

Kan klient og resultatstyrt praksis (KOR) bidra til økt brukermedvirkning og med dette til bedrings- og mestringsprosesser i terapi?

Olkowska, Alicja; Sundet, Rolf & Karlsson, Bengt Eirik

Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for psykisk helse og rus

Accepted version of article in
Fokus på familien

Publisher's version:

DOI: [10.18261/issn.0807-7487-2018-04-05](https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2018-04-05)

© Universitetsforlaget 2018

Kan klient og resultatstyrt praksis (KOR) bidra til økt brukermedvirkning og med dette til bedrings- og mestringsprosesser i terapi?

Can client directed, outcome informed practice (PCOMS) stimulate to increased user involvement and recovery?

Forfatterinformasjon:

Alicja Olkowska, leder for bachelorstudiet i barnevern ved OsloMet – Oslo Metropolitan University, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialfag.

e-post: alicja.olkowska@hioa.no – tlf.: 93036883

Navn, stilling og tilhørighet: Rolf Sundet, professor ved Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

e-post: rolf.sundet@hbv.no – tlf.: 91706211

Bengt Eirik Karlsson, professor ved Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

e-post: bengt.karlsson@hbv.no – tlf.: 90 64 90 78.

Sammendrag:

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om klientstyrt, resultatbasert terapi (PCOMS) kan øke brukerens muligheter til å delta i terapien. Forskning viser at bruk av PCOMS kan rette oppmerksomheten mot brukernes deltakelse i terapiprosessen ved å løfte frem deres stemmer og preferanser. Denne endringen i fokus ser ut til å øke graden av samarbeid i terapi og gjør det mulig for terapeuten å evaluere og justere terapiprosessen i henhold til tilbakemeldinger fra brukeren. Disse praksisene fremhever forbindelsen mellom PCOMS og brukerdeltakelse ved å den gir direkte tilbakemelding til fagfolk om brukerens erfaringer fra samarbeidet, forholdet til de profesjonelle og hjelpen de får. Forskning fremholder at PCOMS sikrer brukerens rettigheter, og gjør fagpersoner i stand til å gi mer brukerstyrt behandling. Fokus på å øke brukerens innflytelse i terapi stimulerer mulighetene til å jobbe med recovery. Artikkelen diskuterer hvordan PCOMS kan bidra til å øke recoveryprosessene i terapi.

Nøkkelord:

Samarbeid, klient feedback, recovery, terapi, brukermedvirkning, PCOMS.

Abstract

The purpose of this article is to explore if client-directed, outcome-informed therapy (PCOMS) could increase users opportunities to participate in the therapy. Research shows that the use of PCOMS can direct the attention towards the users' participation in the therapy process by highlighting their voices and preferences. This change of focus seems to increase the degree of collaboration in therapy and enables the therapist to evaluate and adjust the therapy process according to the feedback from the user. These practices actualize the connection between PCOMS and user involvement by giving direct feedback to professionals about the users' experiences of the collaboration, the relationship with the professional, and of the help, they get. Research argues that PCOMS secures the rights of the user, and make the professionals able to provide more user-controlled therapy. Focus on increasing the users' influence in therapy stimulates the possibilities to work with recovery. The article discusses how PCOMS can contribute to and increase the processes of recovery in therapy.

Keywords:

Collaboration, client feedback, recovery, therapy, user involvement, PCOMS.

Bakgrunn

Artikkelens hovedhensikt er å undersøke og diskutere om klient- og resultatstyrt praksis (KOR) kan bidra til økt brukermedvirkning, og slik fremme brukernes recovery- og mestringsprosesser. I en nordisk sammenheng er det funn som indikerer dette (Obbekær, 2011). Forfatterne drøfter tre spørsmål med utgangspunkt i relevant forskning og egne kliniske erfaringer. Først utforskes sammenhengen mellom KOR og brukermedvirkning, deretter sammenhengen mellom brukermedvirkning og recovery- og mestringsprosesser, og til sist sammenhengen mellom KOR og bedrings- og mestringsprosesser.

KOR er et tilbakemeldingssystem som har vært i bruk i ulike kliniske sammenhenger i Norge siden 2000 (Sundet, 2014). Systemet ble utviklet av Duncan og Miller (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). KOR består av to enkle skaler som fylles ut av klienten fra time til time. Begge skalaene har fire linjer der klienten markerer skår på hver linje. Hensikten med å bruke KOR er å få fram klientens opplevelser av oppnådd endring samt klientens opplevelser av den terapeutiske alliansen. I tillegg bidrar KOR til å fange opp klienter som er i fare for å droppe ut av terapi eller som erfarer sin tilstand som forverret under terapiforløpet (Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006). Gjennom tilbakemeldinger kan terapeuten fange opp de klientene som ikke viser bedring etter kort tid med behandling, og på grunnlag av dette endre sin tilnærming i tråd med klientens preferanser (Duncan et al., 2004). KOR gir klientene muligheter til å medvirke i både bruk av metoder, tilnærminger og temaer i samtalene (Carlier et al., 2012; Duncan, 2012b; Sundet, 2012).

Det finnes ulike praksiser knyttet til hva KOR er, hvordan tilbakemeldingssystemet kan brukes og hvilket formål det skal brukes til. Det som synes felles for bruken av KOR er at man retter oppmerksomheten mot klientens deltakelse i terapiprosessen og får klientens stemme og preferanser fram. I samarbeidet mellom klient og terapeut kan klienten evaluere og gi tilbakemeldinger fortløpende fra time til time. På denne måten kan terapien justeres underveis (Valla, 2010, 2014).

Denne måten å forstå og anvende KOR på har ført til at det å bruke verktøyet blir sett på som en mulig måte å styrke og utvikle brukermedvirkning i terapi på. Klientene inviteres til å gi en tilbakemelding til fagpersonene om hvordan de opplever relasjonene til hjelperne, og om hjelpen de mottar bidrar til å bedring (Slettebø & Aga, 2013). Nebb, Lejon, & Wangberg (2010) peker på at KOR bidrar til å ivareta brukerrettigheter og gjør hjelperne i stand til å yte mer brukerstyrt behandling. I arbeidet med recoveryprosesser forstått som vektlegging av

opplevd mestring og bedring, er det nettopp brukeren eller brukerne som skal være i ledelsen av arbeidet (Karlsson & Borg, 2017). Brukeren er ekspert på eget liv og hva som kan være til hjelp eller hindre en ønsket utviklet eller endring. Fagpersoner og andre som er rundt den aktuelle personen, skal gjøre det de kan for å støtte og være til hjelp i de prosessene som recovery er for hver enkelt. Recoveryprosessen er både individuelle og sosiale, og kan slik sett ikke adskilles. Recovery er det arbeidet personen gjør alene og sammen med andre for å kunne oppleve og skape mening i eget liv. Karlsson og Borg (2017) beskriver recoveryprosessen slik: «De sentrale elementene i vår forståelse av Recovery er at ingen personer kan forandres utenfra: Jeg har best kunnskap om hva som er til hjelp for meg og ikke. Jeg må lede an i arbeidet med Recovery. Jeg vil kunne velge å leve et annerledes liv enn flertallet. Arbeid, bolig, aktivitet, penger, utdanning, lokalmiljø, storsamfunnet, venner og familie er viktige bidrag i mine Recoveryprosesser» (s.11).

