

ORIGINAL TITEL

ICCE Manualer om Feedback Informed Treatment (FIT)

© 2012, International Center for Clinical Excellence

*"The title is published by arrangement with
International Center for Clinical Excellence"*

Scott D. Miller, gurdiance, ICCE
Bob Bertolino & Scott D. Miller

Bob Bertolino & Scott D. Miller, Redaktører af ICCE Manualerne
**Susanne Bargmann & **Henrik Vesterhauge-Petersen, danske oversættere*

ICCE-manualerne er udarbejdet i et internationalt samarbejde. Teamet som har udarbejdet manualerne er: Rob Axsen, Susanne Bargmann, Robbie Babbins-Wagner, Bob Bertolino, Cynthia Maeschalck, Scott D. Miller, Bill Robinson, Jason Seidel og Julie Tilsen.

Manualforfattere:

Manual 1: Hvad virker i terapi: en grundlæggende introduktion.

Bob Bertolino, Susanne Bargmann, Scott D. Miller.

Manual 2: Feedback-Informeret klinisk arbejde: en grundlæggende introduktion.

Susanne Bargmann, Bill Robinson

Manual 3: Feedback Informeret supervision

Cynthia Maeschalck, Susanne Bargmann, Scott D. Miller, Bob Bertolino

Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting

Jason Seidel, Scott D. Miller (ikke oversat til dansk)

Manual 5: Feedback Informeret klinisk arbejde: specifikke populationer og behandlingskontekster.

Julie Tilsen, Cynthia Maeschalck, Jason Seidel, Bill Robinson, Scott D. Miller

Manual 6: Implementering af Feedback Informed Treatment på arbejdspladser og i organisationer.

Bob Bertolino, Rob Axsen, Cynthia Maeschalck, Scott D. Miller, Robbie Babbins-Wagner.

* **Kontaktinfo:** Susanne Bargmann: SusanneBargmann.dk

** **Kontaktinfo:** Henrik Vesterhauge-Petersen: solutionfocus.dk

Original titel: *ICCE Manuals on Feedback Informed Treatment (FIT)*

© 2012, International Center for Clinical Excellence

1. udgave 1.oplag, 2016

Korrektur:	Henrik Vesterhauge-Petersen og Susanne Bargmann
Grafisk tilrettelæggelse:	trapgrafik.dk
Grafisk omslag:	trapgrafik.dk
Grafisk produktion:	createspace.com
Dansk titel:	Feedback Informed Treatment
Hjemmeside:	scottdmiller.com
ISBN:	978-1530413157

Materialet i disse manualer er ophavsretligt beskyttet. Det er ikke tilladt at kopiere, citere eller transkribere hele eller dele af materialet elektronisk eller på anden måde, uden at have fået skriftlig tilladelse.

Dette materiale må kun anvendes af køberen og må ikke kopieres eller på anden måde videregives uden skriftlig tilladelse af manualernes redaktører.

Indhold

INTRODUKTION TIL DEN DANSKE OVERSÆTTELSE:	8
INTRODUKTION TIL MANUALSERIEN	9
The International Center for Clinical Excellence (ICCE)	9
ICCE Manualer om Feedback Informed Treatment (FIT)	9
Feedback Informed Treatment (FIT) defineret	10
MANUAL 1:	
HVAD VIRKER I TERAPI: EN GRUNDLÆGGENDE INTRODUKTION	11
1. Effekt af terapi- og behandlingsarbejde	12
Klient-/ ekstraterapeutiske faktorer.....	13
Behandlingseffekter.....	14
Hvad virker ikke i terapi?.....	15
Hvad virker i terapi.....	19
Prædiktorer for behandlingseffekt.....	20
2) Den terapeutiske alliance	23
3) Egenskaber ved alliance- og effektmålingsredskaber	25
Pålidelighed:.....	25
Gyldighed:	25
Gennemførlighed:	25
Sensitivitet overfor ændringer:.....	26
The Outcome and Session Rating Scales:	26
4) Ekspert præstation og klinisk praksis	27
At etablere en måling af nuværende præstationsniveau (baseline):.....	27
At engagere sig i bevidst, målrettet, refleksiv træning:.....	27
At få løbende feedback/ coaching:.....	27
Implikationer for teapeuter	28
Manual 1 Quiz	29
FAQ (ofte stillede spørgsmål)	32
Referencer	35

MANUAL 2:

FEEDBACK INFORMED BEHANDLINGSARBEJDE: EN GRUNDLÆGGENDE INTRODUKTION

39

1) Psykometriske egenskaber for ORS og SRS	40
Outcome Rating Scale	40
Klinisk Cutoff for ORS.....	40
Reliable Change Index	41
Forandringskurver:.....	42
Session Rating Scale.....	42
SRS cutoff.....	43
2) At skabe en feedbackkultur	44
At introducere skemaerne for en klient:.....	45
De bedste terapeuter og feedbackkultur:.....	45
3) Anvendelse af ORS	47
Introduktion af ORS for klienter	47
Scoring af ORS.....	49
Fortolkning af scoren.....	49
Scorer over klinisk cutoff.....	50
4) Anvendelse af SRS	52
Introduktion af SRS for klienter	52
Scoring af SRS:.....	53
Tolkning af scoren.....	53
5) Anvendelse af feedback i behandlingsarbejde	57
ICCE Service Delivery Agreement	57
ICCE Progress Note.....	57
ORS og SRS er dialogredskaber	59
Generelle retningslinier:.....	63
6) Anvendelse af FIT med par, familier, børn grupper og tvungne (mandated) klienter	67
Feedback Informeret arbejde med par.....	67
Feedback Informed arbejde med familier og børn.....	68
Grupper	70
Tvungne (Mandated) klienter	70
Manual 2 Quiz	72
FAQ (ofte stillede spørgsmål)	75
Referencer	78
APPENDIX I: Gennemsynskopi ORS og SRS	80
APPENDIX II – FIT Samarbejdsaftale og udviklingsdokument (FIT SDA og PN)	87

MANUAL 3:

FEEDBACK INFORMERET SUPERVISION 89

1. Grundlæggende principper i FIT-supervision	90
Hvorfor er klientfeedback vigtig i supervision?	90
FIT-supervision bygger på følgende empirisk understøttede principper:.....	90
Ledelsesmæssige (administrativ) supervision.....	91
Checkliste – ledelsesmæssig / administrativ FIT-supervision:.....	92
Klinisk supervision af FIT	92
Checkliste Fit-Supervision	94
2. FIT-Supervision i praksis	95
Identifikation af sager til gennemgang i supervisionen	96
Succesfulde sager	96
Bekymrende sager.....	96
1. Scorer, som er på eller over klinisk cutoff.	97
2. Manglende fremgang på ORS.....	98
3. Svingende ORS-scorer:	100
4. Problematisk alliancescore:	104
3. Opmærksomhedspunkter for supervisorer	107
4. Støtte til terapeutens kontinuerlige faglige udvikling	109
Manual 3 Quiz	112
FAQ (ofte stillede spørgsmål)	115
Referencer:	118
Appendix I - Overblik over Feedback Informeret behandling (FIT)	119
Appendix II – Arbejdet med FIT i klinisk supervision – en check-liste	121
Appendix III: Ordliste – Fit-supervisorens vigtige begreber	122

MANUAL 4:

DOCUMENTING CHANGE: A PRIMER ON MEASUREMENT, ANALYSIS, AND REPORTING 124

1. Establishing a valid baseline: Feasibility, validity, and reliability.....	125
Feasibility.....	125
Validity.....	126
Specificity.....	128
Criterion-related validity.....	129
Reliability.....	131
Summary and Recommendations	135
2. Graphing client results: Guidelines and methods for displaying outcome data for clinical use	136
3. Understanding clinical significance: The clinical cutoff, reliable change and other concepts	142

Clinically Significant Change:	142
The clinical cutoff:	143
Reliable change:	143
4. Understanding effect size: Methods for calculation and the use of benchmarking and expected trajectories of change	146
Using the effect size for benchmarking:	150
Summary.....	154
Manual 4 Quiz	155
FAQ	158
References	162

MANUAL 5:

FEEDBACK INFORMERET KLINISK ARBEJDE: SPECIFIKKE POPULATIONER OG BEHANDLINGSKONTEKSTER	163
1. FIT i arbejdet med særlige populationer	165
2. FIT i arbejdet med grupper	184
3. FIT i længerevarende terapeutiske forløb	187
4. FIT i specifikke terapeutiske kontekster	190
Manual 5 Quiz	193
FAQ (ofte stillede spørgsmål)	196
Anbefalet litteratur om arbejdet med marginaliserede grupper:	199
Referencer	200

MANUAL 6:

- IMPLEMENTERING AF FEEDBACK INFORMED TREATMENT PÅ ARBEJDSPLADSER OG I ORGANISATIONER	201
1. Oversigt over implementering på arbejdspladser	202
2. Udforskning	209
3. Installation	215
4. Begyndende implementering	222
5. Fuld implementering	226
Manual 6 Quiz	230
Ofte stillede spørgsmål (FAQ)	232
Referencer	234

APPENDIX I: FRIFM	235
Appendix II: FRIFM Instruktioner	245
Appendix III: ICCE Kernekompetencer	248
Appendix IV: Eksempel på implementeringsplan	259
Appendix V: Eksempel på uddannelsesplan	261

Introduktion til den danske oversættelse:

Interessen for FIT og anvendelsen af løbende klient-feedback har igennem de seneste 5 år været stigende i Danmark, hvilket har betydet at behovet for dansksproget litteratur på området har været stigende.

ORS og SRS anvendes i dag i Danmark i så forskellige kontekster som: kommunal familiebehandling, misbrugsbehandling, socialpsykiatri, psykiatri, arbejdsrettede indsatser, private rådgivningstilbud, behandling af traumatiserede flygtninge, døgnbehandling, intensiv dagbehandling, ambulantbehandling.

Oversættelsen af manualerne er foretaget af to erfarne FIT-trænere, og er holdt så tæt på den oprindelige version, som muligt. Enkelte steder er indholdet opdateret med den viden, der er kommet på området siden manualerne første gang blev publiceret, og undervejs er der lavet små justeringer på baggrund af kulturelle forskelle, som gjorde det oprindelige indhold mindre forståeligt i en dansk kontekst. I manual 2 er viden om ”forventede forandringskurver” blevet udviklet meget siden den første udgivelse af manualerne, hvilket betyder at der i denne manual er skrevet et nyt afsnit omkring disse. Manual 4 i serien er ikke oversat, da indholdet og sproget er af så teknisk en karakter, at det ikke var muligt at lave en tilfredsstillende oversættelse af manualen. Manual 4 er den manual i serien, som er mest specialiseret og mindst betydningsfuld, når FIT skal implementeres på arbejdspladser og i organisationer.

