



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Relasjon og brukermedvirkning i psykisk helsearbeid
Relationship and user participation in mental health
work.

Trine Merethe Betten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 18.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ole David Brask

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato:

Antall ord: 9531

Forord

Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med avslutningen av en fireårs periode som student på desentralisert vernepleierstudie ved Høgskolen i Molde, våren 2022.

Skriveprosessen har vært utfordrende og tidvis krevende å kombinere med full stilling, men den har også vært spennende og lærerik. Jeg ønsker å rette en stor takk til mine nærmeste som har backet meg opp og støttet meg gjennom denne fireårs perioden, til arbeidsgiver som har tilrettelagt og bidratt økonomisk, samt til veileder Ole David Brask for god veiledning i skriveprosessen.

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling	3
2.1	Avgrensning	3
3.0	Metode	4
3.1	Kildekritikk	5
3.2	Forforståelse	6
4.0	Relevans	8
5.0	Litteraturgjennomgang	9
5.1	Brukermedvirkning	9
5.2	Relasjonsarbeid	12
5.3	Brukerperspektivet	14
5.4	Recovery	15
5.5	Kommunalt psykisk helse og rusarbeid.....	16
5.6	Feedback.....	18
5.7	Tilbakemeldingsverktøy	19
5.8	Feedback informed treatment (FIT)	21
6.0	Drøftingsdel	26
6.1	Oppsummering av funn	26
6.2	Tilbakemeldingsverktøy og brukermedvirkning	26
6.3	Tilbakemeldingsverktøy og relasjon	27
7.0	Avslutning og refleksjon	30
8.0	Litteraturliste.....	31

1.0 Innledning

Tema for denne oppgaven er relasjon og brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, og perspektivet jeg ønsker å legge til grunn er brukerperspektivet. Målet med oppgaven er at jeg ved hjelp av teori og forskning ønsker å belyse ulike sider ved relasjonen mellom hjelper og bruker. Gjennom besvarelsen vil jeg legge vekt på hva hjelperen kan gjøre for å bidra til en god relasjon.

Ifølge Hubble, Duncan og Miller (1999) er det ikke nødvendigvis systematikken i behandlingen som skaper grunnlaget for at det skjer en endring, men relasjonen mellom tjenesteyter og bruker. Relasjonen mellom hjelper og bruker er med andre ord den mest virksomme faktor for endring i psykoterapeutisk behandling (Snoek og Engdal 2017). I forlengelsen av dette ønsker jeg å trekke inn bruk av tilbakemeldingsverktøy i min besvarelse. Det finnes ulike typer tilbakemeldingsverktøy, men i denne oppgaven er det tilbakemeldingsverktøyet Feedback Informed Treatment (FIT) jeg ønsker å legge vekt på. Klient og resultatstyrt praksis (KOR) er et tidligere brukt navn på FIT, og jeg ser det brukes i noen grad enda. I denne oppgaven velger jeg å benytte benevnelsen FIT gjennomgående.

En studie utført av Reese, Norsworthy og Rowlands (2009) viser at pasienter som benyttet tilbakemeldingsverktøy i behandlingssammenheng hadde en betraktelig bedring i forhold til behandlingsutbyttet sammenlignet med pasienter som ikke benyttet dette verktøyet.

FIT benytter to spørreskjema som bruker skal svare skriftlig på. Det ene kalles Session Rating Scale (SRS), her skal brukeren svare på spørsmål knyttet til behandlingsalliansen og relasjon mellom bruker og hjelper. På bakgrunn av informasjon hjelperen får fra SRS skjema er målet at hjelperen setter i verk tiltak dersom svarene gir en lav score, da dette tyder på at bruker opplever alliansen og relasjonen som dårlig (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse 2016). I et intervju med spesialist i klinisk psykologi, Morten Anker, som for øvrig står for den norske versjonen av OSR og SRS skjemaene kommer det fram at Anker mener at det sentrale ved disse skjemaene er brukermedvirkningen. Scoringene fra skjemaene benyttes som et samtaleverktøy, og brukers ønsker i forhold til hva slags hjelp de ønsker blir sentralt i det videre samarbeidet (Ulvestad m.fl 2007).

Helsedirektoratet (2014) legger vekt på økt brukerinnflytelse, og skriver at brukeren skal være viktigste aktør når det kommer til utvikling av helse- og omsorgstjenester, i tillegg til at den enkelte er sentral aktør når det kommer til egen bedringsprosess og behandling.

Retten til medvirkning er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3, dette betyr at brukerens ønsker og behov skal ligge til grunn for beslutninger som blir tatt i forhold til tjenestetilbudet som skal gis. På denne måten vil tjenestetilbudet være tilpasset den enkeltes behov, men det vil også ha en terapeutisk effekt ifølge helsedirektoratet (2014).

Ved å ivareta brukerkompetansen så styrkes brukerens mestringsevne, samtidig som brukeren får makt og innflytelse over eget liv. Ved å benytte FIT for å innhente brukerens opplevelse av behandlingen og relasjonen får brukeren en aktiv medvirkning, samt at hjelperen ved å legge vekt på disse tilbakemeldingene formidler tro på brukerens ressurser og forståelse (Ulvestad m.fl 2007).

Et stort problem innenfor behandling av psykiske lidelser betegnes i litteraturen som «dropout» (helsedirektoratet 2014).

Duncan og Sparks (2008) hevder at 47% av alle som starter i behandling, faller ut av behandlingen. Forfatterne trekker fram pasientens opplevelse av relasjon og samarbeid med behandler, og pasientens opplevelse av bedring tidlig i behandlingsforløpet to faktorer som er avgjørende for om pasienten fortsetter behandlingen. Det kommer også fram at pasienter som skriftlig eller elektronisk benytter skjema som for eksempel ORS og SRS i sin tilbakemelding i forhold til relasjon og opplevd framgang i snitt øker sjansen for bedring med 65% (Ulvestad m.fl 2007).

2.0 Problemstilling

Tema for denne litteraturstudien er tilbakemeldingsverktøy, relasjon og brukermedvirkning. Problemstillingen jeg har valgt er som følger:

«Betydningen av tilbakemelding og brukermedvirkning i relasjon mellom hjelper og bruker». Ut ifra denne problemstillingen ønsker jeg å belyse ulike sider av brukermedvirkning og relasjon, med særlig vekt på hva hjelperen kan gjøre for å bidra til en god relasjon mellom bruker og hjelper. Målet er at leseren skal få en innsikt i hva som kan bidra til en god relasjon. Jeg ønsker også å presentere utvalgte tilbakemeldingsverktøy som eksempel på hvordan tilbakemelding kan settes i system.

2.1 Avgrensning

Psykisk helse og rus feltet er stort, og rommer mange ulike tjenester. Målgruppen jeg ønsker å ta utgangspunkt i er voksne personer med psykiske lidelser, som mottar hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

3.0 Metode

Aubert (1985) definerer metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2012, 111).

Ifølge Dalland (2012) er metoden man velger beskrivende for hvordan forskeren skaffer seg kunnskap om valgt tema, og hvordan kunnskapens gyldighet blir kontrollert.

Utarbeidelsen av denne oppgaven er basert på litteraturstudie, som betyr at empirien bygger på allerede eksisterende tekster. Metoden jeg har benyttet er en kvalitativ metode, som betyr at innsamlet data ikke lar seg tallfeste eller måles. Aadland (2004) hevder at den kvalitative tilnærmingen har sitt utspring i et hermeneutisk perspektiv på bakgrunn av at forskeren fortolker allerede eksisterende tekster. Videre skriver forfatteren at forskeren bør ha en nysgjerrig, åpen og fleksibel tilnærming til innsamlet data, men at man bør være kritisk i sin utvelgelse av data hvis ikke vil etterarbeidet kunne bli krevende. Et viktig perspektiv innen hermeneutikken er at forskeren er bevist sin egen forforståelse av valgt tema da den kan påvirke vår tolkning eller utvelgelse av innsamlet data (Aadland 2004).

Dalland (2012) hevder at målet med å søke etter litteratur er å få en oversikt over hva som allerede er skrevet om valgte tema. Når jeg har gjort litteratursøk knyttet til denne oppgaven har jeg benyttet databasen Oria. Flere av mine søk i Oria har ført meg videre til databasen Idunn. I tillegg har jeg benyttet søkemotoren Google scholar. I databasen Oria fant jeg 2 masteroppgaver som hadde Feedback Informed Treatment som tema. Ved å se gjennom litteraturlisten til disse oppgavene fikk jeg tips om blant annet boken til Susanne Bergmann «Feedback informed treatment, en grundbog». Boken beskriver FIT som verktøy, og implementering av FIT i praksis. Den er også basert på bruk av FIT i ulike behandlingskontekster. Videre ble jeg tipset om boken til Guro Øiestad «Feedback». Denne har jeg valgt å ta med på grunn av bokens beskrivelse av hvorfor feedback eller tilbakemelding er viktig. Jeg fant flere artikler som handler om tilbakemeldingsverktøy, og for å sikre at disse var reliable og valide valgte jeg å se nærmere på artikler som var fagfelleurdert.

På Oria fant jeg en fagfelleurderte tidsskrift som er skrevet av Valla (2009) og handler om psykisk helsehjelp på brukerens premisser. I denne artikkelen omtales bruk av FIT, og

det ble tipset om boken til Duncan og Sparks (2008). Denne boken er en grundig innføring i FIT. Videre fant jeg en fagfelleverdert fagartikkel med overskriften «Kan FIT bidra til økt brukermedvirkning og med dette til bedrings- og mestringsprosesser i terapi?». Det er Karlsson, Sundet og Olkowska (2018) som står bak denne fagartikkelen, og jeg velger å ta med denne på bakgrunn av at den inneholder mye relevant informasjon i forhold til min problemstilling.

Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) var en nettside som jeg kom over i søk etter relevant litteratur. Her fant jeg flere artikler om tilbakemeldingsverktøy som var av interesse for min oppgave. Aadland (2013) poengterer at forskeren innenfor en kvalitativ studie må være åpen, nysgjerrig og fleksibel, men det vil likevel være viktig at man er kritisk til utvelgelsen av innsamlet data. Hvis ikke vil etterarbeidet bli krevende (Enderud 1979, sitert i Aadland 2013).

Når jeg har søkt etter litteratur i nevnte databaser har jeg benyttet søkeord som: FIT, feedback informerte tjenester, tilbakemeldingsverktøy, feedback informed treatment, KOR, klient og resultatstyrt praksis og feedback.

3.1 Kildekritikk

Å utøve kildekritikk handler om å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir benyttet i oppgaven, i tillegg til at relevans blir vurdert. Ved at man er kritisk til valgt litteratur, har man mulighet til å skille verifiserte opplysninger fra hypoteser (Dalland 2012).

Det har vært utfordrende å finne forskning i forhold til valgt tema, men jeg har funnet flere skriftlige artikler om ulike tilbakemeldingsverktøy.

Ifølge Dalland (2012) kan en utfordring med pensum og fagstoff være at det ofte er sekundærlitteratur. Dette innebærer at den opprinnelige teksten for eksempel kan være oversatt eller bearbeidet, og muligheten for at det opprinnelige perspektivet eller innholdet har blitt endret er til stede.

Når det gjelder vurdering av validitet så har jeg tatt utgangspunkt i Dalland (2012) sine referanser og vurdert gyldighet, holdbarhet og relevans. For å vurdere relevans har jeg sett på om kilden kan belyse valgt problemstilling og tema for oppgaven. Jeg har på bakgrunn

av dette valgt å benytte pensum og tekster som handler om tilbakemeldingsverktøy, relasjon og brukermedvirkning da dette er nøkkelord som jeg ønsker å belyse. Gyldighet er vurdert ut ifra årstall tekstene er publisert, på denne måten kan jeg forsikre meg om at det er dagsaktuelt. Det skal likevel nevnes at jeg har valgt å ta med kilder som ikke er nye på bakgrunn av relevans for oppgaven, og mangel på nyere utgivelser. Jeg har også vurdert gyldighet ut ifra hvem som har skrevet teksten, og hva som er formålet med teksten. De tekstene jeg har benyttet har vært skrevet av fageksperter innen feltet psykisk helse- og rus, og på bakgrunn av dette er de vurderer som gyldige.

Som nevnt tidligere så fant jeg mye litteratur i form av artikler på hjemmesiden til Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA). Nettstedet deler forskningsbasert kunnskap, i tillegg til praksiserfaringer fra brukere, pårørende og fagpersoner på oppdrag fra Helsedirektoratet. Jeg anser derfor artikler fra dette nettstedet som både relevant og troverdig. Pensumbøker som er benyttet vurderes også som relevante og troverdige på bakgrunn av at de belyser min problemstilling, og i tillegg er de benyttet som pensum gjennom studiet. Jeg er klar over at noe av denne litteraturen er sekundærkilder, men har likevel valgt å ta den med i oppgaven på bakgrunn av relevans og mangel på primærlitteratur.

Fagartikler og tidsskrift som jeg fant på Oria, var alle fagfellevurderte tekster og dermed kvalitetssikret. At en artikkel er fagfellevurdert vil si at det stilles strengere krav til innhold og form, artikkelen blir også godkjent og vurdert av eksperter innenfor fagområdet (Dalland 2012).

3.2 Forforståelse

Vår forforståelse bygger på sosial og kulturell bakgrunn, samt erfaringer vi har gjort oss (Brodtkorb og Rugkåsa 2009).

Tranøy (1986) hevder at vi alle har en fordom eller forforståelse som vi bringer med oss inn i alt vi gjør. Vi har med andre ord allerede en mening om fenomenet før vi overhode har undersøkt det. Dette er vår forforståelse (Dalland 2012).

Bakgrunn for valg av tema er at jeg for en tid tilbake var på en fagdag hvor nettopp tilbakemeldingsverktøy var på agendaen, samt at enhet psykisk helse og rus som jeg jobber

i skal innføre dette verktøyet i behandlingssammenheng. På bakgrunn av dette har jeg et ønske om å sette meg grundig inn i dette verktøyet, og forhåpentligvis få mere kunnskap om hvordan man kan benytte dette i samspill med brukeren. Personlig er jeg også opptatt av at brukermedvirkning skal ivaretas, og at tjenesteyter evner å innta et brukerorientert fokus i behandling av pasienter med en psykisk lidelse.

I et historisk perspektiv så har det vært en enorm utvikling i behandlingen og forståelsen av psykisk sykdom, fra at personer med en psykisk lidelse tidligere ble stuet bort på asyl og sett på som «gale», de ble utsatt for lobotomi og andre uretter, til at det i dag er blitt mere åpenhet, aksept og forståelse rundt begrepet psykisk lidelse. Med dette sagt så er det fortsatt en vei å gå for å få bort stigma rundt personer med en psykisk lidelse. Dette nevnes også av Snoek og Engdal (2017) som skriver at psykiske lidelser fortsatt oppleves som et stigma og merkelapp.

Min forforståelse bygger på erfaringer jeg har gjort etter å ha jobbet en årrekke innenfor feltet rus og psykiatri i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tjenesteyter glemmer ofte å ivareta brukermedvirkningen i en hektisk hverdag. Dette kan dreie seg om noe så enkelt som å spørre brukeren hva vedkommende ønsker som pålegg på brødskiva, og ikke bare smøre på noe og servere. Det blir gjort bestemmelser i brukerens liv, uten at brukeren selv har fått delta eller kommet med sine ønsker og meninger.

En annen oppfatning jeg har gjort meg er at personer med en psykisk lidelse og/eller ruslidelse ofte ikke blir hørt eller lyttet til når det kommer til behandling. Dette har jeg erfart flere ganger gjennom de 12 årene jeg har jobbet i kommunal psykiatritjeneste. Mitt inntrykk er at denne brukergruppen i møte med hjelpeapparatet ofte kommer til kort, og at de alt for ofte resignerer istedenfor å stå opp for seg selv. Jeg har selv erfart at brukere i møte med blant annet spesialisthelsetjenesten har bedt meg om å snakke for de på bakgrunn av at de opplever å ikke bli hørt eller tatt seriøst når de selv står for kommunikasjonen. Hvis brukeren på kunne komme med sine ønsker og behov i form av en elektronisk eller skriftlig tilbakemelding til hjelperen, samtidig som hjelperen ser på brukeren som en likeverdig part med ressurser og kunnskap er min oppfatning at dette ville bidra til at brukeren ble en mer aktiv part i samspillet.

4.0 Relevans

På bakgrunn av aktuelle lovverk, og nasjonale føringer som trekker fram brukermedvirkning som en lovfestet rett innenfor helse- og omsorgstjenestene anser jeg tema for denne oppgaven som dagsaktuelt og relevant. Det er også stadig et spørsmål om å effektivisere tjenestene innenfor helse- og omsorgssektoren, og ifølge Duncan og Sparks (2008) kan tilbakemeldingsverktøy bidra til å effektivisere behandlingen ved at hjelperen får systematisk tilbakemelding fra bruker på om hjelpen virker. På denne måten kan hjelper tilpasse seg bruker, og slipper å bruke unødig tid på å gi hjelp som ikke har noen effekt.

Fellesorganisasjonen (2015) skriver følgende i yrkesetisk grunnlagsdokument: yrkesutøverens arbeid skal ta utgangspunkt i brukerens egne verdier, kunnskap og ressurser. De har ansvar for å påse at tiltak og tjenester ikke bidrar til å umyndiggjøre brukerne. Videre skriver de at det er en forutsetning at tjenesteyter har evne til etisk refleksjon i arbeidet (fellesorganisasjonen 2015, 3). I henhold til FN's menneskerettighetserklæring nevnes blant annet menneskeverd og menneskesyn som etisk grunnlag for tjenesteutøveren.

En vernepleier har både helse- og sosialfaglig kompetanse, og er den eneste profesjonen hvor dette er kombinert (Fellesorganisasjonen 2017).

Nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen slår fast at en vernepleier skal være brukerorientert og reflektert, og man er kvalifisert til å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (Kunnskapsdepartementet 2019).

Hvis man tar utgangspunkt i Brask, Østby og Ødegaard (2016) sin teori om vernepleierens kjerne roller, så skal en vernepleier være samhandlingsorientert med vekt på dialog og brukerperspektivet i partnerrollen. I ansvarsrollen trekkes handlingsplikten som vernepleieren i lys av sin rolle som helsepersonell er underlagt jmf §4 i helsepersonelloven fram. Tverrprofesjonelt samarbeid er et nøkkelord i forhold til brobyggerrollen, og engasjement til å bygge ned funksjonshemmede barrierer er et fokusområde i forhold til pådriverrollen.

5.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant litteratur knyttet til valgt tema og problemstilling, og har valgt å utdype disse begrepene: brukermedvirkning, relasjonsarbeid, brukerperspektiv, recovery, kommunalt psykisk helsearbeid, feedback, tilbakemeldingsverktøy, feedback informed treatment (FIT).