På denne bakgrunn kan brukermedvirkning forstås i lys av brukerens muligheter til å medvirke i arbeidet med egne bedring- og mestringsprosesser. Det er noe forskningsbasert kunnskap i Norge om og hvordan KOR kan bidra til klientens muligheter til medvirkning i terapi. Sundet (2012; 2014) finner støtte for at de enkle skalaene som KOR består av, fungerer som samtaleredskap som øker både klientenes (Sundet, 2014) og terapeutenes (Sundet, 2012) involvering i arbeidet. Internasjonalt finner vi støtte for dette i en studie av Mikael og kollegaer (Mikael, Gillaspay, Scoles, & Murphy, 2016). Med henvisning til en distinksjon mellom normative og kommunikative feedbacksystem, utarbeidet av Halsted og kollegaer (Halstead, Youn, & Armijo, 2013), konkluderer de med at KOR fungerer mer på den kommunikative siden av et normativt-kommunikativt kontinuum. Den kommunikative siden innebærer at det er i de samtaler og det samarbeid som utvikles gjennom samtaler at skalaene får betydning for utfall i terapi. De Jong og kollegaer (De Jong, van Sluis, Nugter, Heiser, & Spinhoven, 2012) viser at der feedback har betydning, kan dette knyttes til terapeutens villighet til å anvende tilbakemeldingen. Igjen kan en spekulere på om dette handler om at terapeuten er villig til å ta skårene på de to skalaene som både som startsted for samtaler og til å følge de tema som tilbakemeldingen peker ut som viktig for arbeidet. Samtidig er det indikasjoner på at bildet er mer komplisert. Van Oenen et al. (2016) finner at for personer i alvorlig akutt psykososial eller mental krise har ikke tilbakemelding den forventede effekt. Snarere tvert imot fant de en negativ utvikling. De reiser spørsmål om nettopp mulighetene for å delta i samtaler er begrenset i en krisetilstand, og at brukeren med dette ikke kan delta i samarbeid på samme måte som når en er ute av krisen. Et interessant

spørsmål er hvordan arbeide i akutte kriser. Åpne dialoger (Seikkula & Arnkil, 2013) representerer en arbeidsform hvor samtalen innenfor en nettverksorientert sammenheng er sentralt i krisearbeidet. Erfaringen fra denne arbeidsformen viser at deltakelse i reflekterende samtaler er fullt ut mulig for den eller de som er i krise. Om dette vil kunne påvirke bruk av tilbakemelding er derimot fortsatt et åpent spørsmål.

Følgelig er artikkelens hovedhensikt å undersøke og diskutere om klient- og resultatstyrt praksis (KOR) kan bidra til økt brukervedvirkning, og slik fremme brukernes recovery- og mestringsprosesser i terapi. Diskusjonen vil basere seg på begrepsavklaringer, gjennomgang av relevant forskning samt egen klinisk erfaringsbasert kunnskap. Diskusjonen vil foregå gjennom tre trinn:

1. Hvilken sammenheng er det mellom KOR og brukervedvirkning?
2. Hvilken sammenheng er det mellom brukervedvirkning og bedrings- og mestringsprosesser?
3. Hvilken sammenheng er det mellom KOR og bedrings- og mestringsprosesser?

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)

KOR er et av mange systemer som brukes i Norge og som har som mål å bruke systematisk tilbakemelding fra klienter i klinisk praksis. De mest utbredte er:

1. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) (Duncan et al., 2004)
2. Systemic Therapeutic Inventory System (STIC) (Pinsof & Cambers, 2010)
3. Outcome Questionnaire- 45(OQ-45) (Lambert, 2004)
4. Systemic Family and Couple Therapy (SCORE) (Stratton, 2010)

Disse systemene har det til felles at de, ved bruk av skalaer og spørsmål, frembringer systematiske tilbakemeldinger fra klientene om prosess og utfall i terapi.

Tilbakemeldingsprosedyrer innebærer at klienter rutinemessig fyller ut skjema hvor de informerer fagpersoner om utviklingen av det terapeutiske samarbeidet. Disse tilbakemeldingene utgjør grunnlaget for det videre arbeidet klienten og terapeuten gjør sammen. I det terapeutiske samarbeidet er målet å bidra til klientens bedrings- og mestringsprosesser. Terapeuten kan bruke tilbakemeldingene som grunnlag for felles forståelse, valg av intervensjoner, evaluering av tiltak, samt til å søke enighet om måloppnåelse for å bestemme kriterier for når terapien skal avsluttes. Systematisk tilbakemelding anses som den mest lovende og innovative enkeltfaktoren som kan forbedre

terapi og er derfor anbefalt tatt i bruk i klinisk praksis og forskning (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010; Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Lambert & Shimokawa, 2011; Norcross & Wampold, 2011). En arbeidsprosess der systematiske tilbakemeldinger brukes aktivt av terapeuten kan styrke samarbeid og allianse, noe som anses som en forutsetning for vellykkede terapier (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

KOR er en norsk tilpasning av Client-Directed and Outcome-Informed Clinical Work (CDOI) som ble utviklet i USA av Barry Duncan og Scott Miller (Miller & Duncan, 2000). Systemet består av to enkle skalaer:

- ‘Outcome Rating Scale’ (ORS) (oversatt til norsk som *Skala for endringsvurdering – voksne*), med tilhørende barneversjon ‘Child Outcome Rating Scale’ (CORS), *Skala for endringsvurdering – barn*, og
- ‘Session Rating Scale’ (SRS) (oversatt til norsk som *Skala for samtalevurdering – voksne*), med tilhørende barneversjon ‘Child Session Rating Scale’ (CSRS) *Skala for samtalevurdering – barn*.

ORS (CORS) baserer seg på Lamberts OQ-45 system (Lambert, 2004). Spørsmålene i OQ-45 er samlet i fire områder og visualisert med fire enkle linjer som gir grunnlag for skaleringer. Her kan klienten si hvordan hun eller han har det. Hvert område har en linje på ti centimeter, og klienten setter kryss eller strek på linjen (Valla, 2014). Disse fire områdene er:

- *personlig* – som skal gjenspeile hvordan klienten har det med seg selv,
- *mellommenneskelig* – som skal vise hvordan klienten har det i relasjoner til andre nære personer (familie, partner, barn eller andre),
- *sosialt* – der klienten kan gi uttrykk for hvordan han eller hun har det i sosiale sammenhenger utenfor hjemmet, som skole, venner og arbeid, og
- *generelt* – der klienten kan gi uttrykk for hvordan han eller hun har det «i det store bildet», eller om det er noe de andre linjene ikke klarte å dekke og som klienten ønsker å si fra om (Duncan, 2012a).