Susanne Bargmann og Henrik Vesterhauge-Petersen

Introduktion til manualserien

The International Center for Clinical Excellence (ICCE)

The International Center for Clinical Excellence (ICCE) er et internationalt online socialt netværk, der er udviklet for at støtte behandlere, ledere, forskere og politiske beslutningstagere i at forbedre kvaliteten og effekten af terapi- og behandlingsarbejde. Dette gøres blandt andet igennem brugen af løbende klient-feedback og den bedste tilgængelige videnskabelige viden. ICCE blev lanceret i december 2009 og er det hurtigst voksende online netværk dedikeret til topkvalitet i klinisk praksis.

Medlemskab af ICCE er gratis, for at blive medlem gå til:

www.centerforclinicalexcellence.com.

ICCE Manualer om Feedback Informed Treatment (FIT)

ICCE Manualer til Feedback Informed Treatment (FIT) består af en serie af seks manualer, som dækker den vigtigste information for praktikere og arbejdspladser / organisationer omkring implementering af FIT, som en fast del af behandlingen. Målet med serien er at give praktikere et grundigt fundament af viden og færdigheder forbundet med klinisk arbejde i topkvalitet. Dette er også kendt som *ICCEs kernekompetencer*. ICCE praktikere behersker de følgende fire områder (de 4 kernekompetencer):

Kompetence 1: Forskningsmæssigt grundlag

Kompetence 2: Implementering

Kompetence 3: Måling og rapportering

Kompetence 4: Kontinuerlig professionel udvikling

ICCE Manualerne til FIT dækker følgende indhold:

Manual 1: Hvad virker i terapi: en grundlæggende introduktion.

Manual 2: Feedback-Informeret klinisk arbejde: en grundlæggende introduktion.

Manual 3: Feedback-Informeret supervision

Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting (ikke oversat til dansk)

Manual 5: Feedback-Informeret klinisk arbejde: specifikke populationer og behandlingskontekster.

Manual 6: Implementering af Feedback Informed Treatment på arbejdspladser og i organisationer.

Feedback Informed Treatment (FIT) defineret

Feedback Informed Treatment er en pan-teoretisk¹ tilgang til at evaluere og forbedre kvaliteten og effekten af terapi- og behandlingsarbejde. Den involverer at man rutinemæssigt og formelt indhenter feedback fra klienter² omkring den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen, og at man anvender den opnåede information til at informere og skræddersy den behandling, man tilbyder klienten. Feedback Informed Treatment (FIT), som det bliver beskrevet og detaljeret i ICCE manualerne, er ikke blot overensstemmende med, men operationaliserer definitionen af evidensbaseret praksis, som beskrevet af the American Psychological Association (APA)³: FIT involverer

“integration af den bedst tilgængelige forskning og monitorering af patientens fremgang (og af ændringer i patientens omstændigheder, f.eks. fyring, alvorlig sygdom) som kan betyde et behov for at tilpasse behandlingen ... (f.eks. problemer i den terapeutiske alliance eller i implementeringen af målene for behandlingen)”

(APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, s. 273, 276-277).

.....
1 I betydningen, at tilgangen favner alle teoretiske tilgange, og derfor kan anvendes med alle teoretiske tilgange.

2 I hele serien af manualer vil begrebet ”klient” blive anvendt. Begrebet dækker over de mennesker, som får hjælp i terapi- og behandlingsarbejde til forskellige vanskeligheder, og dækker derfor også ord som ”borger”, ”bruger”, ”patient”, ”forbruger”.

3 Denne definition af evidensbaseret praksis anvendes også i hele Skandinavien.

Manual 1:

Hvad virker i terapi: en grundlæggende introduktion

I denne manual gennemgås og diskuteres de væsentligste forskningsmæssige fund, som danner fundamentet for Feedback Informed Treatment (FIT). Derudover indeholder manualen en quiz, ofte stillede spørgsmål (FAQ) og en referenceliste.

Væsentlige forskningsmæssige fund

I denne del af manualen gennemgår vi de væsentligste forskningsmæssige fund, som danner det empiriske grundlag for FIT. Disse fund er opdelt i 4 afsnit:

- 1) Effekt af terapi- og behandlingsarbejde
- 2) Den terapeutiske alliance
- 3) Egenskaber ved alliance og effektmålingsredskaber
- 4) Ekspert præstation og klinisk praksis

1. Effekt af terapi- og behandlingsarbejde

Psykoterapi er en virkningsfuld tilgang i forhold til at lindre psykologisk forpinthed og forbedre klientens funktionsniveau. I en større gennemgang af den tilgængelige forskning, konkluderer forskere i psykoterapeutisk effekt, Lambert og Ogles (2004),

“psykoterapi faciliterer bedring af symptomer og forbedrer funktionsniveau. Ikke alene fremskynder det den naturlige helingsprocess, men tilbyder ofte også yderligere mestringsstrategier og metoder til at håndtere fremtidige problemer. Behandlere såvel som patienter er garanteret, at en bred vifte af terapier, når de udføres af dygtige, kloge og stabile terapeuter, vil resultere i mærkbare positive ændringer for klienten”. (s. 180)

Den gennemsnitlige person, som modtager behandling klarer sig bedre end 80% af dem, som ikke modtager behandling

Forskning igennem de sidste 50 år har konsistent vist, at psykoterapi på tværs af populationer, alder, køn og diagnoser har en stor og konsistent effectsize, mellem 0,8 og 1,2 (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Ogles, 2004; Smith & Glass 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wampold, 2015). Effectsize refererer til størrelsen af forandringen (i standardafvigelsesenheder) som kan tilskrives behandlingen enten ved at sammenligne den kliniske status af den behandlede gruppe med en ubehandlet gruppe, eller ved at sammenligne en gruppens kliniske status før og efter behandlingen

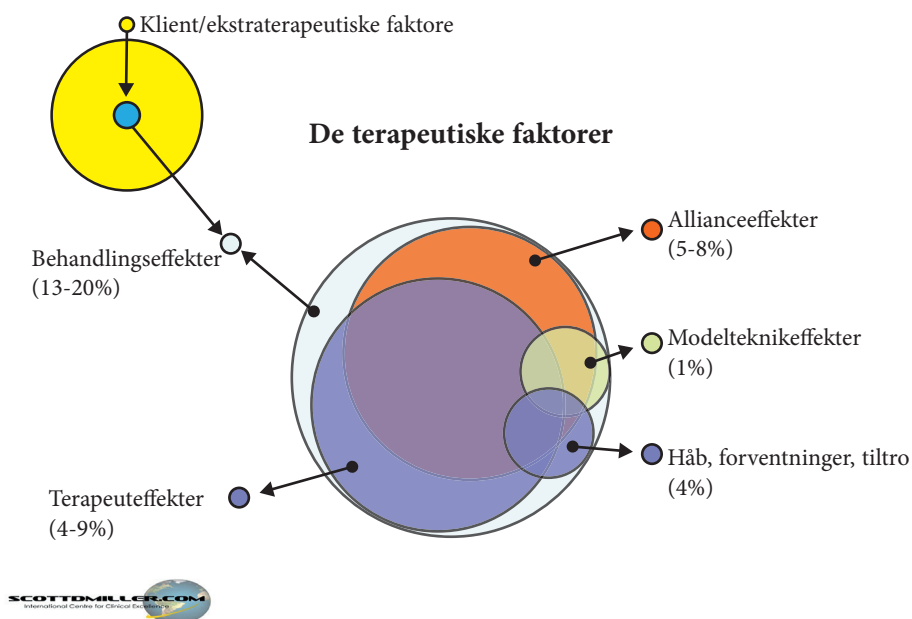
Psykoterapi er omkostningseffektiv

Forskning viser at terapi reducerer indlæggelsestid, konsultationer med alment praktiserende læger, brug af medicin, pleje fra pårørende og generelle omkostninger i sundhedsvæsenet med 60% til 90% (Chiles, Lambert, & Hatch, 1999; Kraft, Puschner, Lambert, & Kordy, 2006). Disse fund er demonstreret med personer med høje udnyttelsesgrader af medicinske- og sundhedsrelaterede ydelser, som modtog individuel-, familie- og parterapi (Cummings, 2007; Law, Crane & Berge, 2003).

Terapi virker primært på grund af generelle faktorer som i varierende grad omhandler interaktioner imellem behandlere og klienter.

På trods af forsøg på at identificere specifikke ingredienser i psykoterapi, har forskningen fundet at en grundlæggende gruppe af generelle terapeutiske faktorer er ansvarlige for succesfuld behandlingseffekt, uanset hvilken tilgang

eller metode, der anvendes (se Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Lambert, 1992; Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986). I denne manual anvendes begrebet ”terapeutiske faktorer”, for at beskrive enhver faktor, som har vist sig at bidrage til effektiv psykoterapi. I takt med at disse faktorer præsenteres og diskuteres, er det vigtigt at huske, at disse faktorer ikke er uforanderlige, proportionelt faste, eller mulige at lægge sammen. De er flydende og dynamiske. Hvor stor en rolle og hvor høj grad af indflydelse hver enkel af disse faktorer har for behandlings-effekten, afhænger af konteksten, særligt hvem der er involveret i processen, hvad der foregår imellem terapeut og klient, hvornår og hvor den terapeutiske interaktion foregår og særligt fra hvis synspunkt disse faktorer betragtes. Figur 1 giver et visuelt overblik over de terapeutiske faktorer som forskningen har vist bidrager til effekten af psykologiske behandlinger.



FIGUR 1: De terapeutiske faktorer:

Terapeutiske faktorer inkluderer og defineres som:

Klient-/ ekstraterapeutiske faktorer

Disse faktorer er uafhængige af behandlingen og inkluderer klientens parathed til forandring, styrker, ressourcer, funktionsniveau før behandlingen (præmorbid funktion), socialt støttesystem, socioøkonomisk status, personlig motivation og livsbegivenheder (Hubble et al., 2010). Det estimeres (Wampold, 2015)

at klient-/ ekstraterapeutiske faktorer bidrager med 80 - 87% af variabiliteten i scorer mellem behandlede og ikke behandlede klienter. Meget af variabiliteten kan tilskrives generelle statistiske fejl – uforklarelige, ukontrollerede eller ukendte påvirkninger, inklusiv de mangler og uundgåelige fejl, der er ved eksperimentel metodologi og målinger. Nogle af disse uforklarelige og uerkendte påvirkninger er det, klienter bringer med til terapien, deres omstændigheder og begivenheder som sker i deres liv mens de er i terapi, som enten hjælper eller forhindrer bedring.

Behandlingseffekter.

