom man skulle ha gjort en lignende undersøkelse på poliklinikk kommer man mulig å få andre svar, frem for alt når det gjelder utfordringene om at pasienter i større grad er avhenging av sin behandler på institusjon enn på en poliklinikk.

6.2.5 Etiske utfordringer

Et annet moment som bør diskuteres i forhold til studiens kvalitet er de etiske aspektene. Jeg har tidligere i oppgaven beskrevet hva jeg har lagt vekt på for å ivareta informantene i studien. Under intervjuene har jeg ikke bedt om sensitive opplysninger, jeg har også vært oppmerksom i intervjusituasjonene på å gi informantene rom til selv å vurdere hva de ønsker å utlevere (jmf. Hovland et al., 2009). Jeg har også beskrevet hvordan data har vært oppbevart under studien og hvordan det kommer til å oppbevares etter studien. I fortolkningen av intervjuene har jeg lagt vekt ved å ivareta informantene i den forstand at jeg har transkribert tekstene på en slik måte at det skal ivareta informantens selvfølelse og respekt (jmf. Kvale, 1997, Hovland et al., 2009). Jeg har også i oppgaven løftet frem de etiske utfordringene som omhandler å forske i eget felt og det faktum at jeg har en lederrolle innen det system jeg selv utførte intervjuer på.

6.3 Studiens forbedringspotensialer

Jeg har i artikkelen beskrevet de tydelige svakhetene i studien. Jeg ønsker her å tilføre noen andre viktige betraktninger.

Et av forbedringspotensialene med studien er at det er første gangen jeg har ansvar for å utføre en så avansert studie. Enn om jeg tidligere har vært medforfattere i publikasjoner så har jeg ikke trengt å ha kunnskap i forhold til alle momenter til hver tid. Det faktum at dette er en masteroppgave og de krav som har blitt stilt til meg som student har vært nye og utfordrende. Det at jeg ikke har erfaring som forsker, at jeg ikke føler meg bekvem og kompetent vurderer jeg som at det kan ha påvirket studiens kvalitet. Jeg har hatt en veileder som har erfaringen, men det var ikke veilederens oppgave å skrive, forske eller evaluere, det var min, hennes oppgave var å veilede.

6.4 Videre forskning

Ut fra den litteratur jeg har lest og de resultater som fremkommer i denne studien mener jeg at det hadde vært nyttig å utvide prosjektet. Det hadde vært spennende å gjennomføre et lignende prosjekt med større antall deltakere for å være sikker på å oppnå metthet i forhold til data (Guest, 2006). Jeg ser også at det hadde vært nyttig å undersøke om det er forskjell mellom informanter på institusjon og i poliklinikk samt mellom ulike arbeidsplasser for å se om det er kulturelle forskjeller. Det hadde i den sammenhengen også vært nyttig å se om det er en forskjell på erfaringen om man også tok hensyn til symptomtrøkk, psykisk lidelse, rusbruk og for eksempel kognitiv funksjon.

Et annet prosjekt som kunne vært hensiktsmessig er å undersøke hvordan pasient og behandler sammen vurderer bruken av KOR, hva er likheter og hva og når opplever man at det er en forskjell. Er det eksempelvis sånn at både pasienter og behandler vurderer at KOR bidrar til økt brukermedvirkning og hvordan viser det seg for dem?

7.0 AVSLUTNING

Jeg vil her slutføre studien og komme med noen tanker om hvordan resultatene fra studien kan bidra til forbedret klinisk praksis.

Som helhet vurderer jeg at studien viser at informantene erfarer at bruken av KOR har positive effekter for dem som pasienter. De opplever at KOR gir dem anledning til merkbar brukermedvirkning. Bruken av KOR løfter også frem muligheten for pasienten til å velge hva slags type behandling han eller hun ønsker og hvordan den skal gjennomføres sammen med sin behandler.

Informantene erfarer også at bruken av KOR hjelper dem til å reflektere over egen situasjon og at det blir lettere for dem å kunne stole på sin egen vurdering. Det at bruken av KOR løfter frem og tydeliggjør pasientens endring leder til at informantene får motivasjon til å jobbe videre mot sitt eget mål.

Utfordringen med bruken av KOR er at KOR forlanger (om den skal gi effekt) ærlighet. Flere informanter problematiserer at ærligheten kan skape konflikter på to områder, ene området berører behandlingsrelaterte ønsker, eksempelvis permisjon. Punkt nummer to er at informantene bekymrer seg for at ærligheten kan skape konflikter mellom pasient og behandler, at behandler tar tilbakemeldinger fra pasienten som personlig kritikk.

Det siste området som vi har løftet frem i studien er den ene informantens erfaring av at KOR brukes som et mekanisk verktøy og det erfares som en forringelse av informanten som person.

Ut fra resultatene så vurderer jeg at KOR er et verktøy som man innen TSB bør bruke, men bruken krever likevel en god forståelse og en riktig bruk for at man skal oppnå intensjonene med verktøyet. En form for kontinuerlig veiledning og rettleiding for de ansatte bør vurderes på de arbeidsplasser som bruker KOR.

Relasjonens betydning i forhold til behandlingsresultat bør tas i betraktning i større omfang enn hva dagens tradisjon gjør. KOR kan bidra til å løfte frem relasjonen i behandling. At pasienter kan føle ubehag ved bruk av KOR må tas hensyn til i praksis gjennom å vise i *handling* at vi som behandler ønsker tilbakemelding fra pasienten.

Totalt antall ord: 13596

Referanser til sammendraget i oppgaven

- ANDRESEN, N. E., BRAMNESS, J. G. & LOSSIUS, K. 2011. *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- ANKER, M. G., DUNCAN, B. L., OWEN, J. & SPARKS, J. 2010. The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, s. 635-645.
- 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, s. 693-704.
- BENGTSSON, J. 2006. *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*, Kristiansand, Høyskoleforl.
- BORDIN, E. S. 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16, s. 252-260.
- BRAATEN, L. J. 1967. *Klient-sentrert rådgivning og terapi: en systematisk innføring i Carl R. Rogers' psykologi*, Oslo, Universitetsforlaget.
- BRORSON, H. H., ARNEVIK, E. A., RAND-HENDRIKSEN, K. & DUCKERT, F. 2013. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33, s. 1010-1024.
- DAHLBERG, K., DAHLBERG, H. & NYSTRÖM, M. 2008. *Reflective lifeworld research*, [Lund], Studentlitteratur.
- DAHLE, K. A. & IVERSEN, H. H. 2011. Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? *What is important for patients receiving inpatient substance dependence treatment?* : Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- DUNCAN, B. & SPARKS, J. 2008. *I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- DUNCAN, B. L. 2012a. *Bli en bedre terapeut*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- DUNCAN, B. L. 2012b. The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53, s. 93-104.
- DUNCAN, B. L. 2013. The Heart and Soul of Change: Getting Better at What We Do. *The Iowa Psychologist*, Summer 2013, s. 4-5.
- DUNCAN, B. L., MILLER, S. D., SPARKS, J. A., CLAUD, D. A., RRYNOLDS, L. R., BROWN, J. & JOHNSON, L. D. 2003. The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, s. 3-12.
- DUNCAN, B. L. & MOYNIHAN, D. W. 1994. APPLYING OUTCOME RESEARCH. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 31, 294-301.
- GADAMER, H.-G. 2003a. *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*, Ludvika, Dualis.
- GADAMER, H.-G. 2003b. *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter*, Oslo, Cappelen.
- GADAMER, H.-G. 2010. *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*, Oslo, Pax.
- GIORGI, A. P. & GIORGI, B. M. 2003. The descriptive phenomenological psychological method. In: CAMIC, P. M., RHODES, J. E. & YARDLEY, L. (eds.) *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- GRANEHEIM, U. H. & LUNDMAN, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.
- GUEST, G. 2006. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18, s. 59-82.
- HANSEN, N. B., LAMBERT, M. J. & FORMAN, E. V. 2002. The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, s. 329-343.
- HEGEL, G. W. F. 2009. *Åndens fenomenologi*, Oslo, Pax.

- HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2012. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. *In: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (ed.) Meld. St. 30. (2011-2012).*
- HELSEDIREKTORATET 2011 IS-1948 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *In: HELSEDIREKTORATET (ed.).*
- HELSEDIREKTORATET 2012. IS-2043 Prioriteringsveileder for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- HELSEDIREKTORATET 2014. IS- 2076, Sammen om mestring - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. *In: HELSEDIREKTORATET (ed.).*
- HELSEKODEKLARASJONEN. Sist oppdatert: 22. desember 2010. "Helsinkideklarasjonen" [Online]. De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Online]. .
- HOVLAND, I. B., BAKKEN, K., DALE, O., JOHNSEN, W., LUNDE, T., MELSOM, P. A., SKOLBEKKEN, J.-A., SONGE MØLLER, V., STAFF, A., ULRICHSEN, C. P., VATTEN, L. & WIFSTAD, Å. 2009. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. *In: KOMITEENE, D. N. F. (ed.).*
[https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf).
<HTTP://WWW.UNN.NO/NORDLANDSKLINIKKEN/CATEGORY16103.HTML>. 13.04.14.
Nordlandsklinikken ved UNN i Narvik [Online].
- JOHANNESSEN, E., KOKKERSVOLD, E. & VEDELER, L. 1994. *Rådgivning: tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*, Oslo, Universitetsforl.
- KADDEN, R. 1998. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 22, s. 1300-1311.
- KVALE, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Ad notam Gyldendal.
- LAMBERT, M. J. 2001. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 38, s. 357- 361.
- LAMBERT, M. J. & SHIMOKAWA, K. 2011. Collecting client feedback. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 48, s. 72-79.
- LASKA, K. M., GURMAN, A. S. & WAMPOLD, B. E. 2013. Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy research*, s. 1-15.
- LOREM, G. F. 2008. Nærhet uten distanse vs distanse uten nærhet. En fenomenologisk tilnærming på erfaringsnær forskning. . *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 4, s. 66-80.
- LOSSIUS, K. 2011. Om å ruse seg. *In: LOSSIUS, K. (ed.) Håndbok i Rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- LOSSIUS, K., BRAMNESS, J. G. & ANDRESEN, N. E. 2011. *Håndbok i rusbehandling : til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- LOV OM SPESIALISTHELSETJENESTEN M.M. LOV-1999-07-02-61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. *In: OMSORGSDEPARTEMENTET, H.-O. (ed.).* <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
- LØGSTRUP, K. E. 2000. *Den etiske fordring*, [Oslo], Cappelen.
- MAGNUSSEN, S. 2007. Publisering av psykologisk forskning i internasjonale tidsskrifter: En summarisk orientering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 116.
- MALTERUD, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet (London, England)*, 358, 483.
- MALTERUD, K. 2002. Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, s. 2468–72.
- MARTIN, D. J., GARSKE, J. P. & DAVIS, M. K. 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- MESSER, S. B. 2002. Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, s. 21-25.

- MILLER, S. D. 2005. The partners for change outcome management system. *Journal of clinical psychology*, 61, 199.
- NEBB, A. H., LEJON, R.-M. & WANGBERG, S. C. 2010. *Klient- og resultatstyrt praksis: Erfaringer fra Ruspoliklinikken, UNN. . Skriftserie fra Kompetansesenter rus, Nord-Norge.*
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2012. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer Health.
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP 1998. Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of mental health*, 7, s.589-602.
- REESE, R. J., NORSWORTHY, L. A. & ROWLANDS, S. R. 2009. Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: theory, research and practice*, 46, s. 418-431.
- REESE, R. J. R., TOLAND, M. D., SLONE, N., C & NORSWORTHY, L. A. 2010. Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 47, s. 616-630.
- RISE, B. M., ERIKSEN, L., GRIMSTAD, H. & STEINSBEKK, A. 2012. The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *BMC health services research*, 12, s. 348-360.
- ROBERTSON, K. 2005. Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician*, 34, 1053 - 1055.
- ROGERS, C. R. 1946. Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1, s. 415-422.
- ROSENZWEIG, S. S. 2002. Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 12, s. 5-9.
- SCHUMAN, D. L., SLONE, N. C., REESE, R. J. & DUNCAN, B. L. 2014. Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, s. 1-12.
- SHARF, J. J., PRIMAVERA, L. & DIENER, M. 2010. Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 47, s. 637-45.
- SHAW, S. L. & MURRAY, K. W. 2014. Monitoring Alliance and Outcome with Client Feedback Measures. *Journal of mental health counseling*, 36, s. 43-57.
- SKAULI, G. 2007. Modell for klientrettet og resultatstyrt praksis. In: ULVESTAD, HENDRIKSEN, TUSETH & FJELDSTAD (eds.) *Klienten - den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- SKOFTEDALEN, J. G. 2014. *Oppdragsdokumentet 2014 - flere tydelige signaler til RHF'ene fra Helse- og omsorgsdepartementet Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon* [Online]. http://www.rusfeltet.no/Oppdragsdokumentet+2014+-+flere+tydelige+signaler+til+RHF'ene+fra+Helse+og+omsorgsdepartementet.b7C_xlrQ4q.ips: Fagrådet - Fagrådets hovedorganisasjon.
- SKRETTING, A. & STORVOLL, E. E. 2011. Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken. Oslo: SIRUS.
- SLETTEBØ, T. & ASKELAND, G. 2013. Kvalitetskriterier i sosialfaglig arbeid. *Diakonhjemmet, Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for samfunnsfag*, s.1-57.
- SOSIAL OG HELSEDIREKTORATET 2005. ...og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015). In: HELSEDIREKTORATET, S. O. (ed.) *IS-1162*.
- SUNDET, R. 2007. Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid. In: ULVESTAD, HENDRIKSEN, TUSETH & FJELDSTAD (eds.) *Klienten - den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- SUNDET, R. 2012. Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology*, 53, s. 122–130.
- THAGAARD, T. 2009. *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforl.
- THORNQUIST, E. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*, [Bergen], Fagbokforl.
- TUSETH, A.-G. 2007. Med 40 års klinisk forskning som veiviser. Oslo: Gyldendal akademisk.