ORS gjennomføres ved starten av samtalen med klienten. Målet med denne skalaen er å fange opp klientens bedringsprosesser, der lavere skår sammenlignet med forrige måling kan forstås som forverring, og høyere skår som forbedring.

SRS (CSRS) baserer seg på Bordins definisjon av den terapeutiske alliansen. Den omfatter enighet om mål, enighet om metode og relasjonelt bånd mellom klient og terapeut (Bordin, 1979). Denne skalaen, i likhet med SRS, består også av fire områder som er visualisert gjennom linjer på ti centimeter. Områdene er:

- *relasjonen*, der klienten sier noe om hvordan han eller hun har opplevd seg respektert, hørt og forstått,
- *mål og tema*, der klienten vurderer samtalen ut fra om vedkommende opplever at det ble snakket om, eller arbeidet med, det klienten selv ønsket å jobbe med i den gitte terapitimen,
- *tilnærming og metode*, som gir klienten mulighet til å vurdere og gi uttrykk for i hvilken grad denne metoden eller tilnærmingen som terapeuten anvendte i sesjonen passet klientens preferanser,
- *generelt* – det gir klienten mulighet til å se på samtalen som helhet og vurdere om den var god for klienten eller om det manglet noe i samtalen som helhet (Duncan, 2012a).

SRS gjennomføres på slutten av samtalen med klienten. Målet med denne skalaen er å fange opp klientens opplevelser av den terapeutiske alliansen. I likhet med ORS kan lav skår bety at klienten opplever å ikke bli respektert, hørt og forstått, at en ikke arbeider med de mål en skal og at tilnærmingen ikke passer. Høy skår indikerer det motsatte.

Forskningsbasert kunnskap om KOR.

I Norge er det gjort en rekke studier av KOR (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010; Nebb et al., 2010; Rise, Grimstad, Steinsbekk, & Eriksen, 2012; Sundet, 2009, 2011, 2012; Sundet, 2014). Det er også flere pågående norske studier som ikke ennå er publisert. Internasjonalt er det gjort flere studier på KOR (Bohanske & Franczak, 2010; Chow, 2014; Duncan, Sparks, Miller, Bohanske, & Claud, 2006; Reese, Norsworthy, & Rowlands, 2009; Reese, Toland, & Slone, 2010; Schuman, Slone, Reese, & Duncan, 2015; Slone, Reese, Mathews-Duvall, & Kodet, in press).

De nevnte KOR-studiene har ulike fokus. Anker undersøker effekten av terapeuters bruk av tilbakemeldinger og utfall av terapi (Anker et al., 2009; Duncan et al., 2006; Reese et al., 2009). Studien til Bohanske og Franczak undersøker effekten av implementeringen av KOR i tjenester (Reese, Duncan, Bohanske, Owen, & Minami, 2014) Studien til Chow (2014) fokuserer på terapeuters utvikling og økning av terapeuters effektivitet gjennom bruk av tilbakemeldinger (Chow, 2014). Sundet (Sundet, 2009, 2011, 2012; Sundet, 2014) studerte

bruk av KOR som samtaleverktøy i terapi. Studien til Rise et al. (Rise et al., 2012) undersøker sammenhengen mellom brukertilfredshet og KOR.

Samlet sett, og til tross for sine ulike fokus, viser studiene at KOR som tilbakemeldingssystem fremstår som et nyttig verktøy i klinisk arbeid. Bruken av KOR kan fange opp manglende bedring eller forverring hos klienten (Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). Bruken av feedback kan bidra til å redusere lidelse blant voksne psykiatriske klienter (Knaup, Koesters, Schoefer, Becker, & Puschner, 2009). Innen par- og familieterapi bidrar bruken av systematisk tilbakemelding til bedre resultater og raskere bedring (Anker et al., 2009; Reese et al., 2010). KOR kan videre bidra til styrking av den terapeutiske alliansen og utvikling av terapeutferdigheter (Anker et al., 2010; Chow, 2014; Miller, Hubble, & Duncan, 2007). KOR brukt som samtaleverktøy bidrar til å skape fokus, struktur og retning i samtaler, noe både klienter og terapeuter vurderer som nyttig og virksomt (Sundet, 2011, 2012). KOR bidrar til å øke motivasjonen for behandling hos brukerne samtidig som den ikke medvirker til større brukertilfredshet (Rise et al., 2012)

Selv om KOR er et utbredt og godt evaluert tilbakemeldingssystem, har KOR-skalaene vært kritisert for å være for dårlig validert for norske forhold samt å ha for lite dokumenterte måleegenskaper. Det argumenteres med at en slik manglende dokumentasjon gjør at skalaene ikke kan anbefales for klinisk bruk der hvor skårene til enkeltindivider får betydning for hvordan den videre terapien legges opp (Bauer-Hanssen & Kornør, 2014). Denne kritikken vil forfatterne følge opp i diskusjonsdelen. Vi vil vektlegge at kritikken ser bort fra at det ikke er selve skårene som legges til grunn for behandlingsarbeidet, men samtalen om skårene og den felles forståelsen av hva disse skårene kan bety for klienten og terapeuten.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et overordnet prinsipp for alt psykisk helse- og rusarbeid i Norge (Helsedirektoratet, 2016). Brukermedvirkning er beskrevet som «det mest etablerte begrepet for å betegne samarbeid og samhandling», og forstås som et verdistandpunkt. Det understrekes at brukermedvirkning foregår i den gode samtalen, og gjennom gjensidig respekt mellom brukere og fagpersoner (Westerlund, 2012). Brukermedvirkning er en kontinuerlig prosess med tilbakemeldinger, dialog og utveksling av informasjon og transparente beslutningsprosesser. Brukermedvirkning skal bidra til tiltak og intervensjoner som er basert på anerkjennelse av den enkeltes brukers kunnskap om seg selv, sine mål og strategier (Westerlund, 2012). I Helsedirektoratets beskrivelse av brukermedvirkning understrekes

tjenestenes plikt til å involvere brukere i alt samarbeid (Helsedirektoratet, 2016). Det fremholdes at brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår vedkommende og dennes vansker og muligheter. Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver brukermedvirkning som ”*brukerens innflytelse på utforming av helsetjenester*” (§3-1). Det betyr at brukeren skal medvirke, kunne uttale seg og bli hørt i alt som angår vedkommende. Brukerens deltakelse innebærer direkte innflytelse på den eller de tjenestene vedkommende mottar: ”*Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene*”. (Helsedirektoratet, 2016).