Disse effekter repræsenterer en bred klasse af faktorer som anses som relevante for behandlingspåvirkning. Det estimeres at behandling totalt set bidrager med omkring 13-20% i forhold til den samlede effekt. Behandlingseffekter inkluderer:

- **Terapeuteffekter:**

Forskning viser at ”hvem” der yder terapien er en afgørende faktor for effekten. Talrige studier viser at nogle klinikere er mere effektive end andre (fx, Brown, Lambert, Jones, & Minami, 2005; Luborsky et al., 1986; Wampold & Brown, 2005). ”Bedre” terapeuter, viser det sig, danner bedre terapeutiske alliancer med et bredere udsnit af klienter. Faktisk kan 97% af forskellene i effekt mellem terapeuter forklares ved forskellene i at danne terapeutiske alliancer (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007). Som kontrast til dette har andre terapeut kvaliteter meget lille eller ingen betydning for effekten inklusiv: alder, køn, års erfaring, fag, uddannelsesgrad, type af faglig træning, autorisation, teoretisk orientering, mængde af supervision eller egenterapi og brug af evidensbaserede metoder.

- **Allianceeffekter:**

Mængden af forandring som kan tilskrives kvaliteten af relationen mellem terapeut og klient kaldes allianceeffekter. Det viser sig at den terapeutiske alliance yder det største bidrag til effekten af terapi og behandlingsarbejde. I det væsentlige fungerer alliancen ved at engagere klienten i behandlingsprocessen. Forskningen viser at klientens niveau af engagement er den stærkeste indikator for forandring i terapi.

- **Håb, forventning, placebo, troskabseffekter:**

Disse faktorer relaterer sig både til klientens og terapeutens forventninger og tiltro til terapien og dens potentielle effekter. For klienten relaterer disse effekter sig til skabelsen af håb og forventninger til terapiens helende egenskaber og mere specifikt til klientens tiltro til terapeuten og den behandling

som tilbydes (også kendt som ”placebo-effekten”). For terapeuten inkluderer disse faktorer positive forventninger, tiltro til terapi som praksis og en tiltro (allegiance) til den tilgang og metode som anvendes.

- **Model-/Teknikeffekter:**

Alle terapier inddrager metoder – helende ritualer – hvis effekt afhænger af, i hvilken grad disse metoder passer med klientens præferencer og forventninger, og i hvilken grad de aktiverer andre faktorer, som placebo og håb om at kunne skabe bedring. Modeller og teknikker virker bedst, når de engagerer og inspirerer deltagerne, og de kan skabe struktur for terapien. Studier indikerer at manglen på struktur og fokus i behandlingen er en indikator for negativ effekt af psykoterapi (fx, Lambert & Bergin, 1994; Mohl, 1995; Sachs, 1983).

Den tilgængelige forskning indikerer at psykoterapi bidrager til at lindre symptomer og forbedre klienters funktionsniveau. Psykoterapi er også omkostnings-effektiv. Med effektiviteten og gaven af terapi veletableret, bevæger vi os nu videre til at adressere to centrale spørgsmål i de følgende afsnit: ”Hvad virker ikke i terapi?” og mere positivt ”hvad virker i terapi?”

Hvad virker ikke i terapi?

Dette afsnit fokuserer på, hvad der ikke virker i terapi ved at adressere to hovedområder: (1) manglen på generel forbedring af terapeutisk effekt siden de første meta-analytiske studier i 1970erne og (2) en liste af faktorer som ikke er indikatorer for, eller er svage indikatorer for effekten af terapi.

- **Manglen på forbedring af psykoterapis effekt:**

Tilgængelig forskning peger på årsager til, hvorfor effektiviteten af psykologiske behandlinger ikke er forbedret mærkbart over de sidste 40 år.

- **Fokus på behandlingsmodeller i professionel diskurs og uddannelse**

Selvom tænkningen er populær, er der faktisk meget få, hvis overhovedet nogen, meningsfulde forskelle på effekten af forskellige metodiske og teoretiske tilgange – især når de følgende faktorer tages med i betragtningen:

Lige sammenligningsbetingelser imellem bona fide tilgange, som har til hensigt at være terapeutiske. Bona fide tilgange defineres som behandlinger der er (1) tiltænkt at være terapeutiske (har et teoretisk fundament og tilhørende teknikker), (2) opfattes som levedygtige af det psykoterapeutiske fagfelt (fx igennem professionelle bøger eller manualer), (3) udføres af terapeuter ud-

dannet i metoden og (4) indeholder ingredienser som er fælles for alle legitime psykoterapier (fx en terapeutisk alliance). (Anderson, Lunnen, & Ogles, 2010; Benish et al., 2008; Frank & Frank, 1991; Imel & Wampold, 2008; Wampold, 2007; Wampold et al., 1997). Opsummerende, når behandlingsbetingelser er lige, er der ingen mærkbare forskelle imellem bona fide behandlingstilgange.

Den statistiske styrke af meta-analytiske studier sammenlignet med enkeltstudier. Meta-analysen er en statistisk metode til at samle data fra flere studier med forskellige målemetoder, antal forsøgspersoner og behandlingstilgange, hvilket øger den statistiske styrke, fleksibilitet og generaliserbarhed af resultater i sammenligning med enkeltstudier. Talrige meta-analyser finder ingen forskel på effekten af bona fide behandlingstilgange. Til dato har man ikke fundet forskelle på effekten af forskellige behandlingstilgange indenfor psykoterapi generelt (Wampold et al., 1997), overfor depression (Wampold et al., 2002), PTSD (Benish, Imel, & Wampold, 2008), alkoholmisbrug, (Imel et al., 2008), spiseforstyrrelser (Spielmanns et al., 2013) eller overfor de fire oftest stillede diagnoser i forhold til børn og unge (depression, ADHD, angst og adfærdsforstyrrelser) (Miller, Wampold, & Varhely, 2008). Selvom det hævdes, at nogle metoder er bedre end andre, eller at evidensbaseret praksis defineres ved, at man anvender særlige metoder overfor specifikke diagnoser, har meta-analyser ikke kunnet støtte disse påstande. Endvidere overstiger de forskelle, der er fundet imellem teknikker i specifikke studier ikke det, som man kan forvente at finde på grund af tilfældigheder (Wampold, 2015). Det, at man ikke kan finde forskelle i effekten mellem forskellige metoder refereres til som ”dodo-kendelsen”, et udtryk som blev opfundet af psykologen Saul Rozenzweig, som lånte en linje af teksten fra ”Alice i Eventyrland”, for at opsummere evidensen i forhold til forskelle i effekt: ”Alle har vundet og derfor skal alle have en præmie”.

- **Den manglende evne til at adressere drop-out i psykoterapi**

Forskningen viser at for tidlig afbrydelse eller drop-out – klientens ensidige beslutning om at afslutte terapien – sker i gennemsnitligt 47% af alle tilfælde af psykoterapi (Wierzbicki & Pekarik, 1993). For børn og unge er intervallet mellem 28% og 85% (Garcia & Weisz, 2002; Kazdin, 1996). Terapeuter, viser det sig, opnår stor effekt med de klienter, som bliver i terapien, men for mange beslutter tidligt at afbryde behandlingen.

- **Den manglende evne til at identificere hvilke klienter, der ikke vil få nytte af behandlingen og hvilke der vil få det værre, mens de er i behandling:**

Selv med veluddannede og velsuperviserede behandlere er der en stor procentdel af klienter (30% til 50%), som ikke har nytte af terapi. Andelen af voksne klienter, som får det værre, mens de er i behandling ligger imellem 5% og 10% (Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Lambert & Ogles, 2004). I forhold til børn og unge ligger raten af klienter, der får det værre mellem 12% og 20% (Warren et al., 2010). Det antages at klienter, som ikke har nytte af terapi og klienter som får det værre mens de er i behandling forbruger 60-70% af de samlede udgifter i behandlingssystemet (Miller, 2011). Derudover mislykkes behandlere regelmæssigt med at identificere, hvilke klienter der ikke får det bedre, hvilke klienter der forværres og dermed er i størst risiko for drop-out og negativ behandlingseffekt (Hannan et al., 2005). Derimod kan behandlere, som har adgang til data fra løbende effektmåling, bedre identificere klienter, som ikke får det bedre, eller som får det værre og reagere på disse klienter på en måde, som reducerer risikoen for drop out og negativ behandlingseffekt (Lambert, 2010; Miller et al., 2004).

- **Den væsentlige variation i effekt mellem behandlere med tilsvarende uddannelse og erfaring:**

I arbejdsfællesskaber med større grupper af terapeuter, er der nogle behandlere, som konsistent opnår større effekt på tværs af patienter end andre, uanset patienternes psykiatriske diagnose, alder, udviklingsmæssige niveau, medicinske status eller grad af problemer (Brown, Lambert, Jones, & Minami, 2005; Wampold & Brown, 2005). Fund indikerer, at klienter som får hjælp af de mest effektive terapeuter, får det bedre mindst 50% oftere og dropper ud mindst 50% sjældnere end klienter, som får hjælp af mindre effektive terapeuter (Wampold & Brown, 2005). Den seneste forskning indikerer, at 97% af forskellen i effekt mellem terapeuter kan forklares med forskelle i deres evne til at danne terapeutiske alliancer med klienter (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007). Sådanne fund indikerer, at de mest effektive terapeuter arbejder hårdere end deres kolleger på at søge og bevare klientens engagement, og derudover investerer mere tid, energi og flere ressourcer på at forbedre deres terapeutiske færdigheder (Hubble et al., 2010). Forskningen viser derudover konsistent, at den bedste indikator på engagement i psykologisk behandling, er klientens vurdering af den terapeutiske alliance (Bachelor & Horvath, 1999).

- **Terapeuters manglende viden om deres generelle grad af effektivitet og tendensen til, at den gennemsnitlige terapeut overvurderer sin effekt:**
 Størstedelen af terapeuter har aldrig målt på deres effekt, og ved derfor ikke hvor effektive de er (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Sapyta, Riemer, & Bickman, 2005). Det er naturligvis umuligt for behandlere at vide, om de bliver bedre, hvis de ikke kender deres aktuelle grad af effektivitet. Derudover er terapeuter ikke immune overfor tendensen til at overvurdere sine færdigheder (bias), når de skal sammenligne egne færdigheder med deres kollegers. Dette viser sig også, når de skal vurdere forbedrings- eller forværrings-rater hos deres klienter (Dew & Reimer, 2003; Lambert, 2010). Walfish, McAlister, O'Donnell, and Lambert (2010) fandt at terapeuter gennemsnitligt vurderede deres generelle kliniske færdigheder og effektivitet på 80% percentilen – en statistisk umulighed. Hvad der var endnu værre, så opfattede mindre end 4% af terapeuterne sig som gennemsnitlinge, og ikke en eneste af terapeuterne i studiet vurderede sin præstation under gennemsnittet. Problemet med terapeuters overvurdering af deres personlige effekt er, at det sætter klienter i risiko for højere andel af drop-out og negativ effekt, fordi terapeuten ikke reagerer passende på manglende udvikling eller forværring.
- **Behandleres effektivitet har en tendens til at flade ud over tid hvis ikke der lægges en organiseret indsats i at forbedre den.**
 Igennem deres karrierer vænner de fleste behandlere sig til deres arbejdssted, de anvender specifikke metoder og strategier, som de er uddannet indenfor og føler sig tilpasse med, og bliver mere sikre på, hvad de mener er sandheden om deres klientel. Selvom denne sikkerhed kan gavne specifikke klienter i specifikke situationer, vil den ofte kunne bidrage til, at behandlerens effektivitet rammer et plateau, når behandleren ikke længere føler det så nødvendigt at arbejde for at bedre sine færdigheder, fordi han/ hun føler sig kompetent og dygtig. Behandlere er nødt til at kende deres personlige niveau af effektivitet, og anvende pålidelige og gyldige metoder til at monitorere og følge klienters feedback i forhold til effekten af terapien og alliancen. Derved får terapeuten mulighed for at opdage, når han/ hun ikke er tilstrækkeligt hjælpsom, og kan bruge dette som udgangspunkt for at forbedre sit nuværende niveau. Miller et al (2014a) fremhæver at de terapeuter, som har udviklet et højere niveau af færdigheder oftere oplever at de bliver ”overraskede af den feedback” de modtager fra deres klienter, og at de er langt mere optagede af at arbejde for at reagere på den feedback de modtager.