- TUSETH, A.-G., SVERDRUP, S., HJORT, H. & FRIESTAD, C. 2006. Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid. *RBUP rapport*.
- UNSWORTH, G. 2012. Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: A qualitative study. *Counselling and psychotherapy research*, 12, s. 71-80.
- WESTERLUND, H. 2012. Mer enn bare ord?: ord og begreper i psykisk helsearbeid. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- WHO. 2014. *Management of substance abuse - Facts and figures* [Online].
http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/. [Accessed 25.04.14 2014].

MANUSKRIPT TIL:

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i døgnbehandling for rus:

Pasienters opplevelse

Forfattere: Rose-Marie Lejon

Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge

USE OF PARTNERS FOR CHANGE OUTCOME MANAGEMENT SYSTEM (PCOMS) AT A SUBSTANCE ABUSE TREATMENT CLINIC: THE PATIENTS' EXPERIENCES

Absract

The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) has shown potential to increase effectiveness of psychotherapy in several different settings. This is the first study focusing on the clients' experience of PCOMS in the treatment of substanceabuseinpatients. Six clients were interviewed, using a phenomenological-hermeneutic approach, about their experience with PCOMS. Most of them had a positive experience of the outcome assessment part of PCOMS; it validated their own perception of recovery and increased influence on the way treatment was conducted. The patients, however, also had experiences with being reduced to a number on a sheet of paper and most of the participants felt uneasy about addressing shortcomings in the therapy, thus highlighting the importance of training and supervision of the therapists in successful implementation of PCOMS.

Key Words: Psychotherapy; Feedback; Professional-Patient Relations; Treatment Effectiveness Evaluation; Treatment Outcomes

KLIENT- OG RESULTATSTYRT PRAKSIS (KOR) I DØGNBEHANDLING FOR RUS: PASIENTERS OPPLEVELSE

På tvers av terapier er det noen felles faktorer som er viktige, av dem? som behandlere kan påvirke er den terapeutiske relasjonen den mest sentrale (Lambert, 2001, Tuseth, 2007, Duncan, 2013). For å kunne jobbe med relasjonen på en effektiv måte er man avhengig av feedback fra klienten. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er en metode som kan hjelpe til med det. KOR bruker *“The Partners of Change Outcome Management System”* (PCOMS; Miller 2005) som består av to skalaer, Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS). ORS og SRS består av fire spørsmål hver der klienten setter et kryss langs en visuell analog skala der venstre betyr dårlig og høyre betyr bra. ORS angir hvordan en har det på fire ulike områder i livet: personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt siden sist avtale, alternativt siste uken. Skjemaet fylles ut i starten av terapitimen, meningen bak svarene utforskes, og angir fokus for aktuell terapitime. Total skår av ORS plottes i et skjema og man kan således måle hvordan behandlingen er relatert til endring og hvordan det har gått siden sist avtale for pasienten. SRS brukes tilsvarende på slutten av timen for å finne rom for forbedring av relasjonen mellom pasient og behandler langs dimensjonene: forholdet mellom deg og terapeuten, mål og tema, tilnærming og metode, og generelt (Duncan and Sparks, 2008, Duncan, 2012a).

Det er så langt publisert fire randomiserte kontrollerte studier av PCOMS som viser at PCOMS bidrar til bedre og kortere behandling (Anker et al., 2009, Reese et al., 2009, Reese et al., 2010, Schuman et al., 2014). Det er også vist at relasjon mellom behandler og pasient medierer denne effekten (Anker et al., 2010, Lambert and Shimokawa, 2011). Det finnes i tillegg publikasjoner som viser at behandlere i ulike settinger anser bruken av KOR som meningsfull og at det hjelper å sikre et godt behandlingsforløp og brukermedvirkning (Tuseth et al., 2006, Nebb et al., 2010, Sundet, 2012). Rise og kolleger (2012b) fant derimot ingen effekt på relasjon eller på pasientenes fornøydhet med behandling etter seks ukers bruk av KOR på en norsk voksenpsykiatrisk poliklinikk. Det man ikke vet så mye om er hvordan pasientene selv kvalitativt erfarer bruken av KOR.

I denne studie er det gjennomført seks intervjuer av pasienter ved en døgninstitusjon innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) om deres erfaring med å bruke verktøyet.

METODE

Denne studien er et delprosjekt i en større mixed-methods studie der fokus er på hvordan KOR egner seg i TSB ved en døgninstitusjon. Denne kvalitative studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med målsetting om å undersøke hvordan pasienter ved denne døgninstitusjonen opplevde bruken av KOR. Studien ble utført ved Nordlandsklinikken som er en del av Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) med totalt 30 døgnplasser samt noe poliklinisk virksomhet for voksne med rusrelaterte vansker.

Deltakere

Inklusjonskriterier for deltagelse var at pasienten hadde brukt KOR tre eller flere ganger. Fem kontaktpersoner ved Nordlandsklinikken forespurte pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene om deltagelse. Ingen av informantene var ved intervjusituasjonen innlagt på avrusningsenheten og således vurdert til å være samtykkekompetente. Studien ble fremlagt for regional etisk komité og godkjent av personvernombud ved UNN.

Det var seks informanter som takket ja til å delta i prosjektet, fem menn og én kvinne. For å beskytte informantenes anonymitet har man valgt at gi alle informanter fiktive mansnavn. Alderen på deltagerne var fra cirka 30 til 60 år. Fem av seks informanter hadde vært i behandling for avhengighet ved tidligere tilfeller og to av seks informanter hadde brukt KOR ved tidligere behandling. Alle informanter var i aktiv behandling ved Nordlandsklinikken og fem av seks var ved intervjutidspunktet innlagt på institusjonen. Den informanten som ikke var innlagt på institusjonen hadde nylig avsluttet sitt behandlingsopphold på Nordlandsklinikken og gikk i poliklinisk oppfølging.

Gjennomføring

Intervjuene ble utført av forfatteren (RML) når det kom beskjed om at en ny deltaker ble tilgjengelig. Avtale om tid og sted for intervjuet ble formidlet via kontaktpersonen og gjennomførtes på et samtalerom ved klinikken. Forfatter og informant gjennomgikk forespørselen om å delta i studien og avtalen ble signert før det semi-strukturerte intervjuet, som varte mellom 30 og 60 minutter, startet. Intervjuet ble tatt opp elektronisk, blev verbatim transkribert og pseudonymisert og kort tid etterpå blev lydopptakene slettet.

Intervjuguide

Den semi-strukturerte intervjuguiden hadde totalt 12 hovedspørsmål innenfor fire områder; kontekst (alder, antall ganger KOR vært brukt, tidligere behandling og så videre), informantens forståelse av KOR, erfaringer med bruken av KOR og øvrige refleksjoner fra

informanten. Det var planlagt at den fenomenologisk-hermeneutiske tilnærmingen skulle vise seg både i intervjuguiden og i samtalen. De fenomenologiske idealene ønsket man skulle bli tydelig gjennom å «*lytte på en fordomsfri måte, og å la de intervjuede fritt beskrive sine egne erfaringer*» (Kvale, 1997 s. 81). Det hermeneutiske perspektivet ønsket man å ivareta gjennom å ha en «*tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser*» (Kvale, 1997 s. 81).