Begrepene som utdypes i den videre besvarelsen er valgt ut på grunn av relevans for besvarelsen. Brukermedvirkning og relasjonsarbeid er valgt på bakgrunn av at det er tema for besvarelsen, og målet med litteraturgjennomgangen av disse begrepene er at jeg skal forsøke å knytte verdien av tilbakemeldinger opp imot betydningen av relasjon og brukermedvirkning. Brukerperspektivet er tatt med på grunn av at dette er perspektivet jeg har valgt å ta utgangspunkt i når jeg har skrevet oppgaven. Recovery er tatt med på bakgrunn av at det ofte er et perspektiv som benyttes i kommunal psykisk helse og rustjeneste.

Feedback, tilbakemeldingsverktøy og FIT er utdypet for at leseren skal få et innblikk i betydningen av feedback og tilbakemeldingsverktøy.

5.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av beslutninger, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukernes ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud (helsedirektoratet 2014, 17).

Brukermedvirkning dreier seg i stor grad om at brukeren er delaktig i utformingen av tjenestetilbudet. Dette kan dreie seg om at brukeren skal kunne påvirke hvordan tjenestetilbudet skal utformes, medvirke i behandlingsprosessen, samt at brukeren skal kunne komme med tilbakemelding på hvordan brukeren selv opplever at behandlingsopplegget fungerer (Brodtkorb og Rugkåsa 2017).

Snoek og Engdal (2017) skriver at det er en forventning om at brukeren skal ta aktiv del i egen bedringsprosess, og for at vedkommende skal være i stand til å ta egne beslutninger og medvirke i behandlingen er kunnskap avgjørende. Dette innebærer at det stilles krav til at helsepersonell formidler sine kunnskaper til brukeren på en forståelig måte.

Det er innledningsvis i denne oppgaven nevnt at retten til medvirkning er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3.

En aktiv involvering av brukeren når det kommer til valg av behandling og tjenester er en demokratisk rett, og en politisk og faglig målsetning. Når brukerens kunnskap spiller en aktiv rolle i utformingen av tjenestetilbudet, og brukeren blir betraktet som en likeverdig part i diskusjoner og beslutninger som angår vedkommende evner man å ivareta brukermedvirkningen. I kvalitetssikring av tjenestene spiller brukeren en sentral rolle, for det er kun brukeren som kan gi tilbakemelding på hjelpen virker (Helsedirektoratet 2014). Helsedirektoratet (2014) skriver at tjenestene skal ha en brukerorientert tilnærming, noe som kan føre til at tjenestene må ta i bruk nye arbeidsmetoder. I denne forbindelse nevne samtaleverktøy som en arbeidsmetode. Artikkelen til Olkowska med kolleger fra 2018 hvor målet blant annet var å undersøke om FIT kan bidra til økt brukermedvirkning, trekker fram at FIT kan benyttes som et samtaleverktøy for å bidra til at brukermedvirkningen blir ivaretatt.

Brukermedvirkning på individnivå kan for eksempel være å arbeide recovery orientert, hvor brukeren blir sett på som en ressurs, og relasjonen mellom hjelper og bruker bygger på likeverd og tillit. Et annet eksempel på brukermedvirkning på individnivå kan være å bruke tilbakemeldingsverktøy i samtale mellom bruker og hjelper. FIT kan være et eksempel på et tilbakemeldingsverktøy som kan benyttes i denne sammenheng, på denne måten får brukeren mulighet til å gi en skriftlig tilbakemelding på hvordan hjelpen som mottas oppleves og om hjelpen oppleves som nyttig. I tillegg får brukeren komme med tilbakemelding på hvordan relasjonen mellom bruker og hjelper oppleves (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2021).

Det finnes flere politiske dokument som omtaler brukermedvirkningen. St.meld nr. 25 (1996-1997) slår fast at brukermedvirkning skal være et overordnet mål innen helse- og omsorgstjenestene. Og i opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008) blir brukermedvirkning trukket fram som en nødvendig forutsetning for godt psykisk

helsearbeid. Ulvestad m.fl (2007) poengterer at tjenesteyter må legge vekt på behandlingsformer som sikrer brukervedvirkningen, hvis ikke vil det som er nedfelt i disse planene kunne bli tomme ord. En klient og resultatstyrt praksis som innhenter skriftlige tilbakemeldinger fra brukeren i form av standardiserte spørreskjema på hvordan brukeren opplever hjelpen som gis og hvor brukeren gir systematiske tilbakemeldinger på opplevd behandlingsallianse og relasjon til hjelper, kan bidra til å ivareta brukervedvirkningen ifølge en doktorgrad om emnet tilbakemeldingsverktøy skrevet av Runar Tengel Hovland (2020).

I en rapport om kommunalt psykisk helsearbeid for 2021 utviklet av Sintef kommer det fram at 81 prosent av landets kommuner i stor eller svært stor grad sikrer brukervedvirkning på individnivå. Andel av kommuner som bekrefter at brukervedvirkning blir i varetatt i samme grad på systemnivå ligger på 34 prosent. I den samme rapporten kommer det fram at 64 prosent av kommunene i 2021 har benyttet tilbakemeldingsverktøy i samhandlingen mellom bruker og behandler for å få en systematisk tilbakemelding på brukererfaringer (Ose og Kaspersen 2021).

Ulvestad m.fl (2007) trekker fram brukervedvirkning både i planleggingen av behandlingen, utførelsen og evalueringen som avgjørende for om behandlingen oppleves som vellykket.

Folkehelseinstituttet (FHI) (2021) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et forskningskart, hvor målet var å få fram effekten av brukervedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet. Her kommer det fram at brukervedvirkningen innenfor dette fagfeltet er lite systematisert, og i mange tilfeller ikke innarbeidet som en del av tjenestetilbudet i norske kommuner. FHI skriver videre at tjenestemottakere innenfor psykisk helse- og rusfeltet gir tilbakemelding om mangelfull innflytelse i behandlingen. Systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy er nevnt som metode for å ivareta brukervedvirkningen (Folkehelseinstituttet 2021). Ved at tjenestene tar i bruk standardiserte tilbakemeldingsverktøy er tanken at hjelper skal kunne innrette hjelpen som gis ut ifra svarene som brukeren gir på for eksempel skjema som benyttes ved bruk av FIT som tilbakemeldingsverktøy. På denne måten får brukeren innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet (Duncan og Sparks 2008).

Forskningsleder Terje Tilden ved Modum Bad har i 2017 skrevet en artikkel som er publisert på psykologisk.no. Her skriver han følgende: «De som søker hjelp hos profesjonelle helse- og omsorgsarbeidere har lovbestemt rett til brukermedvirkning. Som profesjonell yrkesutøver har man tilsvarende plikt til å legge til rette for at brukeren kan nyttiggjøre seg av denne retten». Tilden (2017) skriver videre at det ikke nødvendigvis er åpenbart hvordan man kan innlemme denne retten i klinisk praksis, selv om de profesjonelle hjelperne er enige i prinsippene om brukermedvirkning. Forfatteren trekker fram at bruk av systematisk tilbakemelding fra brukerne i form av tilbakemeldingsverktøy, har vist seg å være en konkret måte å styrke brukermedvirkningen på. Tilbakemeldingen innebærer at brukeren hyppig og underveis i behandlingen skriftlig svarer på relevante spørsmål knyttet til terapien på en standardisert og systematisk måte. Eksempel på dette kan være online spørreskjema som for eksempel FIT og NORSE benytter. Tilden (2017) hevder at brukermedvirkningen styrkes spesielt i de tilfeller hvor hjelper deler informasjon fra tilbakemeldingene med brukeren, og at de i fellesskap tolker og reflekterer over svarene som brukeren ga på nettbasert spørreskjema.

5.2 Relasjonsarbeid

«Begrepet relasjon kommer av det latinske *relatio*, som egentlig betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I helsefaglig sjargong brukes gjerne begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker» (Eide og Eide 2017, 17).

«Behandlingsalliansen eller den terapeutiske allianse trekkes fram som et kjennetegn på relasjon mellom bruker og hjelper, her etableres en felles forståelse for det videre arbeidet og hvordan de skal gå fram for å nå målet. For å skape en god relasjon må tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd stå sentralt» (helsedirektoratet 2014, 68). Skutle (2014) skriver at det er flere undersøkelser som viser til at relasjonen mellom hjelper og bruker er sentralt for å kunne gi best mulig hjelp. Kjernen er å etablere en felles forståelse av mål, og hvordan man skal arbeide for å nå disse målene. Her trekkes FIT fram som et godt verktøy som kan bidra til at hjelperen holder fokus på relasjonen og samarbeidet med brukeren, gjennom systematiske tilbakemeldinger fra brukeren på opplevelsen av behandlingsalliansen og relasjonen.

Duncan og Sparks (2008) hevder at bruk av tilbakemeldingsverktøyet FIT hvor brukeren sine vurderinger på opplevd framgang blir hensyntatt ved at hjelper innretter seg og tilrettelegger hjelpen ut ifra disse tilbakemeldingene, er viktig med tanke på relasjonen mellom tjenesteyter og bruker. I tillegg til at det er av betydning for endringsarbeidet. Ved at brukeren benytter SRS skjema som er tilknyttet tilbakemeldingsverktøyet FIT i sin tilbakemelding på hvordan vedkommende opplever relasjonen, kan hjelper benytte disse tilbakemeldingene i samtale med brukeren og videre tilpasse seg og gjøre endringer for å bedre relasjonen hvis det avdekkes at brukeren opplever relasjonen som dårlig (Bergmann 2017).