Faktorer som ikke forudsiger eller som svagt forudsiger effekten af terapi

Et utal af studier foretaget over de sidste 3 årtier har identificeret variable, der har meget lille eller ingen korrelation med effekten af terapi, inklusiv:

- **Klientens alder, køn, diagnose og tidligere behandlingsforløb** (Wampold & Brown, 2005)
- **Terapeutens alder, køn, års erfaring, faglig baggrund, uddannelses-niveau, type af faglig træning, autorisation, teoretisk orientering, mængde af supervision eller egenterapi og brug af evidensbaserede metoder** (Beutler et al., 2004; Hubble et al., 2010; Nyman, Nafziger, & Smith, 2010; Miller, Hubble, & Duncan, 2007; Wampold & Brown, 2005)
- **Specifik model/teknik/teoretisk metode** (Benish, Imel, & Wampold, 2008; Imel et al., 2008; Miller, Spielmanns et al., 2013, Wampold, & Varhely, 2008; Wampold et al., 1997; Wampold et al., 2002)
- **At matche terapi til diagnoser** (Wampold, 2015)
- **Nøjagtig anvendelse af og kompetence i forhold til en specifik behandlingsmetode** (Duncan & Miller, 2005; Webb, DeRubeis, & Barber, 2010)

Hvad virker i terapi

Dette afsnit fokuserer på to områder, som danner fundamentet for, hvad der virker i terapi: (1) evidensen for betydningen af rutinemæssig, løbende klient feedback i forhold til at kunne forbedre behandlingseffekt, og (2) prædiktorer for behandlingseffekt. Hvert af disse områder er centrale, ikke bare for at kunne øge effekten af behandling, men også for at kunne øge klienters/ brugeres tillid til behandling. Dette vil på længere sigt også bidrage til at sikre psykoterapiens levedygtighed som behandlingsmulighed, og skabe større ansvarlighed, forvaltning og afkast af investering i behandling. Dette skifte opleves også på verdensplan, hvor der er øget fokus på effekt, ikke bare indenfor terapi- og behandlingsarbejde. Det er derfor essentielt, at behandlere følger denne tendens og viser – gennem pålidelige og gyldige metoder – hvad effekten og værdien er af psykoterapi og behandlingsarbejde.

Evidensen for rutinemæssig, løbende klient feedback i forhold til at kunne forbedre behandlingseffekt:

Den bedste tilgængelige forskning viser, at brugen af rutinemæssig og løbende klient-feedback tilbyder fagfolk en simpel, praktisk og meningsfuld metode til

at dokumentere nytten af behandling. Ved at få pålidelig og gyldig feedback fra klienter vha enkle, gennemførlige metoder, omkring den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen, vil behandlingens effekt så meget som fordobles (målt i effekt size), drop-outs halveres og risikoen for forværring mindskes. Som APAs (den Amerikanske Psykologforenings) Task Force on Evidence-Based Practice (2006) konkluderer: *“at give behandlere adgang til løbende klient feedback, for at kunne benchmarke fremskridt i behandlingen, og i brugen af kliniske støtteredskaber, så de kan tilpasse behandlingen efter behov”* er et af de *”mest nødvendige forskningsområder”* (s. 278).

Miller (2011) opsummerer betydningen af rutinemæssig monitorering og brug af effekt og alliance data fra 13 RCT-studier med 12.374 klinisk, kulturelt og økonomisk forskelligartede klienter og har fundet:

- Rutinemæssig effektmonitorering og -feedback så meget som fordobler effekt sizen (pålidelig og klinisk signifikant forskel)
- Halverer drop-out raten
- Mindsker forværring med 33%
- Reducerer hospitalsindlæggelser og forkorter indlæggelsestiden med 66%
- Reducerer behandlingsudgifter signifikant i sammenligning med ikke-feedback grupper (hvor udgifterne øgedes)

Andre studier indikerer, at regelmæssige, session-til-session feedback (i modsætning til feedback med et større interval, fx hver tredje session eller start- og slutmålinger, Warren et al., 2010) er mere effektiv i forhold til at øge effekten af behandlingen og reducere drop-outs.

Prædiktorer for behandlingseffekt

De følgende faktorer har vist sig at være konsistente, solide prædiktorer for den endelige behandlingseffekt.

- **Varighed af terapi uden positiv forandring:**

Jo længere klienter deltager i terapi uden at opleve en positiv forandring, jo større er sandsynligheden for at de vil opleve en negativ eller manglende effekt af behandling eller for drop-out (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010).

- **Tidlig klientoplevelt forandring:**

Under begrebet “dose-effect relationship” i psykoterapi, indikerer forskning at omkring 30% af klienter oplever en bedring ved anden session, 60% til

65% ved syvende session, 70% til 75% efter seks måneder og 85% efter et år (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). Selvom hastigheden af forandringer for klienter varierer noget fra person til person, er tidlig reaktion på terapien en stærk indikator for den endelige effekt af behandling, hvilket gør monitorering af forbedringer fra begyndelsen af terapien essentielt.

- **Klientens vurdering af alliancen:**

Klientens vurdering af alliancen er en konsistent og pålidelig prædikator for behandlingseffekten. En betydelig mængde evidens antyder derudover, at klientens vurdering af alliancen er en overlegen prædikator for, om klienten bliver i behandling og for det endelige behandlingsresultat, i sammenligning med terapeuters vurderinger af alliancen.

- **Niveauet af klientens engagement:**

Orlinsky, Rønnestad, og Willutzki (2004) observerer, "*kvaliteten af patientens deltagelse Viser sig som den væsentligste bestemmende faktor for effekten af behandlingen*" (s. 324). Klienter som er mere engagerede og involverede i terapeutiske processer, vil også med større sandsynlighed opnå større nytte af terapien. Den bedste prædikator for klientens engagement er alliancen. I den forbindelse, husk på de fund som blev citeret tidligere, der viser at den primære årsag til forskelle i effekt imellem behandlere findes i deres evne til at skabe, nære og bevare terapeutiske alliancer/ samarbejder med forskelligarterede klienter.

- **Bedring af alliancen i behandlingsforløbet:**

Klient-terapeut alliancer, som styrkes og forbedres fra første samtale til afslutningen, har en tendens til at resultere i bedre behandlingseffekt, end alliancer som starter og forbliver gode eller som forværres over tid (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Anker et al., 2010). (Se også afsnit 2.)

- **Klientens grad af forpinthed ved starten af behandlingen:**

I højere grad end diagnoser, kan klientens grad af forpinthed anvendes til at forudsige den endelige effekt af behandlingen. Klienter med højere grad af forpinthed, vil med større sandsynlighed vise målbar nytte af behandlingen, end de der har lavere grad af forpinthed, eller som ikke er forpinte ved behandlingstart (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Kendskab til klientens grad af forpinthed kan informere beslutninger omkring dosis og intensitet af behandlingen.

- **Behandlerens tiltro til deres valgte behandlingstilgang:**

Hvor forskningen viser få, hvis overhovedet nogen, meningsfulde forskelle i effekten imellem behandlingstilgange, viser forskningen at behandlere må have tiltro til virkningen af terapi som helende ritual. Derudover er det vigtigt at behandlere har terapeutiske rationaler, anvender strategier som er sammenhængende med disse rationaler, og har tiltro til deres metodiske/teoretiske tilgange (Hubble et al., 2010).

2) Den terapeutiske alliance

Den terapeutiske alliance refererer til kvaliteten og styrken af samarbejdsrelationen imellem klient og terapeut (Norcross, 2010). Alliancen består af fire empirisk fastlagte komponenter: (1) enighed om mål, mening eller formål med behandlingen (2) enighed om de anvendte arbejdsmåder og metoder, (3) enighed om terapeutens rolle (inklusiv at blive opfattet som varm, empatisk og ægte) og (4) imødekomme klientens præferencer. Over 1,100 separate videnskabelige fund dokumenterer vigtigheden af alliancen i succesfuld behandling, hvilket gør det til et af de mest evidensbaserede begreber i psykoterapi og behandlingsarbejde (Norcross, 2011; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Væsentlige fund fra denne forskning gennemgås i detaljer i dette afsnit .

Den terapeutiske alliance yder et betydeligt og konsistent bidrag til, at klienter oplever sig hjulpet på tværs af forskellige typer af psykoterapi.

Over 20 meta-analyser har demonstreret påvirkningen fra den terapeutiske alliance på behandlingseffekten (Norcross, 2011). Relationen og alliancen virker i samarbejde med behandlingsmetoder, klientkarakteristika og terapeutkvaliteter i skabelsen af behandlingseffekt. Alliancen har mellem fem til ni gange større betydning for effekten af behandlingen, end den anvendte model eller teknik.

Ved siden af klienters funktionsniveau ved behandlingsstart, er klienters vurdering af alliancen den bedste prädiktor for behandlingseffekten, og er i højere grad korreleret med effekten end terapeuters vurdering.

Samarbejdet mellem terapeut og klient, som det bliver vurderet af klienten, er en konsistent prädiktor for den endelige behandlingseffekt og er mere pålidelig end terapeuters vurdering (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross, 2010, 2011). Nogle terapeuter danner bedre alliancer med klienter og opnår bedre behandlingseffekt. Som kontrast vil klienter af terapeuter, hvor alliancen er svagere, i højere grad droppe ud og vil opleve dårligere behandlingseffekt (Hubble et al., 2010; Lambert, 2010).

En signifikant andel af forskelle i effekt mellem behandlere skyldes forskelle i den terapeutiske alliance.

Forskelle imellem klienter er forventelig, i forhold til klienters vurdering af den terapeutiske alliance med deres behandler. Imidlertid danner nogle terapeuter konsistent bedre alliancer med klienter, og forskelle i alliance-færdigheder imellem terapeuter forklarer en stor del af forskellene i effekt imellem terapeuter (Baldwin et al., 2007).