I den nye Primærhelsemeldingen skrives det: «Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg. For å oppnå dette kreves endringer.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.1). Brukermedvirkning utgjør nå et overordnet prinsipp for alt helse-, sosial- og velferdsarbeid. Det er et grunnleggende ideologisk prosjekt som inviterer til å forstå og møte hjelpetrequende personer som hele mennesker, med egne ressurser og kompetanser innenfor sin livskontekst (Karlsson & Borg, 2013). Brukermedvirkning er å anerkjenne personers erfaringsbaserte kunnskap på lik linje med faglig, vitenskapelig og evidensbasert kunnskap. Ulike faglige og terapeutiske tradisjoner som recovery, empowerment, resilience, salutogenese, samt samarbeidende og dialogiske praksiser er tilnærminger der anerkjennelse av brukermedvirkning og syn på personens innflytelse i egen bedrings- og mestringsprosess står sentralt (Karlsson & Borg, 2013). Her sees brukermedvirkning som en relasjonell hendelse hvor brukeren virker sammen med hjelperen og med andre mennesker i en likeverdig relasjon. Kontekst er knyttet til en konkret praktisk situasjon hvor brukermedvirkning innebærer å anerkjenne ulike kunnskapsformer som likeverdige tilganger for forståelse om utvikling og endring. På denne bakgrunn er det nyttig å undersøke videre hvordan forholdet mellom bruk av tilbakemeldingsprosedyren KOR og brukermedvirkning kan være.

Sammenheng mellom KOR og brukermedvirkning

I våre undersøkelser har vi funnet en forskningsbasert studie som ser på sammenhengen mellom bruken av KOR og klientens opplevelse av brukermedvirkning (Rise et al., 2012). Litteratursøk (gjennomført 10.02.16) om «KOR og brukermedvirkning» og «CDOI og PCOMS» og «user involvement» og «shared decision» ga få relevante treff (Cochrane ett

treff, BIBSYS Ask og Norard 42 treff, og PsychINFO 49 treff). Flere av treffene var den samme publikasjonen. Det var tre treff som kunne oppfattes som relevante med tanke på KOR og brukervedvirkning (Aurdal & Skjelten Myklebust, 2011; Ekeland, Aurdal, & Myklebust Skjelten, 2014; Lewis, 2012). Lewis (2012) fokuserer på *terapeuters* opplevelse av KOR som brukervedvirkningsverktøy. Aurdal og Skjelten undersøker *prinsipper omkring implementering* av KOR samt diskursive praksiser om *brukervedvirkning* sammenholdt med implementering av KOR.

Våre kliniske erfaringer er at hva som er *brukervedvirkning* kan, i terapeutiske sammenhenger, forstås ulikt av terapeuter og klienter. Det kan bety at terapeutenes og klientenes oppfatninger av hva KOR er som brukervedvirkning, heller ikke nødvendigvis stemmer overens. KOR som feedbacksystem er ikke utviklet med hovedformål å bidra til økt brukervedvirkning. Samtidig kan bruk av KOR ha denne muligheten (Duncan et al., 2004). Bruken av KOR har primært fokusert på tilbakemeldinger om prosesser og progresjon i det terapeutiske samarbeidet. Prosesser og progresjon i det terapeutiske samarbeidet kan, relatert til vår erfaringsbaserte kunnskap, knyttes til begreper om «bedring» og «mestring». Vi vil i det følgende belyse dette forholdet.

Bedrings- og mestringsprosesser

Bedrings- og mestringsprosesser omtales ofte som «recovery» (Jacobsen, 2001). Recovery kan bety at mennesker «kommer seg» og opplever bedring og/eller evner å mestre sine personlige vansker med psykisk helse og/eller rus. Håp og positive forventninger til fremtiden er et vesentlig element i recovery på samme måte som i psykoterapiforskning (Denhov & Topor, 2012; Frank, 1963). Recovery er uensartet beskrevet. Begrepet refererer ikke til noe spesifikt behandlingstilbud, intervensjon eller omsorgsteorisk perspektiv (Borg, Johansen, Jonassen, & Karlsson, 2011). Det refererer til hva mennesker med psykiske helse- og rusproblemer selv gjør for å kunne håndtere disse.

Recovery som begrep og kunnskapsområde tillegges forskjellig innhold og forståelser. Jacobsen (2001) peker på at definisjonen av "recovery" varierer ut fra hvem som spør og fortolker, hvilken sammenheng dette gjøres i, for hvilket publikum og med hvilket formål. Karlsson og Borg (2013) peker på fem felles punkter knyttet til forståelsen av recovery.

For det første settes personen i sentrum som et helt menneske med sine styrker og svakheter. Det refererer til helse og velvære, til deltakelse i lokalmiljøet og på ulike samfunnsarealer, for å gjenoppbygge personlig og sosial identitet samt å finne og utvikle omgivelser som støtter

bedringsprosessen. Det vektlegges håp i det daglige og håp for fremtiden. Mennesker som er rundt personen skal fungere som rådgivere, støttespillere, kartlesere og veivisere. Det er personen selv som er og skal være i førersetet.

For det andre dreier recovery seg om personens egen innsats. Det handler om det den enkelte gjør for å hjelpe seg selv, som å finne fram til folk og systemer som kan være til støtte, håndtere ulike problemer og etablere et meningsfullt liv. Det dreier seg mindre om fagfolks intervensjoner og bidrag, og mer om å ta tilbake kontrollen over eget liv. Det innebærer å arbeide med å ta tilbake det som er tapt. Det kan være rettigheter, roller, ansvar og plikter. Det kan være retten til å bestemme selv, retten til å ha en fremtid og retten til å få hjelp som er til hjelp.

For det tredje er recovery både sosialt og individuelt. Sosiale omgivelser, enten det er arbeidsplassen, fotballarenaen, treningssenteret, puben, parken eller bingoen, er det som fremheves som gode recovery-arenaer. Her kan personen øve seg på å være menneske og ta kontroll over eget liv ved hjelp av og i samspill med sine medmennesker.

For det fjerde handler recovery mer om livsprosesser enn resultat. Det er anerkjennelse av tiden og kreftene som skal til for å finne fram til levemåter, samt omgivelser og strategier der problemene ikke får dominere det daglige livet. Fagpersoner som er rundt og fungerer som veivisere, må forstå hva det innebærer å bygge på egne ressurser, interesser og kompetanse, og utvikle velfungerende mestringsstrategier for konkrete vansker. Deres blikk må rettes mot hva som skal til for å kunne skape et levelig nok liv for den det gjelder.

For det femte viser forskning om recovery at mennesker med psykiske problemer erfarer mestring og bedring på ulike måter og gjennom ulike prosesser. Recovery er ikke rettlinjet eller strømlinjeformet. Det innebærer både fremgang og tilbakeskritt – med eller uten behandling og støtte fra offentlige instanser. Det å komme seg kan være en tidvis uoversiktlig, kaotisk og livslang livsprosess.