Bruce Wampold (2012) som er en av verdens fremste forskere på psykoterapi uttaler i et forskningsintervju at relasjonen mellom klient og terapeut er den viktigste faktoren for en vellykket behandling. Wampold (2012) presiserer at relasjon handler om båndet mellom klient og terapeut, i tillegg til at det innebærer en felles forståelse om oppgaver og mål. I intervjuet kommer det fram at forskeren stiller seg kritisk til Scott Miller sin teori om FIT. Wampold (2012) hevder likevel det er viktig å ta utgangspunkt i klientens sine forventninger i terapien, men at det blir feil å si at klienten styrer terapien. Bakgrunnen for dette er hans oppfatning av at klienten kommer til terapi for å få hjelp fra en fagekspert-terapeuten, og betegner terapien som en felles innsats og et samarbeid (psykologiforeningen 2012).

Røkenes og Hansen (2002) viser til en metaanalyse utført av Smith og Glass (1977) og hevder at relasjon mellom mennesker er av større betydning for virkningen av behandlingen enn selve metoden og teknikker som benyttes. Ordet terapeutisk allianse benyttes ofte om relasjon mellom bruker og behandler.

Sælør og Bjercknes (2018) skriver at en god relasjon mellom bruker og hjelper ofte er viktigere enn metoden som benyttes i psykoterapien. I tillegg trekker forfatterne frem relasjonens betydning som en viktig faktor for å forutse om hjelpen fører frem. Sterke relasjoner med vekt på gjensidighet kan bidra til endringer hos brukeren. Eide og Eide (2017) hevder også at relasjonens betydning er like viktig som metodikken på bakgrunn av at det ifølge forfatterne er lite som tyder på at en bestemt metode er mer effektiv enn en annen.

Skau (2017) hevder at relasjonen først og fremst skal tjene brukeren i vår profesjonsutøvelse. Likevel hevder forfatteren at i enkelte tilfeller blir tillitsforholdet som

er knyttet til posisjonen man har som yrkesutøver grovt misbrukt av profesjonsutøveren. I de tilfeller hvor profesjonsutøveren misbruker sin makt ved å bruke sårbare og utsatte grupper mennesker for å tilfredsstille egne behov, krenkes menneskeverdet og hjelpeapparatets integritet. For å unngå dette er det viktig at den profesjonelle hjelperen balanserer egen yrkesstolthet mot en grunnleggende holdning om at man ikke er feilfri og at man kan lære av andre, og at tilbakemeldinger fra andre er av betydning i forhold til kvalitetssikringen av yrkesutøvelsen (Skau 2017).

Vatne (2006) skriver at en relasjon som er basert på gjensidighet er en samhandlingsmåte hvor man deler. Med andre ord er det ikke bare hjelperen som gir, og brukeren som tar imot. Dette bidrar til å opprettholde en gjensidighet og anerkjennelse.

Hjelper-bruker relasjonen er kjernen i det å gi omsorg. Omsorg for lidende mennesker handler om å kommunisere medmenneskelighet, respekt for menneskets egen verdi og et ønske om å hjelpe og forstå. Maktdimensjonen som utøves i en omsorgsrelasjon kan imidlertid være en barriere for gjensidig kommunikasjon og forståelse. Gir hjelperen omsorg til brukeren ut ifra det vi tror er brukerens beste, uten at vi har utforsket omsorgsbehovene sammen med brukeren, er omsorgen fundert i en ensidig relasjon. Det vil si at hjelperen tar seg makt til å definere hva som er både problemet og hjelpsomme handlinger (Vatne 2006, 207).

Ifølge Vatne (2006) viser forskningsstudier at brukere lettere evner å følge et behandlingsopplegg dersom det etableres en relasjon som baseres på tillit og allianse mellom hjelper og bruker. Forfatteren skriver videre at det på bakgrunn av dette ikke nødvendigvis er motsetningen mellom forhold som vektlegger relasjon og bruk av spesifikke metoder, men hvordan hjelperen anvender makt på som er viktig for at brukeren skal oppleve relasjonen som fruktbar eller virksom for seg selv.

5.3 Brukerperspektivet

Brukerperspektivet handler om at man ivaretar den andres autonomi og interesser, og at man etterstreber å forstå hvordan den andre part i en relasjon eller et samspill opplever sin verden (Røkenes og Hansen 2002). Brukerperspektivet tar utgangspunkt i brukerens

ønsker og behov, i tillegg er brukernes kunnskap en viktig faktor, og det er dette som skal være grunnlaget for kartlegging og behandling når man tar utgangspunkt i brukerperspektivet. Gjennom en klient og resultatstyrt praksis hvor formålet er å tilrettelegge tjenestene ut ifra systematiske tilbakemeldinger fra brukeren vil dette være basert på et brukerperspektiv ifølge Napha (2016) I veilederen «sammen om mestring» kommer det fram at ved å ansette erfaringskonsulenter så styrkes brukerperspektivet i tjenestene.

Helsedirektoratet trekker fram brukerperspektivet som grunnlag for forebygging, kartlegging og behandling. Det er brukeren som er den viktigste aktøren i behandlingen. Det er derfor viktig at tjenesteyter tar hensyn til brukernes kunnskap, ønsker og behov, samt at bruker blir involvert i utarbeidelse av tiltak og mål (helsedirektoratet 2014, 66).

5.4 Recovery

Davidson (2006) uttalte følgende: Ingen skal defineres som for «psykisk lidende» til å kunne leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt valgte lokalmiljø (Karlsson og Borg 2015 s. 65).

Recovery dreier seg om å få et godt liv. Ifølge Karlsson og Borg (2015) er det nettopp dette recovery handler om, vår grunnleggende holdning om at alle mennesker har de samme rettigheter. Og at alle har kompetanse, ressurser og vekstpotensial. Vi må se etter ressurser, og ikke begrensninger. Recovery er en personlig prosess, men vi er likevel avhengig av sosial støtte for å finne egne ressurser og håp om en bedre framtid.

Mike Slade (2013) som er professor i helsetjenesteforskning, har utviklet en veileder med 100 råd som fremmer recovery. Veilederen ble oversatt til norsk i 2015 av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsetjeneste. Slade (2013) hevder at grunnprinsippet i recovery er bygget på et humanistisk syn, og at grunnlaget for en recoveryorientert praksis er basert på tre prosesser. Disse prosessene handler om at man synliggjør verdier, og innlemmer disse verdiene i det daglige arbeidet. I tillegg kreves det at tjenestene blir skreddersydd ut ifra brukernes ønsker og behov, og i denne sammenheng nevnes tilbakemeldinger fra brukerne på hvordan de opplever den hjelpen som de får.

Systematiske tilbakemeldinger fra brukerne ved hjelp av for eksempel

tilbakemeldingsverktøyen FIT kan bidra til en tilpasset praksis på bakgrunn av brukerens tilbakemelding på opplevd effekt av hjelpen som gis og relasjonen til hjelper (Slade 2013).

Ut ifra et recovery perspektiv, hvor personlige erfaringer er grunnmuren i kunnskapsbasert praksis så hevder NAPHA at bruk av tilbakemeldingsverktøy er i tråd med dette (nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2016). Helsedirektoratet (2020) fremmer bruk av tilbakemeldingsverktøy som en del av behandlingen til pasienter som er i et pakkeforløp, de skriver følgende:

Det bør benyttes et system hvor pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan han/hun opplever behandlingseffekt og relasjon til behandler. Erfaringer tilsier at bruken av feedbacksystemer gir pasientene økt medvirkning i behandlingen.

Helsedirektoratet har publisert veilederen «Sammen om mestring», og her beskrives recovery som et faglig perspektiv med utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess. Målet er at det enkelte individ skal kunne ha et meningsfullt liv på tross av de begrensninger problemet kan forårsake ved at man utvikler ulike sett å håndtere de psykiske problemene på (helsedirektoratet 2014, 31-32).

Recoveryperspektivet legger til grunn at hjelper anser brukeren som ekspert på seg selv, og formidler tro på at vedkommende kan utvikle seg og få et bedre liv (helsedirektoratet 2014, 32). NAPHA (2016) hevder at recoveryperspektivet hvor man ser på brukeren som en ekspert på eget liv og en likeverdig part, er i tråd med prinsippene i tilbakemeldingsverktøyet FIT hvor brukerens tilbakemeldinger blir utslagsgivende for utformingen av hjelpen. På denne måten blir brukerens stemme hørt.

5.5 Kommunalt psykisk helse og rusarbeid

Det har de senere årene skjedd en enorm utvikling innenfor fagfeltet psykisk helse og rus. Det legges større vekt på brukerinnflytelse, noe som krever at kommunene på en systematisk måte involverer brukerne i utviklingen av tjenestene. Recoveryperspektivet bør stå sentralt i tjenesteytingen (Helsedirektoratet 2014). I kommunalt psykisk helse og rusarbeid kan ansatte bidra til å utvikle recoveryperspektivet ved at de for eksempel legger

vekt på brukerstyrt evaluering av hjelpen som gis, for eksempel ved å benytte tilbakemeldingsverktøyet FIT (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse og rus 2015).

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunene et overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester som blir gitt, og i tillegg har de en plikt til å yte forsvarlige tjenester. Kommunene skal jobbe med forebygging, kartlegging, behandling, utredning, rehabilitering og skadereduksjon. Helsedirektoratets (2014) anbefaling er at empowerment og recovery bør være sentrale perspektiv i kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Målet med tjenestene er å fremme mestring hos brukeren, i tillegg til å få til en reduksjon av problemutvikling. Viktige perspektiver når det kommer til kommunalt psykisk helse og rusarbeid er blant annet empowerment og recovery.