Monitorering af alliancen gør det muligt for behandleren at identificere og rette op på problemer i forhold til klientens engagement, og kan reducere tidlig drop-out eller risiko for negativ effekt.

Rutinemæssig og løbende monitorering af alliancen, igennem her-og-nu klient feedback, hjælper både med at identificere potentielle alliancebrud og skaber mulighed for at behandleren kan reagere på feedbacken, og arbejde på at reparere alliancen (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Anker et al., 2010). Derudover er forbedring af alliancen (fra første samtale til afslutningen) sammenhængende med bedre effekt og lavere drop-out rater (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010; Harmon et al., 2007; Lambert, 2010; Miller, Hubble, & Duncan, 2007).

3) Egenskaber ved alliance- og effektmålingsredskaber

To nøglefaktorer har vist sig brugbare, når man vil forudsige og forbedre effekten af behandling: (1) kvaliteten af alliancen og (2) tidlig klientoplevet forandring i behandlingen. Der eksisterer bogstaveligt talt hundredevis af effekt- og alliancemålingsredskaber. Imidlertid har kun få af dem dokumenteret pålidelighed og gyldighed samt sensitivitet overfor ændringer i klientens tilstand. Endnu færre af dem er mulige at anvende i almindelig klinisk praksis. I den følgende del af manualen defineres og illustreres egenskaberne ved valide, pålidelige, gennemførlige alliance- og effektmålingsredskaber, som er sensitive overfor ændringer i klientens tilstand. Herefter vil egenskaberne ved effekt- og allianceskalaerne som anvendes i FIT blive gennemgået.

Pålidelighed:

For at et måleinstrument er pålideligt, skal man kunne tilskrive forskelle i to målinger med det samme instrument, forandringer i den variabel man måler. Et termometer for eksempel, som giver forskellige målinger under de samme omstændigheder, er ikke troværdigt og ville ikke blive anset for at være et pålideligt måleinstrument i forhold til temperatur. På samme måde vil scorer, som varierer på trods af meget lille eller ingen forskel i klientens funktionsniveau eller i alliancen med klienten ikke blive anset for at være pålidelige måleinstrumenter for effekt eller alliance.

Gyldighed:

For at være gyldig, må man igennem studier have vist, at måleinstrumentet måler det, som det foregiver at måle. Med effekt- og allianceskalaer opnås dette oftest med at korrelere skalaen med andre veletablerede eller –dokumenterede skalaer (kendt som concurrent (sideløbende) gyldighed), og ved at teste om måleinstrumentet præcist kan differentiere imellem kliniske grupper og ikke kliniske grupper (diskriminerende gyldighed), samt ved at gennemgå og vurdere om skalaen måler det, som den foregiver at måle (face validity).

Gennemførlighed:

Gennemførlighed beskriver, i hvilken grad et instrument kan forklares, udfyldes og fortolkes hurtigt og let. Forskningen indikerer at ethvert måleinstrument eller kombination af instrumenter, som tager mere end fem minutter at udfylde, score og fortolke med mindre sandsynlighed vil anvendes af behandlere. Samtidig vil længere instrumenter øge sandsynligheden for klager fra klienter (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). På den baggrund kan man argumentere for,

at effekt- og alliancemålingsskalaer, som anvendes i almindelig klinisk praksis, udover at være pålidelige og gyldige, også må være korte. Det er vigtigt at understrege, at forskningen giver meget lidt evidens for, at længere (multi-faktor) effekt- og alliancemålingsskalaer er mere brugbare i forhold til at forudsige, evaluere og guide behandling, når man sammenligner dem med kortere (enkelt-faktor) skalaer.

Sensitivitet overfor ændringer:

For at være brugbare instrumenter til at evaluere psykoterapeutisk praksis, må effektmålingsskaler være sensitive overfor ændringer hos dem, som er i behandling, mens de må være stabile (eller uændrede) for dem, som ikke er i behandling. Et instruments sensitivitet overfor ændringer gør det muligt for forskere, behandlere og klienter at stole på, at de målte ændringer kan tilskrives den behandling de har fået tilbudt.

The Outcome and Session Rating Scales:

ORS og SRS er de måleredskaber, som er udviklet til brug i FIT. ORS måler klientens forpintethed / funktionsniveau mens SRS måler klientens oplevelse af alliancen⁴. Talrige studier har vist, at skalaerne er pålidelige, gyldige, gennemførbare og sensitive overfor ændringer (Miller, 2011; Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). Begge skalaer tager mindre end et minut at administrere, score og fortolke (gennemsynskopier er tilgængelige i manual 2 i denne serie). Som beskrevet tidligere har forskningen dokumenteret, at rutinemæssig brug af ORS og SRS i klinisk praksis øger effekten, mindsker drop-out raten og mindsker omkostninger og behandlingstid (Miller, 2011). Detaljerede instruktioner i at anvende måleredskaberne i praksis kan findes i manual 2.

4 Det er vigtigt at understrege, at det er muligt at arbejde Feedback Informeret med andre validerede og pålidelige måleredskaber, så længe de opfylder kravende, som er gennemgået i dette afsnit. Eksempelvis kan nævnes CORE, OQ-45, ARM-V

4) Ekspert præstation og klinisk praksis

En betydelig mængde forskning på tværs af multiple domæner (fx medicin, musik, sport, matematik) dokumenterer de skridt som er nødvendige for at opnå toppræstationer. Disse skridt er: (1) at etablere en måling af nuværende præstationsniveau (baseline) (2) at engagere sig i bevidst, målrettet, reflektiv træning og (3) at få løbende feedback/ coaching. Disse tre trin gennemgås nedenfor.

At etablere en måling af nuværende præstationsniveau (baseline):

Hvad enten det drejer sig om sport, musik eller psykoterapi, er de bedste udøvere bedre til mere præcist at vurdere deres viden, færdigheder og effektivitet. Derudover sammenligner de dygtigste udøvere deres nuværende præstation med (1) deres eget personlige bedste, (2) andres præstationer og (3) kendte nationale standarder eller referenceværdier (benchmarks) (Ericsson, Charness, Feltovich, & Hoffman, 2006).

At engagere sig i bevidst, målrettet, reflektiv træning:

Ekspertudøvere engagerer sig i en specifik form for træning, som er tilrettelagt med det formål at forbedre individets præstation ud over deres nuværende niveau af færdigheder. De dygtigste udøvere engagerer sig i sådanne bestræbelser op til fire timer dagligt, hver dag i ugen, inklusiv weekender og ferier. Denne yderst fokuserede, bevidste og målrettede indsats er ekstremt krævende. Som et resultat heraf vil de fleste træningsperioder ikke vare mere end 45 minutter ad gangen, efterfulgt af en periode med hvile.

Hvad der udgør bevidst, målrettet træning varierer på tværs af domæner af færdigheder. Men for alle former gælder det, at det involverer stærkt fokuseret, gentagende træning af færdigheder, med det fokus at forbedre de dele af præstationen, som man ikke endnu mestrer.

Med tiden resulterer bevidst, målrettet træning i udviklingen af det, som forskere omtaler som ”dyb domæne-specifik viden”. De bedste ved ikke blot mere, men ved også hvornår, hvor, hvordan og med hvem de skal bruge det de ved.

At få løbende feedback/ coaching:

Ekspertudøvere vejledes som regel i deres træning af en coach eller mentor, som giver anvisninger for træningen, der kan skubbe udøveren lige ud over deres nuværende felt af pålidelig præstation.

Implikationer for teapeuter

Forskningen i ekspertise gør det tydeligt, at for at forbedre sig må behandlere (1) måle effekt og fastsætte deres generelle effektivitetsniveau, (2) identificere områder de skal træne, som ligger udover deres nuværende færdighedsniveau, (3) udvikle og udføre en plan for bevidst, målrettet træning, (4) opsøge coaching, instruktioner og/ eller træning, (5) måle effekten af planen og træningen på deres præstation og (6) tilpasse planen og deres næste skridt i forhold til træning.

Den ovenfor beskrevne process kaldes ITAR: Identificer, Tænk, Afprøv, Reflekter. For at bevæge sig udover sit nuværende felt af pålidelig præstation, engagerer de dygtigste terapeuter sig i grundig planlægning, hvor de gennemtænker deres praksis grundigt. Dette betyder at sætte specifikke mål for hvad man vil forbedre og udvikle en plan for, hvordan man vil opnå disse mål. I handlingsfasen følger eksperterne deres præstation: de monitorerer løbende, om de fulgte hvert af de skridt eller strategier, som de skitserede i ”gennemtæknings” fasen og med hvilken kvalitet disse trin blev gennemført. Det er mængden af detaljer de indsamler, når de vurderer deres præstation, som adskiller de dygtigste fra deres mere gennemsnitlige kolleger. I refleksionsfasen gennemgår de dygtigste udøvere detaljerne af deres præstation, og identificerer specifikke handlinger og alternative strategier til at nå deres mål. Hvor ikke-succesfulde elever maler med brede penselsstrøg og tilskriver fejl til eksterne faktorer og ukontrollerbare hændelser, ved de bedste præcis hvad de gør og vil ofte citere faktorer indenfor deres kontrol.

Fundene fra ekspert præstationer kan direkte anvendes i forhold til at mestre viden og færdigheder associeret med feedback-informeret praksis:

- Accepter, at det at mestre FIT kommer til at tage tid.
- Sæt tid af hver dag til at studere og øve, uden at bruge mere end 45 minutter ad gangen, med hvileperioder indimellem (15 minutter minimum).
- Diskuter FIT med en kollega, der har mere viden end dig. Ved at tilmelde dig ICCE (på www.centerforclinicalexcellence.com) får du øjeblikkelig tilgang til dette.
- Sæt små, målbare mål og identificer præcise indikatorer for din præstation (et godt sted at starte, er ved at tage quizen i det efterfølgende afsnit)

Forskning peger på at folk bibeholder viden bedre, når de får deres viden afprøvet. Tag et øjeblik og besvar de følgende 10 spørgsmål. Hvis du svarer forkert på et par stykker, kan du gå tilbage og genlæse det afsnit, spørgsmålet drejer sig om. Om en uge kan du tage quizzen igen og genopfriske det, du har lært.

1. Det bedste resultat af terapi ses mest sandsynligt, når det følgende mønster i alliancescorer ses:

(Godt: 39-40, Rimeligt: 37-38, Dårligt: 36 og lavere)

- a. Starter godt, slutter godt.
- b. Starter godt, slutter rimeligt
- c. Start rimeligt, slutter godt.
- d. Start dårligt, slutter godt.

2. De faktorer, som bidrager mest til terapeutisk forandring er

(vælg muligheden, hvor det bevæger sig fra mindst bidrag til mest bidrag):

- a. Teknik, teori, alliance, placebo.
- b. Teori og teknik, tiltro (allegiance), alliance.
- c. Terapeut, teori, teknik, alliance.
- d. Teori, tiltro (allegiance) alliance, diagnose.