Kvale (1997) mener videre at for å få god kvalitet i intervjuet skal man være oppmerksom på å tolke intervjuet underveis og sjekke ut disse tolkningene ut fra den responsen som gis. Intervjuene var derfor preget av åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål og refleksjoner kring det informantene fortalte om.

Kvalitative analyser

Analysen startet med at forfatteren leste gjennom tekstene og gjorde en første koding av teksten. Programvarene NVivo og Excel ble brukt til henholdsvis å kode de meningsbærende enhetene og til å organisere koder og tema. Etter gjennomgang var det noen overordnede tema som hadde trådt frem som viktige opplevelser og erfaringer hos informantene på gruppenivå. Hele datamaterialet ble deretter kodet på ny med fokus på utvalgt tematikk (Graneheim and Lundman, 2004). Analysen av teksten og forståelsen av resultatene har vært et hermeneutisk arbeid, fra helhet, til deler og tilbake til helheten i flere omganger. De hermeneutikken beskriver som forforståelse (Gadamer, 2003) ble i noen grad bekreftet, samtidig som nye momenter viste seg under arbeidets gang. Forfatterens forforståelse er preget av at hun er pådriver for å implementere KOR i TSB og har langvarig erfaring av å bruke verktøyet, men denne ble «*revidert i lys av det som åpenbarer seg etter hvert som man trenger lengre in i tekstens mening*» (Gadamer, 2003, s. 37). Det man hadde fokus på var informantenes erfaring av bruken av KOR, men som det skal vise seg i resultatene har disse erfaringer mange nyanser. De endelige temaene som presenteres her ble fremstilt med tilhørende koder i en tabell.

RESULTATER

Oversikt over tema med koder kan sees i Tabell 1. Jeg kommer ikke at si noe om de enkelte koder som blir presentert i tabellen men de ulike tema kommer at beskrives i resultatene.

Eksempel på koder	Tema
• Å forvente behandling	Å kunne påvirke behandlingen

<ul style="list-style-type: none"> • Å være i dialog med behandler • Å oppleve profesjonalitet fra behandler • Å kunne bestille behandling 	
<ul style="list-style-type: none"> • Å ha omsorg for den andre • Å føle uro for eventuelle konsekvenser 	Å oppleve ubehag ved bruk av KOR
<ul style="list-style-type: none"> • Å oppleve økt bevissthet • Å erfare at KOR validerer egen opplevelse 	Selvmonitorering
<ul style="list-style-type: none"> • Å oppleve asymmetrisk maktforhold • Å erfare negative konsekvenser ved bruk av KOR 	Makt
<ul style="list-style-type: none"> • Positivt • Negativt 	Grafen og disse tall
<ul style="list-style-type: none"> • Å erfare at ærligheten er viktig men ubehagelig • Å ta oppgaven seriøst • Å være ærlig 	Ærlighet og direktet

Tabell 1. Koder og tema

Flere av informantene gir uttrykk for at de selv må være ærlige og direkte i forhold til egen situasjon for at de skal få utbytte av behandlingen, og dette gjelder også når en fyller ut ORS: «*Ja, det, ja altså tvungent for at det skulle være troverdig så måtte jeg jo det.*» (Håkon). Også de som i utgangspunktet ikke likte KOR av ulike årsaker fortalte at de var ærlige når de fylte ut skjemaet «*jeg har nå likevel satt noen, de kryssene utfra det jeg mener er ganske ærlig*» (Nils). Det fremkommer også i materialet at 'å ikke være ærlig' leder til at informantene ikke får like effektiv behandling; «*Det er mye lettere å bare krysse av, da får du ingen spørsmål...(...)..., du får for så vidt ikke maks utbytte av hverken behandling eller møtene heller*» (Kim)

De har av samme grunn også en forventning og ønske om at behandler skal gå rett på sak, og gjerne pushe litt i forhold til å oppnå større ærlighet og direktet rundt sakens kjerne:

«Så jeg tør varsku ifra óg, og hun må jo også gi beskjed til meg også hvordan vi ligger an óg. Det synes jeg er godt. For hvis jeg ikke hører noe så trur jeg 'oi, det skal være sånn'. Det blir jo akkurat sånn som man går og kjøper klær, hvis ikke ekspeditrisen sier 'nei, det der kler du ikke', så tror du jo på at det her passer jo perfekt» (Bjørn)

Det kan også se ut som at når behandleren tar opp ubehagelige tema så er det en forventning om at dette handler om å gå til selve saken, at profesjonaliteten hos behandleren skal tre inn, at behandleren har fokus på saken og at det ikke automatisk trenger å påvirke den langsiktige relasjon som de har. «*Jeg tror ikke at hun syns det var greit likevel at jeg drakk det vinglasset*

men jeg tror ikke at det er det som kommer å velte, eller jeg vet at det ikke er det som kommer å velte den fantastiske behandlingen jeg har hatt her inne» (Nils).

Dette ønsket og forventningen om ærlighet og direktehet kommer derimot, som vi skal se litt seinere, i konflikt med andre faktorer når det gjelder å gi tilbakemelding i forhold til behandlers arbeidsinnsats ved hjelp av SRS. Informantene forteller om opplevelsen av at de skal både evaluere seg selv og den andre og av disse to er det helt klart det førstnevnte som oppleves som mest positivt. Samtidig fremkommer det at det å være ærlig og direkte rundt egen situasjon ved bruk av ORS får positive konsekvenser også i forhold til økt medvirkning og behandlingsrelasjonen.

Relasjonen med behandleren opplever informantene som viktig, en av informantene sa: «*Jeg vet ikke om jeg får frem det jeg egentlig prøver å si men relasjonen, den er særdeles viktig...det er der nøkkelen ligger» (Nils).* Informantene forteller også om erfaringen av hvordan relasjonen utvikler seg og at de dermed klarer og selv stille krav til behandlingen. «*I begynnelsen så, da turte jeg ikke å si i fra, i begynnelsen. Men da var jeg et par ganger og da sa jeg til hun at 'vet du hva' sa jeg, 'jeg har lyst at du skriver på tavla'» (Bjørn)*

De fleste informanter forteller likevel om en redsel for negative sanksjoner eller å havne i en ubehagelig situasjon dersom de forteller hvordan de vurderer den ansatte gjennom SRS. Det er en tydelig forskjell mellom informanter som beskriver SRS som en vurdering av behandler eller koordinator, som for eksempel: «*det er jo litt ubehagelig å si at jeg ikke synes du er så forferdelig flink»*, (Kim) og de som beskriver SRS som en vurdering av felles arbeid som har blitt utført i timen; «*Det handler jo like mye om koordinatoren som det handler om meg selv» (Simen).*

Det er altså en forskjell mellom å selv å få *negativ tilbakemelding* fordi at da handler det om sak men når de skal gi *negativ kritikk* så er de redde for at behandler skal ta det personlig. Ubehaget ved å gi tilbakemelding om hvordan de synes samtalen var for dem var tydelig: «*Pluss det at, ehm.... det å skulle gi kritikk til noen er vel det vanskeligste som finnes, og særlig hvis du er i en sånn situasjon at du er på defensiven, som mange av oss er i» (Håkon).*