Flere fagmiljøer har de senere årene valgt å ta utgangspunkt i et recovery perspektiv. Dette innebærer at brukererfaring blir innlemmet med fagkunnskap, i tillegg benyttes recoverybasert kartleggings- og evalueringsverktøy (Helsedirektoratet 2014). Professor Marit Borgen og kolleger har i 2013 skrevet en rapport om recoveryorienterte tjenester. Bakgrunn for rapporten var en forespørsel fra Napha om å foreta en systematisk kunnskapssamenstilling innen området recoveryorienterte praksiser. I denne rapporten kommer forfatterne inn på ulike kartleggings, måle- og evalueringsinstrumenter som kan benyttes for å kartlegge, evaluere og måle recovery på individnivå. Et eksempel på de ulike instrumentene som nevnes i rapporten er INSPIRE. Dette instrumentet ble utviklet i forskningsprosjektet «Research into recovery and wellbeing» som ble ledet av professor Mike Slade. Instrumentet er inndelt i 2 deler, hvor den ene delen handler om støtte. Her skal brukeren svare på 21 spørsmål knyttet til ulike livsområder, mens del 2 handler om relasjon og samarbeidet mellom hjelper og bruker (Borgen, Karlsson og Stenhammer 2013).

Det finnes ulike metoder og tilnæringsmåter som benyttes i behandling av personer med psykiske- og eller rus utfordringer. Helsedirektoratet (2014) trekker fram at det ikke bare er valg av metode som har betydning på behandlingseffekten, det kan også være andre faktorer som for eksempel relasjonelle faktorer som spiller inn. Disse faktorene som påvirker behandlingsresultatet uavhengig av metode, kalles fellesfaktorer.

Helsedirektoratet (2014) skriver at fellesfaktorer deles inn i relasjonelle faktorer og organisatoriske faktorer. De relasjonelle faktorene dreier seg om behandlingsalliansen,

brukerens opplevelse av bedring og bruken av systematiske tilbakemeldinger fra brukeren. Organisatoriske faktorer dreier seg om individuell tilpasning av tjenestetilbudet, og hvor tilgjengelig tjenestetilbudet er.

Kjernen i behandlingsalliansen er at bruker og behandler har kommet fram til en felles forståelse på hva som skal jobbes med for å nå ulike mål. En faktor som kan bidra til videreutvikling av behandling og oppfølging er ifølge helsedirektoratet bruken av systematiske tilbakemeldinger fra brukeren. I denne sammenheng nevnes FIT som den best dokumenterte metoden (helsedirektoratet 2014).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-10 slår fast at virksomheter som leverer helse- og omsorgstjenester er pliktig til å ha et system for å innhente og bruke pasienter og brukers erfaringer og synspunkter. På nasjonalt og kommunalt nivå innhentes brukererfaringer gjennom henholdsvis pasienterfaringsundersøkelser og brukerundersøkelser. De nasjonale brukerundersøkelsene er basert på standardiserte spørreskjema, og tilbakemelding fra brukere begrenses i form av at de ikke kan komme med utfyllende informasjon. Det trekkes derfor fram som en nødvendighet at de ulike tjenestene derfor bør sørge for å innhente mer utfyllende informasjon fra sine brukere for å kvalitetssikre tjenestene. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse hevder at systematiske tilbakemeldinger fra brukerne er av stor betydning for videreutviklingen av tjenestene. I denne sammenheng nevnes FIT som et godt alternativ for systematisk innhenting av tilbakemeldinger (Hoel 2016).

5.6 Feedback

I søken etter data til denne oppgaven, kom jeg over en bok skrevet av Guro Øiestad (2004). Denne handler om tilbakemelding, og tittel på boka er «Feedback». Forfatteren hevder at feedback er en viktig del av vår hverdag, og at det er en del av vår kommunikasjon. Samtidig forklarer forfatteren at feedback er *å få øye på noe i en annen person og å formidle det du ser til den det gjelder*. For at vi mennesker skal bli selvstendige og kunne realisere oss selv, er vi avhengige av bekreftelser og støtte fra andre. Kort oppsummert skriver forfatteren at feedback handler om å vise interesse. Øiestad (2004) hevder også at det å få øye på følelser, erfaringer og opplevelser hos en person er feedback. Ved at hjelper lytter og forsøker å forstå brukerens følelser og opplevelser er med andre ord feedback ifølge forfatteren. Videre nevnes at skriftlig

feedback er et sterkere virkemiddel på bakgrunn av at tilbakemeldingen da står svart på hvitt, og kan tas fram ved flere anledninger.

Tilbakemeldingsverktøy som for eksempel FIT handler om en utveksling av tilbakemeldinger mellom bruker og hjelper ved hjelp av elektronisk eller skriftlig besvarelse fra brukeren i form av skjema. Brukeren gir tilbakemelding til hjelperen på hvordan relasjon og hjelp oppleves, mens hjelperen bringer disse tilbakemeldingene inn i samtalen for eventuelt å få utdypende svar på hvordan hjelperen kan innrette seg og hjelpen til brukers ønsker og behov (Duncan og Sparks 2008).

For å oppnå at feedback fra brukere skal være relevant og kunne bidra til en god relasjon mellom behandler og bruker, er det viktig at behandler etterstreber å skape en kultur for feedback. For å få til dette må behandler introdusere og forklare de to evalueringsskjemaene som fylles ut elektronisk, eller skriftlig på en grundig måte slik at brukeren forstår nytteverdien som dreier seg om brukermedvirkning og relasjon (Bergmann 2017).

5.7 Tilbakemeldingsverktøy

Tilbakemeldingsverktøy er en fellesbetegnelse på en arbeidsmåte som opprinnelig ble utviklet for samtalebehandling, og som i dag benyttes i ulike deler av psykisk helse- og rustjeneste. I internasjonal litteratur betegnes tilbakemeldingsverktøy som *Routine Outcom Measure* (ROM), *Patient Reported Outcom Measures* (PROMs) og *Clinical Feedback Tolls* (CFT) (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2016). Det finnes ulike typer tilbakemeldingsverktøy og hva de ulike verktøy vektlegger vil variere, og vil avhenge av de tradisjoner og perspektiv som ligger til grunn. Noen legger vekt på kartlegging og dialog, mens andre legger vekt på relasjon og nytteverdi av hjelpen som gis. Enkelte verktøy tar sikte på å måle brukers opplevelse av relasjon på bakgrunn av at dette erfaringsmessig kan være vanskelig å snakke om. De aller fleste verktøy måler brukerens opplevelse av symptomtrykk, funksjonsnivå og velvære. Det vil likevel være ulikt fokus mellom de ulike verktøy, og man bør derfor reflektere over hva som er formålet og hensikten ved bruk av tilbakemeldingsverktøyet før man velger. Spørsmål man kan reflektere over er for eksempel om formålet først og fremst er å kartlegge for å definere et problemområde, eller er formålet å systematisere hjelpen og videreutvikle den terapeutiske

alliansen og relasjonen mellom bruker og hjelper. Denne type refleksjon vil være avgjørende for riktig valg av tilbakemeldingsverktøy (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2016)

De mest brukte tilbakemeldingsverktøy som benyttes i kommunale helse og omsorgstjenester, er ifølge nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2016) *Feedback Informed Treatment (FIT)* og *NORSE*.

FIT har som mål å finne ut om hjelpen som gis er nyttig for pasienten og om det bidrar til en bedring. Dette gjøres ved at bruker gir systematiske tilbakemeldinger til behandleren. Psykolog Bjørnar Fauske Bye er veileder i bruk av tilbakemeldingsverktøyet FIT, og bistår kommuner som ønsker å ta i bruk verktøyet med å veilede ansatte i bruken av det. Bye hevder at kjernen i FIT er å skape en terapeutisk allianse med brukeren, og sammen jobbe for å nå brukerens mål (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2016).

Et annet verktøy som ofte er brukt kalles *Norwegian Outcom Response System for Evaluation (NORSE)*. Det var professor og forskningsleder Christian Moltu som sammen med medforsker Samuel Nordberg i 2014 startet utviklingen av NORSE. Dette verktøyet skulle være bedre tilpasset behovene i psykisk helse og rus i Norge. Bakgrunn for at de mente det var behov for et tilpasset verktøy var at Moltu hevdet at eksisterende tilbakemeldingsverktøy ikke svarte godt nok på behovet for brukermedvirkning (Napha 2017).

Dette verktøyet tar sikte på å kartlegge brukerens helhetlige livssituasjon, som ressurser, symptomer, opprettholdende faktorer og ulike livsområder. Verktøyet som er utviklet i samarbeid mellom behandlere og brukere, skal fremme brukermedvirkning og styrke relasjon mellom bruker og behandler (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2017). Brukeren gjennomfører kartleggingen i forkant av hver samtale via en lenke til et elektronisk kartleggingsskjema. Informasjonen blir analysert og gjøres tilgjengelig i en rapport umiddelbart etter at brukeren har gjennomført kartleggingen. Tanken er at hjelperen skal få et oversiktlig og reliabelt bilde av brukerens velbefinnende på de ulike områder nevnt tidligere, og at rapporten skal være tema for samtalen mellom hjelper og bruker (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2017).

Hovland (2020) skrev i sin doktorgradsavhandling om Norse, målet for studien var å undersøke implementeringen og bruken av Norse i psykisk helsevern. Metoden han

benyttet var intervju, feltarbeid og studier av arkivdata. Forfatteren hevder at dette verktøyet skiller seg fra de andre verktøyene på bakgrunn av at spørsmålene er tilpasset den enkelte bruker ved at datateknologien er dynamisk oppbygd slik at systemet «lærer» av brukerens svar. I første svarrunde får brukerne 90 spørsmål som er felles for alle, såkalte kartleggingsspørsmål. På bakgrunn av svarene på disse spørsmålene vil systemet tilpasse spørsmålene brukeren skal svare på i etterkant av kartleggingen. Norse er som nevnt utviklet som et samarbeid mellom brukere og fagpersoner, og på denne måten blir brukermedvirkningen ivaretatt i utviklingen av verktøyet (Hovland 2020).