3. Hvorfor anbefales det at måle alliance og effekt med klienten ved hvert besøg?

- a. For at optimere møderne for at tilpasse og forbedre behandlingen.
- b. For at give supervisor tidligere mulighed for at korrigere terapeutens tilgang.
- c. For at tilskynde til hurtigere afslutning af behandlingen.
- d. For at gøre anvendelsen af måleredskabet mere automatisk og mindre udsat for diskussion eller spørgsmål.

4. Hvilket af de følgende udsagn er sandt?

- a. Der er rigelig evidens for, at nogle terapeutiske tilgange er mere effektive end andre i behandlingen af bestemte problemer / diagnoser.
- b. Alle behandlingstilgange virker omtrent lige godt.
- c. Teknik udgør det største procentvise bidrag til behandlingseffekt.

- d. *Dismantling*⁵ studier viser, at specifikke ingredienser i behandlingen er nødvendige for terapeutisk effektivitet.

5. Den terapeutiske alliance består af følgende komponenter:

- a. Positiv effekt, enighed om metoder, klientpræferencer, følelsesmæssigt bånd imellem klient og behandler.
- b. Terapeutens empati, klientens niveau af engagement, enighed om mål, enighed om metoder.
- c. Klientpræferencer, enighed om mål, enighed om metoder, følelsesmæssigt bånd mellem klient og behandler.
- d. Klientpræferencer, klientens styrker, klientens overholdelse af behandlingen, klientens overbevisninger i behandlingen.

6. Det er en god idé at monitorere alliancen løbende fordi:

- a. Det gør det muligt for behandleren at identificere og reducere risikoen for tidlig drop-out eller negativ/ manglende effekt.
- b. Det gør det muligt for klienten at være mere assertiv.
- c. Det hjælper terapeuten med at føle sig understøttet af den store andel af høje scorere.
- d. Det gør det muligt for behandlingssteder at identificere deres mindst effektive terapeuter baseret på de lave alliancescorer.

7. Hvad er den gennemsnitlige rate af klienter, som forværres i terapi- og behandlingsarbejde?

- a. Mellem 20-25% af klienter oplever forværring, mens de er i behandling.
- b. Mellem 5-10% af klienter oplever forværring, mens de er i behandling.
- c. Mellem 0-5 % af klienter oplever forværring, mens de er i behandling.
- d. Mellem 30-40% af klienter oplever forværring, mens de er i behandling.

8. Hvilke af de følgende er en prædikator for behandlingseffekten?

- a. Klientens diagnose.
- b. Tidlig positiv forandring.
- c. Terapeutens autorisation, fag, uddannelse, uddannelsesgrad, egenterapi, klinisk supervision.
- d. Klientens tidligere behandlingshistorie.

.....
5 Særlige studier designet til at teste, hvilke specifikke komponenter af en metode, der kan forklare metodens virksomhed.

9. Hvorfor anbefales det at måle effekt og alliance med dine klienter ved hver session?

- a. Ved at måle effekt og alliance her-og-nu får behandleren mulighed for at tilpasse behandlingen, for at kunne maksimere potentialet for et positivt behandlingsresultat fra klientens perspektiv.
- b. Det giver din supervisor og din chef mulighed for at vide om du gør et godt stykke arbejde.
- c. Det vil overbevise dine klienter om, at du helt sikker vil være hjælpsom for ham eller hende.
- d. Ingen af de ovenstående svar.

10. Hvilket af de følgende udsagn er falsk?

- a. At forbedre dig som behandler er direkte relateret til hvor meget uddannelse du har gennemført, efter du blev færdig med din grunduddannelse.
- b. Det første skridt i at blive bedre som behandler, er at være istand til at udregne sit nuværende niveau af præstation (baseline).
- c. Både a og b er sande.
- d. Både a og b er falske.

Svar-nøgle

1. d 2. b 3. a 4. b 5. c 6. a 7. b 8. b 9. a 10. a

Spørgsmål

Hvis alle behandlingsmodeller er lige effektive, betyder det så at man kan arbejde som man ønsker, og at det at have en teoretisk model eller teknik ikke betyder noget?

Svar

Nej, det betyder ikke, at teoretisk model eller teknik ikke har en betydning. Teori og teknik skaber effekt ved at aktivere og være drivende for placebo, håb og forventninger for klienten. Teori og teknik giver terapeuten en række overbevisninger og procedurer, som er unikke for den særlige tilgang, et rationale for klientens vanskeligheder, strategier eller ”helende ritualer” som følges for at løse klientens problemer. Teori og teknik giver en struktur og et fokus, som er vigtige – uden disse kan terapeutens arbejde opleves som uorganiseret eller som manglende retning og plan.

Spørgsmål

Hvordan kan det være at nogle meta-analyser viser, at der er forskel på effekten af forskellige modeller, men denne manual siger at der ikke er nogen forskel?

Svar

Den primære grund er, at resultatet af meta-analyser afhænger af, hvilke studier, der inkluderes i meta-analysen. Nogle meta-analyser inkluderer studier, som ikke er direkte sammenligninger mellem bona-fide behandlinger, hvilket fører til den fejlagtige konklusion at nogle behandlinger er mere effektive end andre. Disse studier indeholder ikke en kontrol for forskerens ”allegiance” bias (*researcher allegiance effects*)⁶ og inkluderer ”unfair sammenligninger” (dvs. hvor behandling sammenlignes med en række vente-liste betingelser, med psykoedukation eller andre typer af interventioner, som ikke er tilsvarende den behandling, som tilbydes). Kort sagt afhænger validiteten af meta-analyser af de studier, som gennemgås (for en mere detaljeret beskrivelse, læs Imel et al., 2008).

Spørgsmål

Hvordan kan det være at denne manual fremhæver, at professionelt uddannelsesniveau, træning og års erfaring ikke har nogen betydning for klienters effekt af behandling? Betyder det at min professionelle træning ikke er nødvendig? Hvordan kan jeg forbedre mine færdigheder, hvis det jeg har gjort indtil nu ikke er virksomt?

.....
6 Det fænomen, at en forsker, som studerer en metode han/ hun har en præference for, og så har en tendens til at finde resultater til fordel for denne metode.

Svar

Den primære konklusion fra forskningen i udvikling af ekspertise er, at forbedring af færdigheder skyldes en særlig form for træning, som er bevidst, målrettet og fokuseret. Erfaring er ikke nok. Dagligt arbejde med klienter vil ikke forbedre resultaterne, hvis denne type ”bevidst, målrettet træning” er fraværende fra arbejdet. Faktisk vil terapeutiske færdigheder og effekt ramme et plateau, og endda forværres over tid, ved fraværet af fokuseret træning af terapeutiske færdigheder i relation til den specifikke terapeutiske kontekst. Flere detaljer om dette emne kan findes i afsnittet ”Ekspert præstation og klinisk praksis” under ”implikationer for terapeuter”.

Spørgsmål

Betyder begrebet ”bevidst, målrettet træning” at jeg skal se så mange klienter som muligt om ugen for at blive en bedre terapeut?

Svar

Nej. Faktisk viser forskning ingen sammenhæng imellem antal timer man bruger på at lave terapi og effekt. At forbedre sine terapeutiske færdigheder kræver, at man bliver skubbet ud af ens nuværende niveau af terapeutiske færdigheder. Processen inkluderer, at man først identificerer områder som man vil forbedre, at man sætter små mål, at man udvikler og implementerer en handlingsplan, og at man derefter gennemgår resultaterne af sin indsats og tilpasser planen. Uden en bevidst, målrettet indsats vil forbedring af resultater udeblive. Du kan læse mere om dette i afsnittet ”Ekspert præstation og klinisk praksis” under ”implikationer for terapeuter”.

Spørgsmål

Denne manual fremhæver at ”selv med grundigt træned og superviserede behandlere vil 30% til 50% af klienter ikke opleve nytte af terapi og vil ikke respondere positivt på behandling”. Betyder det at 30% til 50% af klienter aldrig vil opleve bedring?

Svar

Nej. Husk at hjælpsom behandling afhænger af, hvordan en specifik klient og terapeut arbejder sammen. Måske har klienten brug for noget andet end den intervention som tilbydes af en given terapeut. Måske kan problemer i alliancen stå i vejen for at behandlingen bliver hjælpsom. Den gode nyhed er, at når klienten henvises til en anden behandler eller et andet behandlingstilbud, er der evidens for, at muligheden for succes er upåvirket af, at tidligere behandling ikke er lykkedes.

Spørgsmål

Det fremhæves i denne manual at ”tidlig positiv forandring forudsiger effekten ved afslutningen af behandlingen”. Jeg har hørt fra kolleger og supervisorere at klienter først skal få det værre, før de får det bedre. Er det ikke sandt?

Svar

Der er ingen forskningsmæssig evidens, som understøtter udsagnet at ”klienter skal få det værre, for at få det bedre”. Nogle klienter får det værre. Men meget forståeligt er de dermed i større risiko for at droppe ud af behandling. Ideen om at ”klienter skal få det værre, for at få det bedre”, er en teoretisk antagelse, som måske passer for nogle klienter, men ikke er generelt gyldig for alle klienter. Tidlig, positiv forandring er det mønster, som støttes af forskning.

Spørgsmål

Hvordan begynder jeg med at få feedback? Hvilket redskab skal jeg anvende, og hvor kan jeg finde dem?

Svar

Du kan downloade the Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS) gratis på www.centerforclinicaexcellence.com. Disse er valide, pålidelige og gennemførlige redskaber, som hver tager under et minut at udfylde og score. Manual 2 tilbyder detaljeret information omkring anvendelsen af ORS og SRS i klinisk praksis.

Referencer

- Anderson, T., Lunnen, K. M. & Ogles, B. M. (2010). Putting models and techniques in context. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.) *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2nd Ed.) (s. 143-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., Owen, J. & Sparks, J. A. (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), s. 635-645
- Anker, M. G., Duncan, B. L. & Sparks, J. A. (2009). Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), s. 693-704.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61 (4) s. 271-285.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (s. 33-56). Washington DC: APA Press.
- Bachelor, A. & Hovarth, A. (1999). The Therapeutic Relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (s. 133-178). Washington DC: APA Press.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcomes Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), s. 842-852.
- Benish, S., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., & Noble, S. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 227-306). New York: Wiley.
- Brown, G.S., Lambert, M.J., Jones, E.R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 513-520.
- Chiles, J., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology*, 6(2), 204-220.
- Cummings, N. A. (2007). Treatment and assessment take place in an economic context, always. In S. O. Lilienfeld & W. T. O'Donohue (Eds.), *The great ideas of clinical science: 17 principles that every mental health professional should understand* (pp. 163-184). New York: Routledge.
- Dew, S., & Reimer, M. (2003). Why inaccurate self-evaluation of performance justifies feedback interventions. In L. Bickman (Chair), *Improving outcomes through feedback intervention*. Symposium conducted at the 16th Annual Research Conference, A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base, Tampa, University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health.

- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2005). Treatment manuals do not improve outcomes. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 140-160). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, J. (2004). *The Heroic Client* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. & Hoffman, R. (Eds.) (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. New York: Cambridge University Press.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Garcia, J. A. & Weisz, J. R. (2002). When Youth Mental Health Care Stops: Therapeutic Relationships Problems and Other Reasons for Ending Youth Outpatient Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), s. 439-443.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., et al. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, s. 155-163.
- Hansen, N., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (3), s. 329-343.
- Harmon, C., Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Slade, K., & Whipple, J. L. (2005). Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 175-185.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38(2), 139-149.
- Howard, K. I., Kopte, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). Introduction. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.)(pp. 23- 46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The common factors of psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed.)(pp. 249-266). New York: Wiley.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Journal of Addictive Behaviors*, 22, 533-543.
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Child Clinical Psychology*, 1, 133-156.

- Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M. J., & Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(2), 241–249.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 143–189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp. 157–211). New York: Wiley.
- Law, D. D., Crane, D. R., & Berge, D. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 353–363.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A.T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501–512.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relationship of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.
- Miller, S. D. (2011). Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCTs and Meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback. The Available Evidence. Chicago, IL. <http://www.slideshare.net/scottdmiller/measures-and-feedback-january-2011>.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2007). Supershrinks. *Psychotherapy Networker*, 31(6), 26–35, 56.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2004). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 6(12), 199–208.
- Miller, S. D., Wampold, B. E., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 5–14.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Seidel, J. A., Chow, D. & Bargmann, S. (2014) Feedback Informed Treatment (FIT): Achieving Clinical Excellence One Person at a Time, *Independent Practitioner* (APA), s. 78–85.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1–27.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling and Development*, 88, 204–209.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford.

- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 113- 141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307-390). New York: Wiley.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 557-564.
- Sapyta, J., Reimer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 145-153.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Spielmans, G. I., Benish, S. G., Marin, C., Bowman, W. M., Menster, M. & Wheeler, A. J. (2013). Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review* 33, s. 460-469
- Walfish, S., McAllister, B., & Lambert, M. J. (unpublished manuscript, 2010). Are all therapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in health providers.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (Counseling and Psychotherapy) 2nd Edition. Routledge.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-re(analysis) of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. A. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144-155.
- Webb, C. A., DeRubeis, R., J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

Manual 2:

Feedback Informed behandlingsarbejde: En grundlæggende introduktion

I denne manual bliver den grundlæggende anvendelse af Feedback Informed Treatment i praksis beskrevet og illustreret igennem case eksempler og udskrifter af dialog. Manualen beskriver, hvordan man introducerer Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS) for klienter i behandling, og hvordan man kan integrere arbejdet med ORS og SRS som en del af behandlingen, for at forbedre effekten. En kort quiz, FAQ (ofte stille spørgsmål) og en referenceliste er ligeledes inkluderet i denne manual.

Grundlæggende introduktion til feedback-informeret behandlingsarbejde. Informationen i denne manual er delt op i seks afsnit:

- 1) Psykometriske egenskaber for ORS og SRS
- 2) At skabe en feedback kultur
- 3) Anvendelse af ORS
- 4) Anvendelse af SRS
- 5) Anvendelse af feedback i behandlingsarbejde, og
- 6) Anvendelse af FIT med par, familier, børn grupper og tvungne (mandated) klienter.

1) Psykometriske egenskaber for ORS og SRS

ORS og SRS er meget korte, gennemførbare instrumenter til at følge klientens trivsel / funktionsniveau og kvaliteten af den terapeutiske alliance, som ikke tager mere end et par minutter for klienter at udfylde og for behandlere at score og tolke. ORS er fundet sensitiv overfor forandringer hos klienter i behandling. Adskillige studier har dokumenteret pålidelighed og gyldighed (concurrent, discriminative, criterion-related and predictive validity, test-retest reliability, and internal-consistency reliability) for ORS og SRS (se f.eks., Anker et al., 2009; Bringham et al., 2006; Campbell & Hemsley, 2009; Duncan et al., 2003; Duncan et al., 2006; Miller et al., 2003; Reese et al., 2009). Der er ligeledes adskillige studier, som viser at anvendelsen af ORS og SRS påvirker effekten af behandlingen signifikant (for eksempel Anker et al., 2009; Miller et al., 2006; Reese, Norsworthy, & Rowlands, 2009).

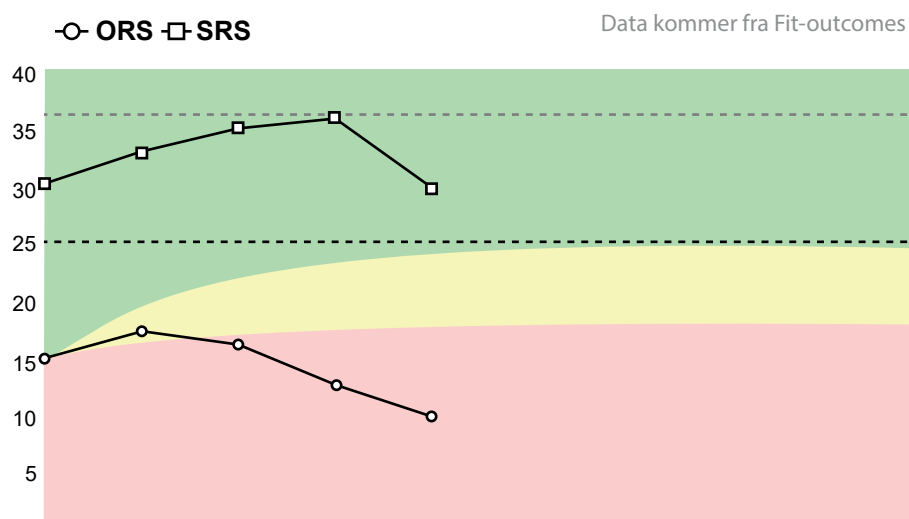
Outcome Rating Scale

Outcome Rating Scale (ORS) er et kort, klientudfyldt skema, med 4 visuelle analoge skalaer, som måler 4 elementer af klientens oplevelse af trivsel / funktionsniveau (individuelt, nære relationer og socialt). ORS er udviklet og har normer for voksne og unge (fra 13 år og opefter). Children's Outcome Rating Scale (CORS) er udviklet til og har normer for børn i alderen 6-12 år. Young Children's Outcome Rating Scale (YCORS) er et redskab til at engagere børn under 6 år i samtalen. YCORS kan ikke scores af behandleren, det anvendes udelukkende som en måde at give meget unge børn en mulighed for at udtrykke deres velbefindende og tilfredshed med behandlingen, på samme måde som ældre børn og voksne, de er i behandling sammen med. ORS skemaerne er tilgængelige på mere end 20 sprog, og der er et manuskript til mundlig administration af skalaen.

Klinisk Cutoff for ORS

Fastlæggelsen af et klinisk cutoff for et effektmålingsredskab tjener to relaterede formål: (1) Det definerer grænsen imellem et normalt og et klinisk niveau af forpinthed og (2) Det giver et referencegrundlag, for at kunne vurdere graden af forpinthed for en specifik klient eller en specifik klientgruppe. Ved at anvende metoden beskrevet af Jacobson og Truax (1991), blev det kliniske cutoff for ORS fastsat på 25 (Miller, Duncan, Brown, Sparks, & Claud, 2003). Den gruppe scoren blev baseret på var ret stor (n=34,790) og sammenligninger med andre veletablerede måleredskaber viser, at cutoff linien er en rimelig skillelinie imellem "normalt" og "klinisk" niveau af forpinthed. For eksempel ligger den kli-

niske cutoff for OQ-45 på 83-percentilen af den ikke-behandlede gruppe, hvor den kliniske cutoff for ORS ligger på 77-percentilen for den ikke-behandlede gruppe. Miller og kolleger har rapporteret at mellem 25%-33% af folk i behandling scorer over den kliniske cutoff ved første samtale (Miller & Duncan, 2000; Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005). Hvor den kliniske cutoff for voksne er 25, har yngre klienter en tendens til at score instrumentet højere. Derfor er den kliniske cutoff for unge (mellem 13-18 år) 28, og for børn (mellem 6-12 år) er cutoff 32.



Figur 1:
 De stiplede linier på grafen (på 25 og 36) repræsenterer det kliniske cutoff for ORS og SRS. Den tykke sorte linie er den faktiske ORS score for klienten, mens den tykke grå linie er den faktiske SRS score. Den grønne zone er den forventede behandlingsrespons (ETR) ved succesfuld behandling, den røde zone er den forventede behandlingsrespons (ETR) ved ikke-succesfuld behandling. I den gule zone giver udviklingen ikke en klar indikation af behandlingsresultatet.

Reliable Change Index

Når behandling er virksom, vil scoren på ORS øges over tid. For at kunne vide, at disse ændringer ikke blot er udtryk for tilfælde, men er et resultat af væsentlige ændringer i velbefindende, må forskellen imellem 2 scorere overstige et statistisk index kendt som *reliable change index* (pålidelig ændrings index) RCI. Kort sagt viser RCI størrelsen på en forandring, som er større end tilfælde eller dag-til-dag variationer i en persons scorer (Jacobson, 1988; Jacobson, Folette, & Revenstorf, 1984; Lambert & Hill, 1994). Forandring, som både overstiger

RCI og krydser den kliniske cutoff fra et klinisk til et ikke klinisk niveau af forpinthed kaldes ”klinisk signifikant forandring” (Jacobson & Truax, 1991). På ORS er RCI 5 point (Miller, Duncan, Brown et al., 2003).

Forandringskurver:

I tillæg til det kliniske cutoff, kan behandleren få feedback som sammenligner klientens score på ORS med computer-genereret ”forventet behandlingsrespons” (ETR) for den pågældende session. Som forskerne Wampold and Brown (2006) har observeret: *”Terapeuter er ikke vidende om forandringskurver for patienter, der generelt ses af terapeuter ... med andre ord har de ingen måde at sammenligne deres egne behandlingsresultater med dem, som opnås af andre terapeuter”* (s. 9). Ved at anvende et stort og varieret normativt datamateriale med mere end 350.000 klient-forløb⁷ udviklede forskerne Bruce Wampold og Takuya Minami algoritmer, som giver forventede forandringskurver for henholdsvis klienter, som oplever hjælp fra behandling (grøn zone) og klienter, som ikke oplever hjælp fra behandling (rød zone). Ved at få adgang til sammenligninger med forandringskurver baseret på et stort datamateriale kan terapeuter hurtigt identificere klienter, som er i risiko for ingen eller negativ behandlingseffekt, og kan ændre, øge eller viderehenvise til anden behandling, før klienten dropper ud af behandling eller bruger for meget tid i en behandling, som ikke fører til positiv forandring. Behandlere kan få adgang til disse data ved at anvende ét af de tilgængelige web-systemer udvikling til FIT (f.eks. FIT-Outcomes, MyOutcomes).