Sammenhenger mellom bedrings- og mestringsprosesser og brukermidvirkning

Forholdet mellom bedrings- og mestringsprosesser og medvirkning fra brukere kan på denne bakgrunn handle om (Karlsson & Borg, 2013):

- å lytte til og tro på det som personen *selv* sier de trenger hjelp og støtte til
- å akseptere at det er mange strategier og veier mot recovery
- å gi personen mulighet til å velge – recovery er frivillig

- å interessere seg for personens hverdag, livssituasjon og livssyn
- å anerkjenne betydningen av sosiale omgivelser og relasjoner
- å forstå at recoveryprosesser har de beste vilkår i håpefulle og støttende omgivelser
- å inkludere medarbeidere med egen erfaring i samarbeidet
- å respektere erfaringsbaserte kunnskap og viten og behovet for og anerkjennelse av et vidt evidensbegrep – hvor ulike kunnskapsformer likestilles

Personer som forteller om sine bedringsprosesser understreker at det er mange veier fram mot et meningsfullt og trygt liv. Recoveryprosesser synes å være uavhengige av diagnoser og fagmodeller. Det finnes ikke én enkelt vei, én faglig retningslinje eller én behandlingsmodell som kan benyttes i arbeidet med å støtte brukere. Det handler om å se og akseptere ulikheter og mangfold. Folk selv vet mye om sine liv og er de beste veivisere.

Å arbeide recoveryorientert og være personens veiviser betyr å kunne benytte seg av ulike kunnskapsformer. Ulike fagkunnskaper introduseres og reflekteres over og forhandles om som en del av samarbeidet mot målet om en bedre fremtid. Noen samarbeidsformer er tette og nære, andre kan være mer distanserte. Borg & Topor (2009) minner om at en god start på et samarbeid kan være at man sammen undersøker både problemer og ressurser, og hva hver enkelt selv mener har vært til hjelp og nytte tidligere. Har arbeid vært til hjelp? Har det å bo sammen med andre vært bra? Hjelper medisinen? Det er sentralt i samarbeidet å respektere og akseptere den enkeltes svar – ikke fortolke dem utelukkende i tråd med egne teoretiske forforståelser eller å se på svarene som trivialiteter. Slik kan det utvikles et samarbeid som brukerne kan oppleve som reelt og troverdig.

En studie fra Danmark finner støtte for at sammenhengene mellom bedrings- og mestringsprosesser og brukermedvirkning videre styrkes gjennom bruk av KOR. Obbekær (2011) finner at tilbakemelding fra brukerne via ORS og SRS både bedrer de profesjonelles innsats i et rehabiliteringsarbeid og at brukernes selv opplever å bli styrket og ansvarliggjort gjennom bruk av KOR. Et sentralt element i dette er at rehabiliteringsarbeidet blir mer tilrettelagt den enkelte bruker. La oss derfor se nærmere på et eksempel.

Hvordan kan KOR brukes for å muliggjøre brukermedvirkning og bedrings- og mestringsprosesser?

Et eksempel på hvordan terapeutiske samarbeid kan muliggjøres gjennom bruk av KOR med oppmerksomhet på bedrings- og mestringsprosesser, kan hentes fra Ambulant Familieeksjon, BUPA, Drammen sykehus. Seksjonens familieteam har gitt seg selv tre "retningslinjer for praksis" som kan illustrere hva brukermedvirkning innebærer for terapeutene (Sundet, 2016). Den første retningslinjen angir at som samtaleverktøy gir ORS og SRS bare muligheter for spørsmål, ikke svar. Skårene på ORS og de utviklede kurver og skårer på SRS, må gis mening innenfor samtaler mellom familiemedlemmer og terapeuter. Slik regnes ORS og SRS som samtaleverktøy. De initierer og utløser samtaler. Det andre retningslinjen er at under forhold med ugunstig utvikling og mangel på endring, blir terapeutendring gitt prioritet. Begrepet "terapeutendring" er ment å signalisere at gitt betingelsene av manglende endring eller forverring, rettes oppmerksomheten mot hva terapeuten kan gjøre annerledes. Manglende endring blir med dette et utgangspunkt for terapeuten til å holde fokus på sitt eget bidrag i samarbeidet. Det signaliserer en forventning om at endringer hos klienten vil skje etter at terapeuten har endret sin arbeidsmåte og bidrag i samarbeidet. Det betyr å bringe terapeutendring i forgrunnen. Dette skjer i kombinasjon med terapeutens faglige kompetanse og kunnskaper samt brukerens egne ideer og reaksjoner på terapeuten innspill, særlig i tilfeller hvor en har mangel på endring til det bedre. Den tredje retningslinjen er at når det oppstår uenighet mellom brukeren og terapeuten om hvordan utvikle og gå videre i det terapeutiske arbeidet, gis brukerens perspektiver, ideer og preferanser forrang. Denne forrangen begrenses bare av etiske hensyn hvor brukerens ønsker medfører fare for eget eller andres liv og helse. Dette er også teamets forsøk på å utjevne det maktdifferensial som vi vet eksisterer mellom brukere og terapeuter. Ved å gi forrang til brukeren søker vi å hele tiden ha for øyet at uten en slik forrang vil terapeutperspektivet lett kunne bli det dominerende.

I disse tre retningslinjene ligger en sterk overbevisning om at endring primært skjer gjennom og via brukerens egen forståelse av og ideer om hvordan kunne bedre sitt velbefinnende og sin situasjon. Recovery og empowerment er ikke noe terapeuter kan gi brukeren. Terapeuter kan gå sammen med brukeren i dennes prosjekt og hele tiden søke å ikke forstyrre, ødelegge eller hindre brukerens utvikling av egne bedringsprosesser og empowerment. Terapeuter kan ikke gi dette. De kan hindre det. KOR er en måte å sørge for at terapeuten holder seg oppdatert om effektene av hva en bidrar med i samarbeidet. På den måten vil man kunne korrigere seg eller komme fram med nye ideer til hvordan samarbeidet skal videreutvikles i henhold til brukerens preferanser.

I begrepet "samtaleverktøy" kunne en komme til å se på "verktøy"-delen som en invitasjon til instrumentalitet, her forstått som at en anvender et instrument ovenfor en annen person, og at denne bruken endrer personen enten denne vil eller ikke. Familierapi, med inspirasjon fra Gregory Bateson, tok et oppgjør med dette synet på samspill mellom personer (Bateson, 2000). Å sparke til en stein og å sparke til en hund vil ha to forskjellige virkninger. I det første vil en ha en instrumentell relasjon som beskrevet over. Sparkets kraft bestemmer bane og lengde som steinen beveger seg i. Overfor hunden vil det også kunne skje en fysisk bevegelse; sparket flytter hunden. Det avgjørende er hvilken forskjell forskjellen på å bli spraket eller ikke, gjør for hunden. Hundens oppførsel er veldig annerledes enn steinens. Maturana (1988), formulerte dette gjennom begrepet instruktiv interaksjon. I menneskelig samspill kan en ikke instruktivt bestemme hva en annen skal gjøre, slik kong Midas gjorde gjennom å gjøre alt til gull gjennom sin berøring. Det vi kan er å utløse noe, hva den andre gjør er bestemt av dennes egen beskaffenhet. Gjennom kunnskap om denne beskaffenheten kan vi, i beste fall, si noe om sannsynlighet for hva den andre vil gjøre under de betingelsene terapeutens innspill representerer. Vår forståelse av KOR innebærer at hva en skår kan bety, ikke bestemmes av den som står utenfor skåringen, terapeuten. Det er bare den som skårer som kan angi hva den betyr. Terapeutens rolle er, gjennom samtaler, å kunne bidra til at den som skårer setter ord på sin skår. Slik får terapeuten mulighet til å spørre, og en felles forståelse kan etableres. Denne forståelsen tar utgangspunkt i klientens ønsker og preferanser der klientens definering av bedring og mestring står sentralt. Denne forståelsen må terapeuten følge, og skårene kan være til hjelp for å ha en samtale om utforskning av hvordan klientens mål, ønsker og forestillinger kan muliggjøres.