Det er ikke noen av informantene som beskriver at de på noen måter er misfornøyd med sine behandlere, gjennomgående så beskriver alle informanter at de har en god relasjon med behandleren, samtidig som flere problematiserer utfordringen med å skulle gi kritikk ved hjelp av SRS. Det er i hovedsak to ting som oppleves som problematisk med å skulle gi direkte

feedback via SRS. Den første handler om omsorg for den andre. Bekymringen for behandleren er der under alle intervjuene og evalueringen med SRS vekker tanker om dette hos informantene:

«Altså.... Da må man jo også tenke hvordan hun får det ... jeg kan jo ikke liksom begynne å skrive det at... relasjonen var helt forferdelig, mål og tema var helt forferdelig, og tilnærmingen eller metode var helt forferdelig fordi det vil jo såre henne på en måte, sånn som jeg opplever det» (Simen)

Selv om informantene har fått beskjed fra sin behandler om at de tåler tilbakemeldinger så er opplevelsen annerledes: *«Følelsen er noe helt annet, behandlerne er mennesker de også» (Håkon).*

Den andre utfordringen er å føle uro for eventuelle konsekvenser, for eksempel i forhold til permisjonssøknader eller behandlingsønsker. *«Jeg var sikkert redd for at det skulle få en større konsekvens om jeg hadde sagt det for to uker siden. Hva vil nå skje?» (Nils).*

Informantene beskriver den makten som behandlerne (institusjonen) sitter med og tanker om eventuelle konsekvenser som kan oppstå dersom de til hver tid er ærlige.

«Hvis det har vært ting jeg har plages med så trur jeg ikke at jeg hadde gidda å ta det opp altså. For då, man vill jo ikke gjøre koordinator sur for eksempel. Koordinator er med på å bestemme permisjoner og,, ehe.. ting å tang. Utviklingen i behandlingen så...» (Kim)

Det er en utfordring for informantene at det forventes ærlighet, men opplevelsen av å ikke være sikker på hvilke konsekvenser dette får for dem er til stede og om disse vil være negative for dem.

Under intervjuene ble det tydelig at KOR hjalp informantene til å bli mer bevisst sin egen situasjon og økte refleksjonen rundt denne.

«Det positive er at jeg blev tvunget til å reflektere og høre hvordan jeg har det med meg selv, partner og familie, arbeid, skole og venner, generelt, ikke sant, du blev jo bevisstgjort i og med at du setter et tall der og det er jo positivt. Det trenger jo alle» (Håkon).

Nils sier videre *«Det gir meg mer selvinnsikt og mer muligheter til å reflektere over egen behandling»*. Det fremkom også at informantene ønsket å bli mer bevisst om sin egen situasjon, Kim fortalte; *«Og det ville hun ikke ha fått ut av meg hvis, ikke på den måten, hvis hun ikke, ... jeg hadde ikke kommet på det. Så Det er ganske opplysende ting for meg selv og for henne»*.

Flere informanter snakker om det at KOR har hjulpet dem til å oppdage endring. *«Klart, jeg ser jo ikke selv... men når jeg sitter og krysser så ser jeg en kjempeutvikling» (Bjørn).* *«...så*

sier hun, denne skåren sier at det er stor grad av sannsynlighet for at behandlingen virker for deg» (Nils).

I denne bevissthet ligger også tanken om at informantene kan stole på sin egen opplevelse – en ekstern validering. Olav sier at han har blitt *«litt sikrere på meg selv og hva jeg egentlig føler og tror om meg selv, det har det gjort, og jeg har tenkt igjennom ting jeg egentlig ikke ville ha tenkt på».*

Flere informanter beskriver også samsvaret de opplever mellom KOR og sin egen vurdering; *«Det er en rød tråd ifra det KOR rapporterer tilbake og ..., det koordinatoren min sier og det jeg selv føler og medpasienter sier. Så det er nok et støtteverktøy ..., inne i det jeg selv vurderer, mitt eget ståsted» (Nils).*

Bjørn blir her representant for det flere informanter fortalte om det at KOR ga dem en oversikt på behandlingen *«Men i hvert fall for meg så har jeg fått mer klarere syn på meg selv. I hvordan jeg ligger an».*

Informantene beskriver altså hvordan de erfarer at de ved hjelp av ORS kan monitorere sin egen behandling, hvordan samsvar mellom flere kilder gjør dem sikre på sine egne vurderinger og får oversikt over progresjon i behandlingen. De erfarer at de kan stole på sine egne vurderinger og sine egne opplevelser på en ny måte når de bruker KOR.

Det er også et motsetningsforhold mellom tallene og grafene i KOR. På den positive siden er det som Nils delvis oppsummerer; *«For det har gitt meg den motiverende faktoren... jeg har klart å forandre den lave skåren og nå kan jeg henge nøyaktige hendelser på den».* Grafen har altså bidratt til å forstå og å se sammenhengen i behandlingen. Flere av informantene beskriver grafen og tallene som motiverende faktorer til å gå videre og til å se hva som bør jobbes mer med. Grafen bidrar til oversikt for informantene: *«Ja, jeg vet at jeg har det bedre, det kjenner jeg, når jeg får satt det ned på arket så får jeg litt oversikt»* sier Kim. Et viktig moment er det noen informanter kan formulere i ord som omhandler at tallenes betydning endrer seg;

«Som jeg har sagt til henne når jeg har krysset; det er jo en tier i dag også i forhold til relasjonen, sier jeg, men relasjonen utvikler seg jo, så tieren er jo i nuet. Og den var også veldig god i første møtet vi hadde for hun gav meg de gode vibbene. Så det er jo liksom, du forflytter deg jo, det er jo en reise fra at du kommer in her til man drar ut, så tieren vill jo ha forskjellig vektning på et vis» (Nils).

Det fremkommer på den andre siden også i datamaterialet at for noen så gir disse tallene lite mening; *«Det sier meg selv veldig lite» (Simen),* man ser ikke sammenhengen mellom grafen, tallene og behandlingen.

Håkon var tydelig i forhold til den negative erfaring han hadde av KOR, han var også tydelig på at han ikke likte skjemaer generelt. Mye av det han sier gjenkjennes ikke i de andre intervjuene men likevel er det viktige momenter han trekker frem under intervjuet som bør belyses. Håkon er tydelig på at han har oppfattet at hensikten med å bruke KOR er fordi at det skal være et forskingsprosjekt: «*Hovedinntrykket mitt er at jeg fikk det her skjemaet fordi at det var en undersøkelse som skulle gjøres.....det var hovedinntrykket*», han ser ikke at KOR er til nytte for han selv. Han sier at skjemaet vises raskt, at det kommer frem og blir lagt bort, resultatene blir ikke brukt annet enn å bli målt.

«Eller for tredje gang når du krysser på sosiale null, da slutter man å snakke om den der nullen. Ja, det ble sånn: 'det vet vi jo at du har null der'.... sa de da, isteden for å si, 'men for helvete nå må vi få den her nullen oppover'.... Men det ble mer sånn her: 'det vet vi jo'» (Håkon)

Han beskriver opplevelsen han fikk når behandler brukte ulike skjemaer, at «*arket er viktigere en pasienten*». Han beskriver også hvordan tallene tok fokus fra innholdet i behandlingen og at han blev redusert til et tall; « *neste gang jeg kom da så begynte man å si det at i forhold til det tallet du satt sist gang, da ble jeg et tall og jeg ble et skjema*» (Håkon).