En studie utført av Lambert og Shimokawa (2011) viser at pasienter som benyttet tilbakemeldingsverktøy i behandlingen hadde 2,6 ganger høyere odds for å oppnå bedring sammenlignet med pasienter som ikke benyttet tilbakemeldingsverktøy i behandlingen (American Psychological Association 2018).

Kritikken til bruk av tilbakemeldingsverktøy går på at brukeren kan oppleve det som utfordrende å være ærlig i sine tilbakemeldinger. Samt at brukere er bekymret for at negative tilbakemeldinger skal få konsekvenser. Når det gjelder hjelperen kan de oppleve det som et pålegg at de må ta i bruk tilbakemeldingsverktøy på bakgrunn av helsedirektoratets anbefaling om bruk av verktøyet i pakkeforløpene. Det vil da være lite hensiktsmessig å benytte tilbakemeldingsverktøy på bakgrunn av at hjelper må ønske å motta direkte tilbakemeldinger for at det skal ha noen effekt på hjelpen som gis (Napha 2016).

Et annet avgjørende moment er hvordan tjenesteyter handler i de tilfeller hvor det kommer fram at behandlingen ikke har hatt ønsket effekt.

5.8 Feedback informed treatment (FIT)

Ifølge Bergmann (2017) har det i løpet av de 10 siste årene skjedd en endring i forhold til krav om dokumentasjon og måling av hvor effektiv behandlingen som gis er. I denne sammenheng har bruken av tilbakemeldingsverktøyet FIT økt.

Det var amerikanerne Scott D. Miller og Barry Duncan som utviklet metoden FIT for ca 25 år siden. Det engelske navnet er *Client Directed Outcome Informed Therapy* (CDOI).

Årsaken til at de utviklet denne metoden var at de ønsket et alternativ til datidens evidensbaserte praksis, og at de søkte etter empirisk støtte for fellesfaktorene eller terapeutiske faktorer i behandling.

Ifølge Bergmann (2017) gjennomførte Miller og Duncan en grundig studie av psykoterapiforskningen, og på bakgrunn av denne studien konkluderte de med at det ikke var grunnlag for å si at en type behandling virket bedre enn en annen innen rus og psykiatribehandling.

FIT bygger på et verdisyn hvor bruker skal bli respektert, sett, hørt og forstått. I tillegg skal bruker være en aktiv deltaker i egen behandling (Skutle 2014).

FIT er en metode hvor brukeren benytter to skjema, *Outcome Rating Scale* (ORS) (oversatt til norsk som Skala for endringsvurdering) som vurderer effekt av behandlingen (Miller og Duncan, 2000), og *Session Rating Scale* (SRS) (oversatt til norsk som Skala for samtalevurdering) som vurderer relasjon mellom tjenesteyter og bruker (Miller m.fl, 2000). ORS benyttes i starten av samtalen, mens SRS gjennomføres på slutten av hver samtale. Begge skjema fylles elektronisk og inneholder fire spørsmål hver som brukeren skal svare på ved å gi en score, deretter blir score overført til en graf som vil vise utviklingen brukeren har fra gang til gang (Bergmann 2017). På *Outcom Rating Scale* skjema skal brukeren gi en score på hvordan vedkommende har hatt det i tiden mellom samtalene, altså opplevelsen av eget velbefinnende i forhold til nære relasjoner, sosialt, individuelt og på generelt grunnlag. Brukeren markerer på en 10 centimeter lang linje, hvor midten på denne linjen tilsvarer at vedkommende har det likt som sist. Dersom brukeren markerer til venstre for midten på linjen viser det at vedkommende har hatt det dårligere, men en markering til høyre for midten viser at vedkommende har hatt det bedre (Bergmann 2017). ORS skalaen gir samlet sett et oversiktsbilde av brukerens lidelsestrykk (Ulvestad m.fl 2007).

På skjemaet *Session Rating Scale* blir brukeren bedt om å gi en score ut ifra opplevelsen av dagens samtale. Prinsippet er det samme som på ORS skjema med 4 linjer på 10 centimeter, hvor midten på linja viser at det ikke har vært noen endring i positiv eller negativ forstand. Spørsmålene dreier seg om brukerens opplevelse av relasjon til behandler, mål og emner, tilgang eller metode og generelt. Målet med denne skalaen er at

hjelperen skal kunne benytte score for å tilpasse kommende samtaler ut ifra brukerens preferanser.

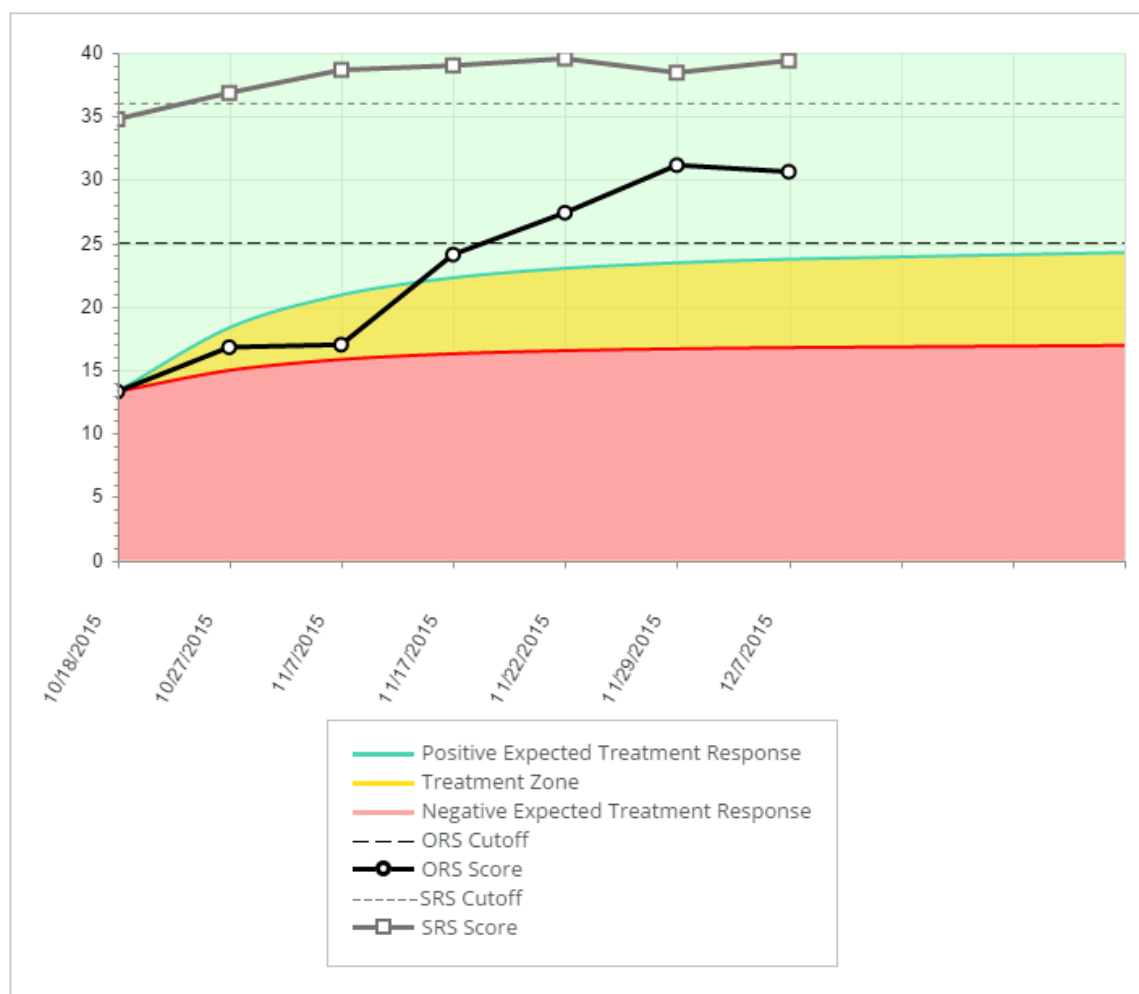
Utgangspunktet for videre bruk av ORS skjema er score som brukeren ga på første samtale, dette kalles baselinescore. Denne baselinescore vil gi en indikasjon på eventuell fremgang over tid.

Formålet med verktøyet er at tjenesteyter på en enkel måte sikrer at brukeren får maksimal innflytelse på hjelpen som vedkommende mottar, samtidig som tjenesteyter på en systematisk måte får dokumentert effekten av de tjenestene som blir gitt (Bergmann 2017,15). Poenget med disse skjema er at behandler skal benytte informasjonen som kommer fram i samtale med brukeren. På denne måten får brukeren innflytelse på hjelpen han eller hun mottar.

En forskningsrapport utført av Sundet og Johansen (2012) konkluderer med at bruk av FIT- skjemaene anbefales brukt i alle tjenester hvor terapeutiske samtaler og arbeid foregår.

Nedenfor vises et eksempel på hvordan brukerens score synliggjøres ved hjelp av grafer.