Diskusjon

Artikkelens hovedspørsmål er å undersøke og diskutere om, og hvordan, KOR kan bidra til økt brukermedvirkning og derigjennom til bedrings- og mestringsprosesser i terapi. Gjennom begrepsavklaringer, gjennomgang av relevant forskning om sammenhenger mellom KOR og brukermedvirkning, samt brukermedvirkning og bedring- og mestringsprosesser, har vi undersøkt hvordan bruken av KOR kan bidra til bedring- og mestringsprosesser hos klienter. Bruken av KOR muliggjør brukermedvirkning, og brukermedvirkning muliggjør bedrings- og mestringsprosesser i terapi. Videre har vi illustrert hvordan KOR kan anvendes i kliniske praksiser med tanke på brukermedvirkning og bedrings- og mestringsprosesser. I arbeidet med artikkelens spørsmål har det trådt fram nye innsikter som vi ønsker å diskutere videre til

slutt. Vi vil gjøre dette gjennom de tre begrepene *samarbeid*, *varsel* og *anskueliggjøring*. Helt til sist vil vi reflektere omkring spørsmål knyttet til implementering av KOR.

Samarbeid

Samarbeid er gjennomgående begrep brukt i denne artikkelen. Samarbeid er en av disse selvfølgelighetene som er lett å ta i sin munn, og ikke nødvendigvis like lett å realisere. Vi har pekt ut to områder hvor tilbakemelding har direkte konsekvenser for samarbeidet. Først ved at det øker involvering i det terapeutiske arbeidet både for bruker og terapeut. Bruken av tilbakemelding retter seg særlig mot å oppdage og forholde seg til manglende endring og til forverring av utviklingen i brukernes liv under terapi. Tilbakemeldingen er rettet til terapeuten. Terapeutens involvering i samarbeidet øker i den forstand at denne tar på alvor at det en har bidratt med så langt ikke har ført til endring. Terapeutendring innebærer at terapeuten utfordrer seg selv til å søke nye måter å handle på i relasjonen, både gjennom å forstå relasjonen og forstå det som skjer i brukernes liv på nye måter. For det andre øker brukernes involvering ved at de må reflektere over både hva som skjer i deres liv, i det terapeutiske samarbeidet og i relasjonen til terapeuten. Vi ser samarbeid som å sette forskjeller i arbeid forstått som at bruker og terapeut er i forskjellige roller med forskjellige oppgaver (Sundet et al., 2016). Terapeutens rolle er å søke endring i sine arbeids- og forståelsesmåter basert på tilbakemeldinger. Brukerens rolle er hele tiden å gi tilbake om sine opplevelser av egen utvikling og om det er noe i terapeuten arbeidsform som kan forstyrre eller hindre denne utviklingen. Felles er det å holde fokus på seg selv, og hvor terapeutendring er overordnet når utvikling ikke skjer. En mulig utfordring ligger i Bauer-Hansen og Konnør (2014) konklusjon i en evaluering av CORS og CSRS, at disse skalaene ikke kunne anbefales til klinisk bruk grunnet manglende psykometriske data. Etter vårt skjønn tar ikke denne kritikken høyde for at det som legges til grunn for behandlingsarbeidet ikke er selve skårene. Vi mener det er samtale om skårene og den felles forståelse som etableres om hva disse skårene kan bety for brukerne, som er essensen i begrepet samtaleverktøy (Sundet, 2012).

Vi synes også å se en klar forskjell i hvordan en forholder seg til brukermedvirkning. For Bauer-Hansen og Konnør (2014) synes det å være skårene i seg selv, og terapeutenes fortolkning av disse, som blir det avgjørende for hvordan terapeuten går videre. Den bruken vi argumenterer for, er at hva skårene betyr og innebærer må etableres i en samarbeidsorientert samtale mellom brukerne og terapeutene. Sweeney og Morgan (2009) ser brukermedvirkning som et kontinuum som går fra lav grad, kalt konsultasjon, hvor brukeren høres på, til høy grad, kalt kontroll, hvor brukeren bestemmer hva som skal skje. I den grad konklusjonen til

Bauer-Hansen og Konnør (2014) kan sees som å forholde seg til brukermedvirkning overhodet, må dette vurderes å være av lav grad. Vi vil argumentere for viktigheten av å overlate kontroll til brukeren, altså en høy grad av medvirkning. Kanskje dette best kan kalles brukerstyring heller enn medvirkning. På mange måter ser vi nettopp fokuset på brukermedvirkning som et forsøk på å overskride den type terapeutsentrert praksis som vi finner at Bauer-Hansen og Konnørs konklusjon faller innenfor. Samtidig er vi enige i at det er viktig å etablere hva som er de psykometriske egenskapene til skalaene.

Varsel

Dette bringer oss til det andre stikkordet: varsel. Én sak er å samtale med brukeren om det å forstå skårene og kurven som KOR-skalaene angir. Samtidig må terapeuten, uavhengig av samtalen, hele tiden holde øye med skårene og endringer i kurven som varsler om endring eller forverring. Det kan tenkes situasjoner hvor en lav skår på ORS ikke gir en forklaring som kan hjelpe terapeuten. Terapeuten må derfor også, uavhengig av hva brukeren sier, være beredt til å se om en forverring er i ferd med å skje. Det er ikke alltid brukeren selv oppdager eller holder fokus på at skåren kan indikere mulig forverring. Psykoterapiforskningen (Walfish, McAllister, O'Donnell, & Lambert, 2012) peker på at terapeuter har store problemer med å vurdere både utvikling og kvalitet på det terapeutiske samarbeidet. Det er ikke nødvendigvis like lett for brukere å ta på alvor alle deler av det en opplever i det terapeutiske arbeidet. Manglende endring og forverring kan derfor også fungere som et varsel om at begge parter i samarbeidet vurderer at det går bedre. Dette kan være særlig viktig når partene i samarbeidet opplever et godt forhold og en god terapeutisk allianse. Det kan da være lett å overse at et problem, lidelse eller symptom faktisk ikke endrer seg eller at det skjer en forverring. I vårt arbeid erfarer vi ofte at til tross for en god allianse, blir klientens situasjon forverret. Dette er et klart varsel om å holde fokus på det som er utenfor den terapeutiske relasjonen. Det som skjer i folks liv, på det kontekstuelle og kroppslige området, kan påvirke samarbeidet. Dette bringer oss til anskueliggjøring.