DISKUSJON

For å oppsummere så mener informantene at for at behandlingen skal være effektiv så er det viktig at de er ærlige, går rett på sak og til bunns i det som er problematisk. Det sees på som behandlerens rolle å hjelpe til med dette, selv om det kan være konfronterende. Denne forventningen om direkthet er ikke tilsvarende når bordet er snudd og det er behandlingsrelasjonen og det informantene oppfatter at; behandleren som person er i fokus. Erfaringene med KOR er altså preget av motsetninger; KOR bidrar på den ene siden til at informantene ser sammenhengen i sin egen behandling og opplever at de får større medvirkning i denne, å andre siden opplevdes det som ubehagelig å skulle gi feedback på terapien og noen hadde erfart en reduksjonistisk holdning der en opplevde å bli et tall, et skjema.

Erfaringen av bruken av KOR tydeliggjør det faktum at informanten er i et asymmetrisk maktforhold med sin behandler og institusjonen. Informantene forteller at den makten som behandleren og institusjonen har er utfordrende, det leder til at de holder tilbake informasjon for eventuelle konsekvenser som kan oppstå dersom de til hver tid er ærlige. Slettebø og Askeland skriver i sin rapport at også sosialarbeidere har merket dette i bruken av KOR, at pasienter er bekymret for negative konsekvenser (2013). Enn om vi som mennesker ikke har

til hensikt å bruke makt i møtet med den andre er det «*umulig å unnsnippe det å ha makt over det andre mennesket vi har med å gjøre*» (Løgstrup, 2000, s. 75).

Dialogen med og profesjonaliteten fra behandler gjør at informantene opplever at de har mulighet til å bestille den behandling som de selv mener passer dem. Brukermedvirkning er nedfelt i loven (Sosial og helsedirektoratet, 2005) og for at reell brukermedvirkning skal være mulig så må pasienten systematisk involveres i beslutninger rundt valg i behandlingen (Helsedirektoratet, 2014). Et viktig poeng i bruken av ORS er å “*make sure that the client’s voice is not only heard but remains central*” (Duncan, 2012b s. 96). Fra intervjuene kan man se at informantene erfarer at KOR bidrar til brukermedvirkning på den måten at de kan påvirke hva som skal være i fokus og hvordan behandlingen skal foregå. Dette er i overensstemmelse med klientsentrert terapi og de fellesfaktorer som KOR baserer seg på (Johannessen et al., 1994, Lambert, 2001, Duncan and Sparks, 2008).

Den relasjon informantene har med sine behandlere er noe de løfter frem i intervjuene, hvor viktige de er og den essensielle betydningen de har. Relasjonens betydning er også i samsvar med det Anker et al. (2010) og Lambert og Shimokawa (2011) skriver, at relasjon mellom behandler og pasient påvirker behandlingsresultat. Relasjonen er en av de viktigste faktorer når man ser på fellesfaktorene (Lambert, 2001, Tuseth, 2007, Duncan, 2013). Rosenzweig (2002) løfter frem viktigheten av at behandlerens personlighet treffer pasienten for at pasienten skal oppleve effekt av behandlingen. Et av de momenter man legger vekt ved i bruken av KOR er at dersom pasienten ikke opplever en god relasjon (noe man teoretisk skal kunne måle på SRS) med behandler bør man vurdere å bytte behandler for å lete etter en bedre match (Duncan and Sparks, 2008). Laska og kolleger (2013) mener at uten å ta hensyn til disse fellesfaktorer så får man ikke ut potensialet i behandlingseffekten.

At relasjonen er sårbar erfarer informantene og bekymringen for hvordan relasjonen påvirkes blir løftet frem i intervjuene. Noen av informantene beskriver seg selve som sårbare og er redde for å komme i konflikt. «*I konflikter forskyves vekten fra det saklige til det personlige*» (Løgstrup, 2000, s. 63), at informantens vurderinger av behandlingen skal tas som personlig kritikk av behandleren. Når behandleren tar opp ubehagelige tema som omhandler informanten så er det en forventning om at dette handler om å holde seg til selve saken (Bengtsson, 2006, Dahlberg et al., 2008), det vill si at behandleren og pasienten forholder seg til erfaringen og ikke det personlige.

Flere av informantene erfarte at bruken av KOR hjalp dem til å *se sin egen endringsprosess* og at de *ønsket å bli mer bevisst* sin egen situasjon. Informantene erfarer at de ser noe nytt, noe som er annerledes, de får en utøkt horisont (jmf. Gadamer, 2010). Den klientsentrerte terapien mener at pasienter evner, og har rett til, å finne sin egen vei og at pasienter ønsker endring (Braaten, 1967, Johannessen et al., 1994) noe som er i samsvar med de resultater som fremkom i intervjuene. Å følge pasientens egen endringsteori er viktig for å oppnå gode behandlingsresultater (Duncan and Moynihan, 1994). Forståelse av sin egen utvikling medfører økt motivasjon for behandling, noe som også ble funnet av Riise og kolleger (2012a). Dette kan også henge sammen med at ORS holder fokus på den endring som har skjedd siden sist og peker ut veien videre ut med fokus på fungering på sentrale områder i livet. Koo og Fichbach (2008) konkluderer at når man fokuserer på hva de har oppnådd til nå forsterkes forpliktelsen til sitt eget mål og når man fokuserte på hva man har igjen for å nå målet bidrar det til å få en oversikt på egen progresjon.

Uten at behandlerens rolle har vært fokus i studien kan man likevel se at KOR stiller store krav til den enkelte behandler og systemet for å oppnå hensikten (jmf. Lambert and Shimokawa, 2011, Shaw and Murray, 2014).

Studiens styrker og svakheter

Studien hadde seks informanter som ikke var tilfeldig utvalgt. Dette betyr at resultatene ikke kan generaliseres, men det var heller ikke formålet med denne studien. Man ønsket å snakke med akkurat disse pasienter om deres erfaring med KOR, brukt i akkurat denne settingen. En større fare er at man ikke har fått frem den variasjonen i erfaringer man potensielt kunne ha fått med flere informanter og et større spenn i forhold til alder og symptomer. Guest (2006) mener at man kan oppnå grunnleggende metning av informasjon etter så få som seks informanter men det kan man ikke være sikker på i denne studien.

Et eksempel på dette er at en informant brakte inn en ny erfaring som ikke hadde fremkommet tidligere i datamaterialet. Pasienten hadde erfart at hensikten med KOR, slik den ble formidlet fra behandler, var at dette var noe de måtte gjøre i forbindelse med et forskningsprosjekt som pasienten deltok i. Således kan man si at man ikke har kunnet få kunnskap om erfaringene med KOR, den tid KOR ikke blev brukt som intendert.

Samtidig så vurderes det at denne studien er verdifull da dette er den første dokumentasjonen av pasienters erfaring med KOR i TSB. Bruken av en åpen og eksplorativ fenomenologisk-

hermeneutisk tilnærming har resultert i muligheten til å få frem erfaringer som ikke nødvendigvis er forventet, og dermed ikke kan fanges opp på spørreskjema i effektstudier.