ORS & SRS



Nordlandsklinikken har gjennom et samarbeid med KoRus-Nord og Høgskolen i Narvik undersøkt effekten av FIT i en døgnkontekst gjennom en periode på 3,5 år (Kaljord 2014). Prosjektleder har vært forsker og psykolog Silje Wangberg. 54 pasienter og 11 behandlere deltok i studien, og resultatet av studien viser at alle de 54 pasientene ga tilbakemelding på at de fikk det betraktelig bedre i løpet av behandlingen hvor FIT ble benyttet. Relasjonen til behandler ble også trukket fram som positiv i forhold til behandlingsutbyttet. Behandlerne opplevde bruken av FIT som krevende på bakgrunn av at de mente det ville bli utfordrende å relatere behandlingsmål og bedring til «livet der ute». Bakgrunn for dette var at de mente at institusjonshverdagen ofte oppleves som en egen verden. Konklusjonen ble derfor at verktøyet er nyttig og at måten å jobbe på er meningsfull, men det passer likevel ikke som et tilbud i en døgnbehandlingskontekst. Klinikken har derimot valgt å innføre bruk av FIT på poliklinisk avdeling (Kaljord 2014).

KorusNord (2021) hevder at FIT er et eksempel på systematisk brukermedvirkning på individnivå, og at verktøyet kan bidra til økt grad av bruker- og mestringsperspektiv. Videre mener de at for at FIT skal kunne bidra til brukermedvirkning avhenger dette av behandlerens holdninger til samarbeid, samtidig som brukerens meninger aktivt blir etterspurt (KoRus 2021).

Kristin Skutle (2014) har på bakgrunn av et pilot prosjekt om innføring av FIT, i Bærum kommune kommet med følgende uttalelse: «FIT er brukermedvirkning i direkte klinisk praksis». I rapporten skriver hun at kommunen gjennom dette prosjektet har benyttet FIT i 69 saker, og at resultatet avdekker at FIT har bidratt til å styrke relasjonen mellom bruker og behandler. Målgruppen i dette prosjektet var voksne mellom 18 og 67 år med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som mottok tjenester fra den kommunale oppfølgingstjenesten og krisesenter. Prosjektets overordnede målsetting med å prøve ut FIT var å bidra til høy kvalitet i tjenester til brukerne av tjenesten. Prosjektet hadde også flere delmål, og et av disse var å bidra til økt kunnskap om brukermedvirkning på individnivå. Et annet delmål med prosjektet var at det skulle bidra til en mer aktiv brukerinnflytelse. Prosjektet er gjennomført i Bærum kommune, enhet for rus- og psykososial oppfølgingstjeneste og Asker og Bærum krisesenter. Til sammen har det vært 11 fagpersoner med i prosjektgruppen, alle med tilknytning til de to avdelingene. Målet for prosjektet var at de 11 i prosjektgruppen skulle benytte FIT på minst 5 brukere hver. Bakgrunn for prosjektet var blant annet nasjonale føringer som poengterer at kommunene skal legge vekt på brukermedvirkning i helse og omsorgstjenester som gis.

6.0 Drøftingsdel

I dette kapitlet vil teori og funn drøftes opp imot problemstillingen: **Betydningen av tilbakemelding og brukermedvirkning i relasjon mellom hjelper og bruker.** Jeg vil også komme med en oppsummering av funn gjort i forbindelse med litteratursøk.

6.1 Oppsummering av funn

Det er liten tvil om at forskning er samstemte når det gjelder relasjonens betydning i psykisk helse og rustjenester. Alle funn gjort i forbindelse med denne studien hevder at relasjonen mellom hjelper og bruker er av større betydning for utbytte av hjelpen, enn selve metoden. Når det gjelder betydningen av brukerens tilbakemeldinger på opplevelsen av relasjon så finnes noe støtte for å si at bruk av tilbakemeldingsverktøy kan bidra til å gjøre det lettere for brukeren å komme med sine tilbakemeldinger når det gjøres skriftlig. Mange brukere opplever det som utfordrende å være ærlige i sine tilbakemeldinger hvis de skal gjøre det muntlig. Litteraturgjennomgang viser også at bruk av tilbakemeldingsverktøy kan være et godt samtaleverktøy, og at tilbakemelding fra brukeren på opplevelsen av relasjon gjør det lettere for hjelper å fange opp tilfeller hvor brukers opplevelse av relasjonen er dårlig. På denne måten kan hjelper bruke tilbakemeldingene til å tilpasse hjelpen.

6.2 Tilbakemeldingsverktøy og brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet jmf. Kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven. Brukermedvirkning dreier seg i stor grad om at brukeren er delaktig i utformingen av tjenestetilbudet. Dette kan dreie seg om at brukeren skal kunne påvirke hvordan tjenestetilbudet skal utformes, medvirke i behandlingsprosessen, samt at brukeren skal kunne komme med tilbakemelding på hvordan brukeren selv opplever at behandlingsopplegget fungerer (Brodtkorb og Rugkåsa 2017).

81% av landets kommuner rapporterer om at de sikrer brukermedvirkning på individnivå ifølge en rapport utarbeidet av Sintef (2021). Folkehelseinstituttet (2021) derimot viser til forskning de har gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet som viser at tjenestemottakere av psykisk helse- og rus tjenester gir tilbakemelding om mangelfull innflytelse i behandlingen. På bakgrunn av disse rapportene kan det virke som det er uenighet mellom

brukerne av tjenestene og de ulike instansene som yter tjenester når det kommer til opplevd brukervedvirkning.

Med utgangspunkt i et brukerperspektiv hvor grunnprinsippet er brukerinvolvering i utarbeidelse av mål og tiltak, hvor man tenker på brukeren som likeverdig med kunnskap, ønsker og behov som blir hensyntatt kan dette perspektivet relateres til definisjonen på brukervedvirkning. Tilbakemeldingsverktøyet NORSE skal ifølge Hovland (2020) være utviklet i samarbeid mellom brukere og fageksperter, og på denne måten er brukervedvirkningen ivarettatt også i utarbeidelsen av verktøyet. På bakgrunn av brukerinvolveringen i utviklingen av NORSE kan man anta at brukerperspektivet har vært sentralt i utviklingen av dette verktøyet.

Når det gjelder bruk av tilbakemeldingsverktøy for å sikre brukervedvirkning, så kommer det fram at formålet med tilbakemeldingsverktøyet FIT er at man skal sikre at brukeren får innflytelse på hjelpen som gis. KorusNord (2021) sin erfaring med bruk av tilbakemeldingsverktøyet FIT er positiv, på bakgrunn av FIT gir brukeren anledning til å tydeliggjøre sine perspektiv, samt medvirke i utarbeidelse av behandlingstilbud. De hevder videre at FIT er systematisk brukervedvirkning på individnivå. På den annen side trekker de fram at behandlerens holdninger til samarbeid og en aktiv involvering av bruker for å innhente brukers meninger er en forutsetning for at FIT skal kunne bidra til brukervedvirkning. Skutle (2014) uttalte i sin rapport på bakgrunn av et pilotprosjekt i Bærum kommune, at FIT er brukervedvirkning i direkte klinisk praksis. Rapporten tar utgangspunkt i et prosjekt hvor tema var FIT, og målet med prosjektet var å legge til rette for at bruker skulle bli aktiv deltaker og medvirke i egen behandling ved hjelp av tilbakemeldingsverktøyet FIT. Skutle (2014) sin uttalelse er i samsvar med KorusNord (2021) sin erfaring om at FIT kan bidra til brukervedvirkning. På bakgrunn av disse uttalelsene kan det tyde på at bruk av tilbakemeldingsverktøyet FIT kan ha positiv effekt i forhold til ivaretagelse av brukervedvirkning, men at verktøyet alene ikke er godt nok. Det krever noe av behandler også.

6.3 Tilbakemeldingsverktøy og relasjon

Helsedirektoratet (2014) trekker fram tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd som grunnmur for å skape en god relasjon. Dette støttes også av Vatne (2006) som hevder at tillit og allianse er grunnmur i en god relasjon. På den annen side trekker

Vatne (2006) fram maktdimensjonen som utøves i en relasjon mellom hjelper og bruker, og hevder relasjonen blir ensidig dersom hjelperen ikke har kartlagt hjelpebehovet i samarbeid med brukeren. I så måte hevder forfatteren at hjelperen tar seg makt til å definere problemet og hva som er nyttig hjelp for brukeren. På bakgrunn av dette hevder Vatne (2006) at brukerens opplevelse av relasjon avhenger av hvordan hjelperen anvender makt. Skau (2017) støtter dette og skriver at den profesjonelle ikke må misbruke sin makt som profesjonsutøver for egen selvtilfredsstillelse, og at relasjonen først og fremst skal tjene brukeren. Forfatteren mener profesjonsutøveren må ha en balansegang mellom yrkesstolthet og grunnleggende holdning hvor tilbakemeldinger fra brukerne ses på som nyttige i forhold til kvalitetssikring av tjenestene. Duncan og Sparks (2008) støtter bruk av tilbakemeldinger fra brukeren for å ivareta eller styrke relasjonen, og hevder bruk av FIT kan bidra til dette ved at bruker gir tilbakemelding på opplevelsen av relasjonen.

Wampold (2012) uttalte i et forskningsintervju at relasjon mellom bruker og behandler er den viktigste faktoren for en vellykket behandling. Med dette mener han at det foreligger en felles forståelse mellom behandler og bruker, i tillegg til at relasjon dreier seg om båndet mellom bruker og behandler. Dette støttes av blant andre Røkenes og Hansen (2002) som på bakgrunn av Smith og Glass (1977) sin metaanalyse uttaler at relasjon mellom behandler og bruker er av større betydning for behandlingsutfallet, enn selve metoden som benyttes.