Anskueliggjøring

Bruken av KOR gir oss mulighet til å få distanse til våre liv. Brukeren kan få distanse ved å se skåren som en metafor for hvordan personen har det. Det kan være et varsel om at det er noe som påvirker samarbeidet enten innenfor den terapeutiske relasjonen eller utenfor denne. Den personlige utviklingen som brukeren går igjennom konkretiseres i bruken av KOR-skårene. Samtidig må skårene gis et meningsinnhold gjennom de samtaler som skårene er utgangspunkt for. Det samme gjelder for terapeuten. Først og fremst får denne avstand til sitt

eget arbeid. Skåren blir et vindu inn til det som skjer i brukerens liv og utvikling. Samtidig er det som sees i skåren også et vitnesbyrd og bilde på hvor terapeuten bidrar og ikke bidrar. Å arbeide med tilbakemelding blir derfor et personlig arbeid hvor vi møter oss selv som yrkesutøvere og fagpersoner. I vår kultur er yrkesutøvelse også et bilde på hvem vi er som person. Det er på dette punktet det er avgjørende å utvikle en tilbakemeldingskultur; en kultur hvor vår tids prestasjons- og klassifiseringstendenser kan utfordres og bekjempes.

Tilbakemeldinger handler ikke om en er en god eller dårlig terapeut eller bruker. Mangel på endring eller forverring sier intet om at brukeren er en mislykket person eller at terapeuten er mislykket som yrkesutøver og person. Tilbakemeldinger handler om utforskning, utvikling av forståelse, av å se, bringe fram og skape flere sider og aspekter ved seg selv, både som bruker og som terapeut. Tilbakemelding er et redskap for samtaler om oppdagelse og utforskning – ikke for evaluering og klassifisering i dikotomien god–dårlig. Skårenes bevegelser, oppover og nedover, er alle anskueliggjøringer av det eksistensielle prosjekt det er å leve og utvikle seg til å mestre under de betingelser som livet tilbyr oss.

KOR og implementering

I Norge har ulike KOR-praksiser blitt startet av enkeltterapeuter som et forsøk på å fange opp klientens stemme og styrke samarbeidet om felles mål i behandlingen. Man kunne beskrive denne prosessen som en «nedenfra»-bevegelse. Det var terapeutens ønske og behov som ledet til å finne fram til verktøy som kunne bidra til mer samarbeidende praksiser. KOR viste seg i ettertid å være et nyttig verktøy for å få til nettopp dette. Dette har igjen ført til at det i de siste årene har det vært stor interesse for implementeringen av KOR i tjenester nettopp med denne hensikten – å styrke brukermedvirkning og allianse. To av forfatterne (A.O. & R.S.) har lang erfaring med undervisning om og implementering av KOR. I dette arbeidet har vi møtt skepsis og frykt knyttet til hva som vil skje når implementering av KOR blir gjort til et obligatorisk krav "ovenfra". Denne skepsisen og frykten er, etter vår erfaring, knyttet til de muligheter aggregering av data gir ledere. De farene det oftest henvises til er at ORS og SRS kan brukes som konkurransegenererende verktøy terapeuter imellom. De kan også anvendes som kontrollverktøy for ledelsen med påfølgende sanksjoner overfor terapeuter som ikke "produserer" godt nok. Vi ser disse farene som reelle. Der hvor dette skjer er vår store engstelse at ORS og SRS vil ødelegges som samtaleverktøy, og videre at de data som genereres blir sterkt påvirket av terapeutens ønsker om å beskytte seg selv mot sanksjoner. Vi mener at det er avgjørende å bygge en kultur som gir terapeuter mulighet for læring og utvikling, en kultur der det er legalt å snakke om at alle terapeuter kan ha vansker med å være

til hjelp. Dette innebærer også å ha et fokus både på terapeuten og på alle de kontekstuelle kreftene. Det kan være produksjonskrav, tidspress og retningslinjer som ikke passer brukeren og/eller terapeutene, og slike forhold kan påvirke utfallet av samarbeidet mellom brukerne og deres terapeuter.

Det er også høyst relevant å være oppmerksom på hvordan brukervedvirkning kan påvirkes negativt i en implementeringsprosess. I utgangspunktet bør tilnærmingen til brukervedvirkning komme fra brukerne selv. Idet ideene og ønskene om brukervedvirkning blir til et politisk og ideologisk krav om å 'gjøre brukervedvirkning på en bestemt måte', kan det oppstå et paradoks ved at brukervedvirkningen blir undergravet. Faren ved prosedyrer og implementering av metoder og verktøy er at alle blir skåret over en kam. Man står i fare for å miste den genuine medvirkningen fra brukeren, og KOR som samtaleverktøy kan bli undergravet. Man bør derfor være oppmerksom på dette, og ta høyde for at KOR ikke passer alle brukere. Det er ikke gjennom *verktøyet KOR* at brukervedvirkning blir mulig. Det er gjennom utforskningen og den likeverdige dialogen med brukeren om skårene, og gjennom terapeutens justeringen av seg selv som terapeut, eller sin tilnærming, at medvirkning og medbestemmelse muliggjøres.

Konklusjon

KOR, brukt som samtaleverktøy, kan bidra til brukervedvirkning og bedrings- og mestringsprosesser. For det første gir samtalen om skalaene klienten rom til å bringe fram sitt liv på måter som personen selv ønsker. For det andre gir KOR en mulighet til å respektere klientens egne preferanser og tempo i behandlingen. Det fordrer at terapeuten kan legge sin «ekspertise» til side og lytte til klienten og akseptere at det er mange strategier og veier mot bedring. For det tredje bidrar KOR til samtalen der man må spørre og ta svarene til klienten på alvor. Det å ta svarene på alvor innebærer at terapeuten kan tilpasse seg klientens preferanser og endre behandlingsformen hvis det er ønskelig. Det vil innebære alltid å kunne stille kritiske spørsmål til de betingelser livet tilbyr personene som deltar i det terapeutiske samarbeidet. Det kan være spørsmål som brukeren relaterer til det som skjer i det terapeutiske samarbeidet og i livet for øvrig. Det kan være de spørsmål som terapeuten stiller ved de rammer og diskurser som samarbeidet forventes å operere innenfor. Samtidig vil psykisk helsearbeid, psykoterapeutisk virksomhet, alltid måtte være et samarbeid som er skjevt, forstått som at det i siste instans vil være brukerens perspektiv og opplevelse av endring og bedring som står som fasit for samarbeidet. Basert i dette premisset vil vi som fagpersoner

alltid være avhengige av brukerens respons og deltakelse. For oss er en slik avhengighet en produktiv avhengighet.