KONKLUSJON

Majoriteten av informantene formidlet en positiv erfaring av bruken av KOR, som har bidratt til brukermedvirkning, økt selvforståelse og validering av egen opplevelse men er også utfordrende for både pasient og behandlere, men på forskjellige måter. Verktøyet forlanger ærlighet av pasientene, en ærlighet som utfordrer både systemet behandlernes kunnskap og holdning. Konklusjonen er at KOR erfares som et svært potent verktøy som må håndteres der etter, med respekt.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke informantene som har gjort studien mulig og henvise til Bjørn som sa at KOR-skjema skulle man ha; *«..hjemme også. Så jeg kunne ha krysset en gang i uken og sammenlignet neste. Det kunne jeg gjerne ha tenkt meg».*

Totalt antall ord: 4419

REFERANSER TIL ARTIKKEL

- ANKER, M. G., DUNCAN, B. L., OWEN, J. & SPARKS, J. 2010. The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, s. 635-645.
- 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, s. 693-704.
- BENGTSSON, J. 2006. *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*, Kristiansand, Høyskoleforl.
- BRAATEN, L. J. 1967. *Klient-sentrert rådgivning og terapi: en systematisk innføring i Carl R. Rogers' psykologi*, Oslo, Universitetsforlaget.
- DAHLBERG, K., DAHLBERG, H. & NYSTRÖM, M. 2008. *Reflective lifeworld research*, [Lund], Studentlitteratur.
- DUNCAN, B. & SPARKS, J. 2008. *I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- DUNCAN, B. L. 2012a. *Bli en bedre terapeut*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- DUNCAN, B. L. 2012b. The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53, s. 93-104.
- DUNCAN, B. L. 2013. The Heart and Soul of Change: Getting Better at What We Do. *The Iowa Psychologist*, Summer 2013, s. 4-5.
- DUNCAN, B. L. & MOYNIHAN, D. W. 1994. APPLYING OUTCOME RESEARCH. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 31, 294-301.
- GADAMER, H.-G. 2003. *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter*, Oslo, Cappelen.
- GADAMER, H.-G. 2010. *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*, Oslo, Pax.
- GRANEHEIM, U. H. & LUNDMAN, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.
- GUEST, G. 2006. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18, s. 59-82.
- HELSEDIREKTORATET 2014. IS- 2076, Sammen om mestring - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. In: HELSEDIREKTORATET (ed.).
- JOHANNESSEN, E., KOKKERSVOLD, E. & VEDELER, L. 1994. *Rådgivning: tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*, Oslo, Universitetsforl.
- KOO, M. & FISHBACH, A. 2008. Dynamics of self-regulation: How (un)accomplished goal actions affect motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 183-195.
- KVALE, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Ad notam Gyldendal.
- LAMBERT, M. J. 2001. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 38, s. 357- 361.
- LAMBERT, M. J. & SHIMOKAWA, K. 2011. Collecting client feedback. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 48, s. 72-79.
- LASKA, K. M., GURMAN, A. S. & WAMPOLD, B. E. 2013. Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy research*, s. 1-15.
- LØGSTRUP, K. E. 2000. *Den etiske fordring*, [Oslo], Cappelen.
- NEBB, A. H., LEJON, R.-M. & WANGBERG, S. C. 2010. *Klient- og resultatstyrt praksis: Erfaringer fra Ruspoliklinikken, UNN. . Skriftserie fra Kompetansesenter rus, Nord-Norge*.
- REESE, R. J., NORSWORTHY, L. A. & ROWLANDS, S. R. 2009. Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: theory, research and practice*, 46, s. 418-431.
- REESE, R. J. R., TOLAND, M. D., SLONE, N., C & NORSWORTHY, L. A. 2010. Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 47, s. 616-630.

- RISE, B. M., ERIKSEN, L., GRIMSTAD, H. & STEINSBEKK, A. 2012a. The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *BMC health services research*, 12, s. 348-360.
- RISE, M. B., ERIKSEN, L., GRIMSTAD, H. & STEINSBEKK, A. 2012b. The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *BMC health services research*, 12, 348-360.
- ROSENZWEIG, S. S. 2002. Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 12, s. 5-9.
- SCHUMAN, D. L., SLONE, N. C., REESE, R. J. & DUNCAN, B. L. 2014. Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, s. 1-12.
- SHAW, S. L. & MURRAY, K. W. 2014. Monitoring Alliance and Outcome with Client Feedback Measures. *Journal of mental health counseling*, 36, s. 43-57.
- SLETTEBØ, T. & ASKELAND, G. 2013. Kvalitetskriterier i sosialfaglig arbeid. *Diakonhjemmet, Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for samfunnsfag*, s.1-57.
- SOSIAL OG HELSEDIREKTORATET 2005. ...og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015). In: HELSEDIREKTORATET, S. O. (ed.) *IS-1162*.
- SUNDET, R. 2012. Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology*, 53, s. 122–130.
- TUSETH, A.-G. 2007. Med 40 års klinisk forskning som veiviser. Oslo: Gyldendal akademisk.
- TUSETH, A.-G., SVERDRUP, S., HJORT, H. & FRIESTAD, C. 2006. Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid. *RBUP rapport*.

Vedlegg 1

Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
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

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

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

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
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.

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

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

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

Vedlegg 2



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Veronica Sørensen	77620758	26.06.2013	2013/1184/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			25.06.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Silje C. Wangberg
Postboks 385

2013/1184 Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i døgntilrettelagt rus

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 25.06.2013. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 22.08.2013.

Prosjektleder: Silje C. Wangberg

Prosjektleders prosjekttale:

Prosjektbeskrivelse og formål for hovedprosjektet finnes under 2011/1924 C Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i døgntilrettelagt rus. Prosjektbeskrivelse for dette delprosjektet er vedlagt.

Formålet med dette delprosjektet er å undersøke pasientenes opplevelser av KOR.

Forskningsetisk vurdering

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å se hvordan pasienter som bruker

KOR, sammen med sin behandler, opplever nytteverdien av skjemaet. Verken prosjektbeskrivelsen eller intervjuguide har som formål å fremskaffe ny viten om helse og sykdom som sådant.

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Komiteen har vurdert forespørsel om framleggelsesplikt med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller

innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningslovens §10,3 ledd og forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette e- brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at tilbakemeldinger til komiteen og prosjektendringer sendes inn på skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>.

Øvrige henvendelser sendes på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

For nærmere informasjon om søknadsfrister hos REK henvises det til REKs saksportal (http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public/frist?p_dim=11926)

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Veronica Sørensen
rådgiver

Kopi til:

Vedlegg 3



Silje C Wangberg
Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk
9038 Tromsø

Deres ref.:

Vår ref.:
2013/4708

Saksbehandler/dir.tlf.:
Per Norleif Bruvold, 77755855

Dato:
22.10.2013

ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.10.2013.
Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

Prosjekt nr: 0372

Erfaringer av å bruke Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Formål: Studiens målsetting er å intervju pasienter (maks 12 stykker) innen Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), om deres erfaring i å bruke Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), en norsk oversettelse av Client-Directed, KOR er et skjema som brukes i ulike terapeutiske sammenhenger (individuell, gruppe, familie, voksne og med barn) for å måle effekten (outcome) av behandlingen og den terapeutiske alliansen i terapi. Verktøyet består av to skjema, Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS). KOR er ikke avhengig av terapeutisk innretning uten kan brukes i all form for terapi. Studiens mål er å bidra til økt forståelse kring pasienters erfaring med å bruke KOR. Det finnes svært lite forskning kring hvordan pasientene erfarer bruken av KOR og om de opplever en nytteverdi, samtidig så øker bruken av KOR innen UNN og i andre deler av hjelpeapparatet. Studien kan tilføye praksisfeltet nyttig informasjon og erfaringer som kan lede til forbedret praksis.
(et underprosjekt til Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgningstitusjon ved Nordlandsklinikken).