Bærum kommune sitt pilotprosjekt tok utgangspunkt i 69 saker hvor FIT ble benyttet, og resultatet viser at bruken av tilbakemeldingsverktøyet har bidratt til å styrke relasjonen mellom bruker og behandler hevder Skutle (2014). Målgruppen i dette prosjektet var voksne mellom 18 og 67 år med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som mottok tjenester fra den kommunale oppfølgingstjenesten og krisesenter. Prosjektets overordnede målsetting med å prøve ut FIT var å bidra til høy kvalitet i tjenester til brukerne av tjenesten. Prosjektet er gjennomført i Bærum kommune, enhet for rus- og psykososial oppfølgingstjeneste og Asker og Bærum krisesenter. Til sammen har det vært 11 fagpersoner med i prosjektgruppen, alle med tilknytning til de to avdelingene. Målet for prosjektet var at de 11 i prosjektgruppen skulle benytte FIT på minst 5 brukere hver. Sælør og Bjerknes (2018) og Eide og Eide (2017) støtter Skutles (2014) uttalelse, og skriver at relasjonens betydning er viktigere i psykoterapien, enn hvilken metode som blir valgt.

På bakgrunn av funn presentert i denne oppgaven er det liten tvil om at det er stor enighet blant fageksperter om at relasjonen er av stor betydning innen psykoterapien, men hva er betydningen av tilbakemeldinger fra brukeren på opplevelsen av relasjonen?

I søken etter empiri som kan støtte bruk av tilbakemeldingsverktøy, kommer det fram at tilbakemeldingsverktøy kan bidra til at brukeren lettere kan gi uttrykk for opplevelsen av relasjonen mellom seg og hjelper. Dette kan i mange tilfeller oppleves som vanskelig for mange brukere å skulle gjøre muntlig, derfor kan man anta at brukerne vil oppleve det som enklere å være ærlig på dette ved å gi tilbakemeldingen skriftlig.

Det er som nevnt bred enighet blant fageksperter og forskere om at relasjonen mellom bruker og hjelper er vel så viktig som valg av metode. På bakgrunn av dette er det naturlig å tenke at det er en nødvendighet at brukeren gis mulighet for å gi sin tilbakemelding på opplevelsen av relasjonen, samtidig som hjelperen på bakgrunn av disse tilbakemeldingene gis mulighet til å gjøre endringer dersom tilbakemeldingen viser at bruker opplever relasjonen som mindre god.

Tilbakemeldingsverktøy som for eksempel FIT handler om en utveksling av tilbakemeldinger mellom bruker og hjelper ved hjelp av elektronisk eller skriftlig besvarelse fra brukeren i form av skjema. Brukeren gir tilbakemelding til hjelperen på hvordan relasjon og hjelp oppleves, mens hjelperen bringer disse tilbakemeldingene inn i samtalen for eventuelt å få utdypende svar på hvordan hjelperen kan innrette seg og hjelpen til brukers ønsker og behov (Duncan og Sparks 2008).

Fauske Bye, veileder i bruk av FIT verktøyet, hevder at kjernen i FIT er å skape en terapeutisk allianse med brukeren, og sammen jobbe for å nå brukerens mål (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2016). Ved at brukeren benytter Session Rating Scale skjema som tilbakemeldingsverktøyet FIT benytter, som handler om brukerens opplevelse av blant annet relasjonen mellom bruker og hjelper gis brukeren mulighet til å gi uttrykk for hvordan vedkommende opplever relasjonen.

7.0 Avslutning og refleksjon

Arbeidet med denne studien har vært tidvis utfordrende og krevende, samtidig som det har vært lærerikt. Gjennom litteratursøk har jeg forsøkt å belyse tema for oppgaven, som er relasjon og brukervedvirkning. Gjennom praksisfeltet har jeg erfart at relasjon er viktig for et godt samarbeid med brukerne, og gjennom litteraturstudiet og utarbeidelsen av denne oppgaven viser forskning at relasjon er av større betydning enn selve metoden som benyttes. Når det gjelder brukervedvirkning innenfor psykisk helse og rustjenester så har jeg nevnt tidligere i oppgaven at min opplevelse er at hjelperen i mange tilfeller ikke involverer brukeren i avgjørelser som angår brukeren selv. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått innsikt i at det finnes verktøy som kan brukes i samhandling med brukeren, verktøy som kan bidra til å bedre relasjonen og som kan sørge for at brukervedvirkningen blir ivaretatt. Tilbakemeldinger fra brukeren er av betydning for samarbeidet, så fremst hjelperen evner å ta til seg tilbakemeldingene og innrette seg og hjelpen ut ifra disse tilbakemeldingene.

Etter studiet skal jeg starte i ny jobb hvor bruk av tilbakemeldingsverktøy benyttes i samhandlingen med brukeren. Denne litteraturstudien har bidratt til at jeg ser nytteverdien av brukerens tilbakemeldinger, og jeg har mye kunnskap som vil være nyttig å ta med seg inn i en bruker- hjelper relasjon.

8.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2013. *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Bergmann, Susanne. Red: 2017. *Feedback informed treatment, en grundbog*. 1. utgave. København: Akademisk forlag.

Borg, Marit, Bengt Karlsson og Anne Stenhammer. 2013. *Recoverybaserte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Lest 02.02.22

[NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf](#)

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneverker*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. Red. 2009. *Mellom mennesker og samfunn*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Fellesorganisasjonen (FO). 2017. *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen. Lest 22.02.22.

<https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

Fellesorganisasjonen (FO). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Oslo: Fellesorganisasjonen. Lest 22.02.22

[Yrkesetisk grunnlagsdokument.pdf \(fo.no\)](#)

Hageberg, Arne Olav. 2012. *Heilt forelska i Modum Bad. Et forskningsintervju*. Lest 14.04.22

[Heilt forelska i Modum Bad | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](http://www.psykologtidsskriftet.no)

Helsedirektoratet. 2020. *Psykiske lidelser- voksne. Pakkeforløp*. Lest 04.03.22

[Behandling og oppfølging.pdf](#)

Helsedirektoratet. 2014. *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo:

Helsedirektoratet. Lest 14.03.22

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Hoel, Tone Larsen. 2016. *En plikt å innhente tilbakemeldinger*. Lest. 25.01.22

[En plikt å innhente tilbakemeldinger - Erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)

Hovland, Rune Tengel. 2020. *Kliniske tilbakemeldingsystemer i psykisk helsevern- implementering og praktisering*. Bergen: Universitetet. Lastet ned 08.05.22

[UiB](#)

Kalljord, Carina. 2014. *Verktøyet klient- og resultatstyrt praksis: Bevisstgjør pasientene, og utfordrer institusjonen*. Lest 19.03.22. KorusNord.

[KorusNord](#)

Kjøbli, John og Terje Ogden. 2013. *Fellesfaktorer: ingen kur for alt*. Lest 20.04.22

[Fellesfaktorer: ingen kur for alt | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](http://www.psykologtidsskriftet.no)

Kunnskapsdepartementet. 2019. «Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning». Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Langøyen, Lars Jørun, Christine Hillestad Hestevik, Patricia Sofia Jacobsen Jardin og Lien Hong Nguyen. 2021. *Effekten av brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet: et forskningskart*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Lastet ned 04.05.22

[Effekt av brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet \(fhi.no\)](#)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. 2021. *Brukermedvirkning når tjenestene utformes*. Lest 12.04.22

[Brukermedvirkning når tjenester utformes - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. 2016. *Tilbakemeldingsverktøy*. Lest 22.02.22

[Tilbakemeldingsverktøy - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Olkowska, Alicja, Rolf Sundet og Bengt Erik Karlsson. 2018. *Kan klient- og resultatstyrt praksis bidra til økt brukermedvirkning og med dette bedrings og mestringsprosesser i terapi?* Oslo: Universitetsforlaget. Lastet ned 15.03.22

[2018KarlssonKan.pdf \(usn.no\)](#)

Ose, Solveig Osborg og Silje L. Kaspersen. 2021. *Kommunalt psykisk helse og rusarbeid*. Trondheim: Sintef. Lest 10.03.22

[Microsoft Word - Rapportutkast29November_SINTEF_Final.docx](#)

Reese, Robert, Larry A. Norsworthy og Steve Rowlands. 2009. *Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome*. American Psychological Association. Lest 11.03.22

[reesenorsworthyrowlands-100201203423-phpapp02.pdf \(betteroutcomesnow.com\)](#)

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Skau, Greta Marie. 2017. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Damm Akademiske.

Skutle, Kristin. 2014. *Klient- og resultatstyrt praksis, sluttrapport*. Lastet ned 19.03.22
[Sluttrapport 2012 3 0193.pdf](#)

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engdal. 2017. *Psykiatrici for helse- og sosialfagutdanningene*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Damm Akademiske.

Sundet, Rolf og Arne Johansen. 2012. *Bruk av KOR- skjemaer i «Familiehjelpa i Stange»- en forskningsbasert evaluering*. Lest 12.03.22
[Forskningsrapport nr 3/2012 - bruken av KOR-skjema i 'Familiehjelpa i Stange' 2011 - Sundet og Johansen \(usn.no\)](#)

Tilden, Terje. 2017. *Kunnskapsmangfold høres fint ut- uansett?* Lastet ned 07.05.22
[Kunnskapsmangfold høres fint ut – uansett? \(psykologisk.no\)](#)

Ulvestad, Asbjørn K, Arne Kristian Henriksen, Anne-Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad. Red. 2007. *Klienten den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Wormdahl, I og L. B. Ødegaard. 2015. *100 råd som fremmer recovery- en veileder for psykisk helsepersonell*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsepersonell (NAPHA). Lest 10.05.22
[NAPHA-100rad-lavoppl.pdf](#)

Ystanes, Oddny. 2008. *I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Øiestad, Guro. 2004. *Feedback*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