Referanser

- Anker, M., Duncan, B. L., & Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 693–704. doi: 10.1037/a0016062
- Anker, M., Owen, J., Duncan, B., & 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*(5), 635–645. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0020051>
- Aurdal, Å., & Skjelten Myklebust, I. (2011). *Et evidensbasert familievern – et bedre familievern? : en diskursanalyse av innføringen av det kliniske verktøyet Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i familievernet.*
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bauer-Hanssen, K., & Kornør, H. (2014). Måleegneskaper ved den norske versjonen av Child Outcome Rating Scale (CORS) *PsykTest RBUP Øst og Sør, 1*(1).
- Bohanske, R. T., & Franczak, M. (2010). Transforming public behavioral health care: A case example of consumer directed services, recovery, and the common factors. . In B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change. Delivering what works* (2 ed.): Washington DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance,. *Psychotherapy, 16*(3), 252–256.
- Borg, M., Johansen, A., Jonassen, R., & Karlsson, B. E. (2011). Er brukermedvirkning mulig? *Psykisk helse og rus, 3*(1), 32–35.
- Borg, M., & Topor, A. (2009). *Virksomme relasjoner. Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (Kommuneforlaget Ed.).
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*, 104–110. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x>
- Chow, D. (2014). *The Study of Supershrinks, Development and Deliberate Practices of Highly Effective Psychotherapists*. (Phd dissertation), Curtin University. Retrieved from [http://www.academia.edu/9355521/The Study of Supershrinks Development and Deliberate Practices of Highly Effective Psychotherapists PhD Dissertation](http://www.academia.edu/9355521/The_Study_of_Supershrinks_Development_and_Deliberate_Practices_of_Highly_Effective_Psychotherapists_PhD_Dissertation)
- De Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M., Heiser, W., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 22*(4), 464–474.
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 58*(4), 417–424. doi: 10.1177/0020764011406811
- Duncan, B. L. (2012a). *Bli en bedre terapeut*: Gyldendal akademisk.
- Duncan, B. L. (2012b). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology, 53*(2), 93–104. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0027762>

- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2004). *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy*: San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. E. (2010). *The Heart and Soul of Change. Delivering what works* (2 ed.): Washington DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., Sparks, J., Miller, S. D., Bohanske, R., & Claud, D. (2006). Giving youth a voice: A preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measure for children, adolescents, and caretakers. *Journal of Brief Therapy, 5*, 71–87.
- Ekeland, T. J., Aurdal, Å., & Myklebust Skjelten, I. (2014). Når staten vil være terapeut – En diskursanalyse av prosjektet «Brukerrettet kvalitetsutvikling» i familievernnet. *Fokus på familien*(02), 139–157.
- Frank, J. (1963). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*: New York: Schocken Books.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G., M. . (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy, 48*, 25–33.
- Halstead, J., Youn, S., & Armijo, I. (2013). Scientific and clinical considerations in monitoring: When is a brief measure too brief? . *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 54*(83–85).
- Helsedirektoratet. (2016). Brukermedvirkning. Retrieved nedlastet 01.12.2016, from <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Horvath, A. O., Del Re, C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16.
- Jacobsen, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. . *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(3), 248–256.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery – Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B., Borg, M., Revheim, T., & Jonassen, R. (2013). To see each other more like human beings... from both sides. Patients and therapists going to a study course together. *International Practice Development Journal, 3*.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 15–22.
- Lambert, M. J. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire), OQ Measures*: LLC.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy, 48*, 72–79.
- Lewis, M. (2012). *Brukermedvirkning i familiebehandling- Med Klient -og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel*. (Masteroppgave), HiOA.
- Maturana, H. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument? *The Irish Journal of Psychology., Special Issue*(9), 144–172.
- Mikeal, C., Gillaspay, A., Scoles, M., & Murphy, J. (2016). A dismantling study of the Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Counseling Psychology, 11*. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000168>

- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). Paradigm Lost: From Modell Driven to Client-Directed and Outcome-Informed Clinical Work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1). doi: 10.1521/jsyt.2000.19.1.20
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5–22.
- Miller, S. D., Hubble, M., & Duncan, B. L. (2007). Supershrinks – What’s the secret of their success? . *Psychotherapy Networker*, 27–35 & 56.
- Nebb, A. H., Lejon, R.-S., & Wangberg, S. (2010). Klient og resultatstyrt praksis, Erfaringer fra ruspoliklinikken UNN. *Skriftserie fra kompetansesenter rus, Nord Norge*, 3.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98–102.
- Obbekær, H. (2011). Feedback er med til å effektivisere rehabiliteringsprosessen. *Ergoterapeuten, Marts*, 36–39.
- Pinsof, W. M., & Cambers, A. (2010). *Empirically Informed Systemic Psychotherapy: Tracking Client Change and Therapist Behavior During Therapy* (B. Stanton Ed. Vol. 29): The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology.
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J., & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 731–742.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418–431.
- Reese, R. J., Toland, M. D., & Slone, N. C. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Theory, research, Practice, Training*, 47, 616–630.
- Rise, M. B., Grimstad, H., Steinsbekk, A., & Eriksen, L. (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(1). doi: 10.1186/1472-6963-12-348
- Schuman, D., Slone, N., Reese, R., & Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25(4), 396–407.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *ournal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298–311.
- Slettebø, T., & Aga, G. (2013). *KVALITETSKRITERIER I SOSIALFAGLIG ARBEID. Utprøving av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i Arbeids- og velferdsforvaltningen, barneverntjenesten, habiliteringstjenesten og kriminalomsorgens friomsorg* Diakonhjemmet Høgskole.
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S., & Kodet, J. (in press). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*.

- Stratton, P. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy Volume, 32*(3), 232–258.
- Sundet, R. (2009). *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit – A study of the use of research generated knowledge in clinical practice.* (phd), University of Oslo, Oslo.
- Sundet, R. (2011). Collaboration: Family and therapists' perspectives of helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(2), 236–249.
- Sundet, R. (2012). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology, 53*(2), 122–130.
- Sundet, R. (2014). Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit. *Journal of Family Therapy Volume, 36*(2), 195–216.
- Sundet, R. (2016). Forskning på en lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge - Del 1: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*(01), 45–66.
- Sundet, R., Kim, H. S., Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., & Biong, S. (2016). Collaboration: Suggested Understandings. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 37*(1), 93–104. doi: 10.1002/anzf.1137
- Sweeney, A., & Morgan, L. (2009). The levels and stages of service user/survivor involvement in research. In J. Wallcraft, M. Amering & B. Schrank (Eds.), *Handbook of service user involvement in mental health research* (pp. 25–35). Chichester: John Wiley & Sons.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*(4), 308–314.
- Valla, B. (2014). *Videre.* Gyldendal norsk forlag.
- Van Oenen, F., Schipper, S., Van, R., Schoevers, R., Vsch, I., Peen, J., & Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 16*(110). doi: DOI 10.1186/s12888-016-0811-z
- Walfish, S., McAllister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 11*(2), 639–644.
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord? : ord og begreper i psykisk helsearbeid* (Vol. 2012:4). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.