Prosjektet er en kvalitetsstudie og inngår som en del av en studentoppgave hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er behandlingsansvarlig. Prosjektleder må være ansatt av UNN.

Prosjekter innenfor medisinsk og helsefaglig forskning igangsatt etter 01.07.2009 skal forhåndgodkjennes av REK. REK godkjenner også fritak fra taushetsplikten samt opprettelse av biobank i henhold til den nye Helseforskningsloven. Personvernombudets

(PVO) rolle er å ha oversikt over forskningsprosjekter samt se til at informasjonssikkerheten og personvernet blir ivaretatt. Helselovgivningen stiller krav til samtykke også for kvalitetsstudier, men dette kan fravikes etter gitte kriterier. PVO vil fremdeles godkjenne behandlings- og kvalitetsregistre.

PVO har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helsepersonelloven § 26, j.fr Personopplysningsloven § 33, 4. avsnitt. Kvalitetsstudier skal fortrinnsvis innhente samtykke fra den registrerte, men kan fravikes når tungtveiende grunner vanskeliggjør/ikke er tilrådelig for en slik innhenting. Godkjennelse fra REK er heller ikke nødvendig.

PVOs anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i selve meldingen, i øvrig korrespondanse og samtaler samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter. Videre forutsettes det at data anonymiseres etter prosjektavslutning ved at kodelista slettes, jfr. Pkt 8.6 i meldeskjemaet samt at tilgang til kodelista tillegges prosjektleder.

Det er opprettet et eget område (mappe) på [\\asterix7\felles.avd\forskning](#) (o:\) med navn **0375** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres. Tilgang til dette området er begrenset til kun prosjektleder og den som prosjektleder definerer.

I tillegg er det opprettet et område på [\\asterix7\felles.avd\forskning\key](#) med navn **0375N** hvor nøkkelfil skal oppbevares og som bare prosjektleder har tilgang til.

PVO vil også kunne få tilgang til området, jfr pkt. 8.5 i meldeskjema.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding (remelding) dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig innen 3 år og som ligger til grunn for PVOs anbefaling.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen må det meldes særskilt i hvert enkelt tilfelle.

PVO ber om tilbakemelding når registret er slettet.

Med hjemmel etter Personopplysningslovens forskrift § 7-12 godkjenner PVO at behandlingen av personopplysningene kan settes i gang med de endringer som er nevnt i dette skriv.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Per Bruvold
Sikkerhetssjef IKT/Personvernombud

Kopi: Klinikksjef Grete Furu

Vedlegg 4



KoRus-Nord

Kompetansesenter rus, Nord-Norge
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN



Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet;

"Erfaringer av å bruke Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nordlandsklinikken"

Bakgrunn og hensikt

Du er nå med i et forskningsprosjekt som heter «*Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon ved Nordlandsklinikken*». Dette er en forespørsel for om du ønsker å delta i et underprosjekt (mastergradsprosjekt) om hvordan du opplever bruken av KOR. Det finnes svært lite forskning på hvordan pasienter som bruker KOR, erfarer bruken av KOR, noe som jeg håper at prosjektet skal kunne gi noen svar på.

Hva innebærer studien?

Dersom du velger å delta i studien så kommer jeg til å kontakte deg når du er på Nordlandsklinikken, for å avtale et tidspunkt for et intervju på Nordlandsklinikken. Intervjuet/samtalen vil vare cirka 1 time. Vi kommer å sitte på et kontor og jeg kommer at å spille in intervjuet. Jeg kommer at spørre deg om dine erfaringer kring bruken av KOR.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Etter intervjuet kommer jeg til å transkribere (renskrive) intervjuet, lydopptaket blir da slettet. Jeg vil etterpå analysere din og de øvrige informantenes respons. Alt materiell kommer til å behandles uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. Det er kun jeg som vil ha tilgang til dine personlige opplysninger. Fiktive navn kommer til å brukes og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien, når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien kan du kontakte undertegnet (Rose-Marie Lejon) på telefonnummer 911 54 620.

Retten til innsyn

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til innsyn. Det betyr at du kan se hvilke opplysninger som er registrert på deg.

Jeg håper at du finner prosjektet interessant og at du ønsker å delta. Dersom du vill delta så fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og gir det til personen som informerte deg om prosjektet. Jeg blir deretter kontaktet og jeg i min tur kontakter deg for å avtale tidspunkt for intervju.

Med vennlig hilsen

Rose-Marie Lejon
Mastergradsstudent i psykisk helse

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet

"Erfaringer av å bruke Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nordlandsklinikken"

Jeg (skriv ditt navn her).....

Har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet.

Det betyr at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent, Rose-Marie Lejon, til intervju om mine erfaringer rundt bruken av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR).

Min deltakelse er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltakelse.

.....

Sted

.....

Dato

.....

Signatur

.....

Telefonnummer/Mobilnummer

.....

E-post

Vedlegg 5

Intervjuguide – semistrukturert

Tematisk guide	Mulige spørsmål	Mulige oppfølgingsspørsmål
Ramme in konteksten	Alder Tidligere vært i behandling innen TSB? Hvor mange ganger (cirka) har du brukt KOR? Har du brukt KOR et annet sted enn her ved Nordlandsklinikken?	
KOR	Kan du fortelle hvordan du har forstått meningen med KOR?	Hvordan forklarte personalet hensikten / meningen med KOR? Kan du si noe mere om dette?
	Hvilke fordeler er det med KOR?	Kan du si noe mere om dette?
	Hvilke ulemper er det med KOR?	Kan du si noe mere om dette?
Erfaringer	Kan du fortelle om siste gangen du brukte KOR?	Når var det? Endret det noe? Hvordan var det? Kan du si noe mere om dette? (Oppsummere svaret)
	Kan du fortelle om hvordan det er for deg når du bruker KOR?	For hvem sin del tenker du at KOR er viktig, din eller personalets? Hvorfor tror du at det er sånn? Kan du si noe mere om dette? (Oppsummere svaret)
	Tror du KOR har noe å si for behandlingen din?	Kan du beskrive hvordan/ hvorfor ikke? Kan du si noe mere om dette? (Oppsummere svaret)
	På hvilken måte blir din respons på KOR-skjemaet ivaretatt i behandlingen	Blir du hørt? Kan du si noe mere om dette? (Oppsummere svaret)
Øvrig	Er det noe annet du tenker er viktig å fortelle i forhold til KOR?	Kan du si noe mere om dette? (Oppsummere svaret)