Session Rating Scale

Session Rating Scale (SRS) er et klientudfyldt allianceskema, som spørger til 4 elementer af den terapeutiske alliance. Ligesom ORS er SRS en visuel analog skala, som tager få minutter at administrere, score og fortolke. Elementerne på skalaen refererer til den klassiske definition af den terapeutiske alliance, som først blev beskrevet af Bordin (1979). Skalaen består af 4 sammenhængende elementer af alliancen, som inkluderer kvaliteten af det relationelle bånd, graden af enighed mellem klient og terapeut omkring mål, metode og generel tilgang til terapien. SRS kan anvendes til voksne og unge over 13 år, CORS (Children’s Session Rating Scale) er for børn i alderen 6-12 år og Young Children’s Session Rating Scale (YCSRS) er for børn, der er yngre end 6 år. SRS er også tilgængelig i en gruppeversion, Group Session Rating Scale (GSRS) og i en supervisionsversion, Leeds Alliance in Supervision Scale (LASS). SRS skemaerne er tilgængelige på mere end 20 sprog, og der er et manuskript til mundlig administration af skalaen.

.....
⁷ Datamaterialet var indsamlet i USA, Australien, Canada, Holland, Sverige, Danmark og Norge

SRS cutoff

Cutoff for et allianceinstrument er et punkt, som behandlere bør være særligt opmærksomme på, i forhold til mulige brud på og potentielt svigt af arbejdsalliancen. Cutoff for alliance-skemaet gør det muligt for behandleren at identificere de terapeutiske relationer, hvor der er statistisk større risiko for, at klienten dropper ud eller oplever negativ eller ingen effekt af behandlingen. På SRS er en score under 36 opfattet som anledning til bekymring, idet færre end 24% af dem, der udfylder SRS scorer under 36 (Miller & Duncan, 2004).

2) At skabe en feedbackkultur

At opnå klinisk relevant feedback fra klienter i behandling kræver mere end blot at anvende ORS og SRS. Behandlere må arbejde på at skabe en atmosfære, hvor klienten føler sig fri til at give udtryk for sin oplevelse af processen og effekten af behandlingen (1) uden at skulle være bange for repressalier og (2) med en forventning om, at det vil have en betydning for behandlingens form og kvalitet. Udover at vise en åben og imødekommende holdning, kræver det at skabe en "feedbackkultur" også at man bruger tid på at præsentere skemaerne omhyggeligt og grundigt. Det er afgørende at tilbyde en forklaring på, hvorfor man vil anvende skemaerne, samt at beskrive hvordan feedback vil blive brugt til at guide behandlingen (ved at gøre det muligt for terapeuten at fange og reparere problemer i alliancen, forebygge dropout, justere behandlingen, hvis ikke den har den ønskede effekt, osv).

For at opnå præcis og relevant feedback fra klienten, er det vigtigt at terapeuten introducerer skemaerne omhyggeligt, at hun er ekstremt tydelig omkring de spørgsmål, som bliver stillet på skemaet og hvorfor klientes svar er vigtige. Det kan være nyttigt at lade klienten vide, at forskning i terapeutisk effekt viser, at deres oplevelse af tidlig bedring i forhold til deres situation, er et helt centralt element i forhold til at de også på længere sigt opnår et succesfuldt resultat. Det samme gælder deres oplevelse af tilfredshed med den hjælp de modtager, som er vigtigt at drøfte og arbejde med, for at sikre klientens engagement i behandlingen. Det er derfor vigtigt at klienten forstår, at terapeuten ikke vil blive stødt eller defensiv, hvis klienten giver negativ feedback. Tværtimod må terapeuten oprigtigt føle og tydeligt kommunikere, at hun virkelig har brug for at vide, hvis klienten ikke føler sig hjulpet eller hvis der er noget klienten ønsker anderledes ved behandlingen. På den måde kan terapeuten vise så tydeligt som muligt, at hun oprigtigt ønsker at være lydhør overfor klientens feedback. Naturligvis kræver denne holdning fra terapeuten en reel tro på, at klientens syn på behandlingen er af afgørende betydning for terapiprocessen. Det kræver derudover terapeuten tager det seriøst og reagerer med ydmyghed, hvis klienten udtrykker betænkeligheder eller ønsker til ændringer i samarbejdet, fremfor at behandle feedbacken som klinisk materiale, der skal forstås og fortolkes teoretisk.

En anden pointe, som kan være brugbar at præsentere for klienten, er at gøre tydeligt, at dette ikke bare er endnu et skema, som er udviklet til at vurdere dem diagnostisk, eller for at tilfredsstille bureaukratiske krav. Hovedformålet med feedbackskemaerne er at hjælpe terapeuten med at holde sig på sporet, og undgå at gøre eller sige ting, som klienten kan opleve som sårende eller

ikke hjælpsomme. Anvendelsen af ORS og SRS giver terapeuten mulighed for tydeligt at vise sit engagement i at sikre klientens udbytte af behandlingen.

At introducere skemaerne for en klient:

Følgende er et eksempel på, hvordan du kan introducere FIT for dine klienter. Brug eksemplet til at lade dig inspirere til at finde dine egne ord, når du skal introducere skemaerne for dine klienter.

“Jeg arbejder lidt anderledes end andre terapeuter. En af de ting, som er mest vigtigt for mig, er at sikre, at de klienter jeg taler med føler sig hjulpet af vores samtaler, og at de opnår de resultater de ønsker. Derfor er det vigtigt at du hjælper mig med at holde øje med, hvordan tingene udvikler sig i løbet af vores samtaler. Til det formål anvender jeg to korte instrumenter, som kan hjælpe os med at holde øje med hvordan du oplever behandlingen virker, og hvordan du oplever at vores måde at samarbejde på passer for dig. Den første skala anvender vi i begyndelsen af samtalen, den anden skala bruger vi i slutningen af samtalen. Din feedback er helt afgørende, for at sikre at vores samarbejder bliver nyttigt for dig.

En af de ting vi ved ofte sker i hjælpsom behandling er, at klienten ret hurtigt oplever en bedring i, hvordan de har det. Det betyder ikke, at vi skal stoppe vores samarbejde hurtigt, men er faktisk et tegn på, at der også på lang sigt er stor sandsynlighed for at vores samarbejde vil have en god effekt for dig. Så den hurtige forandring viser os, at vi er på rette spor. Hvis vores samarbejde er hjælpsomt og virksomt for dig, kan vi fortsætte med at mødes, så længe det giver mening for dig. Hvis du ikke oplever en hurtig bedring, vil jeg tale med dig om det, for at se om vi skal ændre lidt på det vi laver sammen. Hvis tingene fortsat ikke bliver bedre, vil jeg måske foreslå dig nogle lidt større ændringer af behandlingen og måske også tale med dig om at finde en anden terapeut eller et andet behandlingssted. Giver det mening for dig?”

De bedste terapeuter og feedbackkultur:

Der er stigende evidens for, at processen omkring at reagere på klienters negative feedback, også når det omhandler elementer af terapien, som kan virke relativt banale, kan bidrage til styrkelse af den terapeutiske alliance og skabe et stærkt fundament for et fremtidigt samarbejde. Der er også evidens for, at bedre terapeuter frembringer mere negativ feedback fra deres klienter end gennemsnitlige terapeuter. Dette kunne tyde på, at disse terapeuter er i stand til at skabe en tilstrækkeligt stærk alliance med deres klienter, hvilket betyder, at klienten føler sig tryk ved at give dem ærlig feedback. Det illustrerer også, hvor vigtigt det er, at terapeuten anerkender og forstår betydningen

af at opbygge en feedbackkultur. Opsummerende kan man sige, at kvaliteten og brugbarheden af den feedback, terapeuten får fra klienter, vil afhænge af i hvilken grad terapeuten oprigtigt ønsker ærlig feedback og i hvilket omfang dette kommunikeres klart til klienten.

3) Anvendelse af ORS

Introduktion af ORS for klienter

ORS (se Appendix I) administreres i begyndelsen af sessionen. På skalaen bedes klienten om at tænke tilbage på den sidste uge, der er gået (eller på tiden siden sidste session) og placere en markering (eller et x) på fire linier, som hver repærsenterer forskellige områder af funktion (individuelt, nære relationer, socialt og generelt velbefindende). ORS bruges ved hver session (eller en gang om ugen – ved ugens første kliniske kontakt – hvis behandlingen er mere intensiv end en gang om ugen, eller i døgnbehandling). Typisk udfyldes skemaet med terapeuten tilstede. For at få den mest præcise baseline måling (også kaldet intake scoring) bør du administrere ORS, så snart klienten har en klar forståelse af ORS, så han eller hun kan knytte sine oplevelser til den sidste uge (og sandsynligvis også til deres årsag til at have søgt behandling) til hvert spørgsmål på skalaen.

Det er vigtigt at behandleren tydeligt forklarer klienten, at scoren skal være et gennemsnit for den sidste uge (eller for tiden der er gået siden sidste session), da det ofte vil være fristende at score skalaen så den viser, hvordan klienten har det ”her og nu”.

At få en score som repræsenterer et gennemsnit for den sidste uge er helt afgørende for at få en gyldig baseline eller intake scoring. Det er vigtigt at sikre sig, at klienten føler at scoren har en klar sammenhæng med hans eller hendes oplevelse af funktionsniveau, for at sikre at ORS-grafen præcist afspejler og knytter sig til hans eller hendes oplevelse af sit liv. Hvis klienten oplever, at scoren ikke har sammenhæng med hans eller hendes egen fornemmelse af trivsel, bør man lade klienten gennemgå ORS igen og score den på ny, for at sikre at scoren klart afspejler hans eller hendes oplevelse af trivsel på alle fire spørgsmål.

Det følgende er et eksempel på hvordan du kan introducere ORS for din klienter. Brug eksemplet til at inspirere dig til at finde dine egne ord, når du præsenterer skalaen for dine klienter.

Denne skala er ORS. Som du kan se har skalaen 4 spørgsmål: Individuelt, Nære relationer, Socialt og Generelt. Disse er områder af dit liv, som bør vise forbedring, hvis det arbejde du og jeg gør sammen, er virksomt. Jeg vil bede dig udfylde dette skema hver gang vi mødes, for at give os en fornemmelse af, hvordan tingene udvikler sig i dit liv. I dag, hvor det er vores første møde, har vi brug for at få en ”start måling” som viser os, hvordan tingene har været i dit liv inden du og jeg begynder at arbejde sammen. Jeg vil bede dig se tilbage på

den sidste uge inklusiv i dag, og vurdere hvordan du har haft det på hver af de fire spørgsmål. Giver det mening?

Hvis klienten beder om forklaring på et af de fire sub-skalaer på ORS, kan de forklares på følgende måde:

Individuelt: Hvis klienten spørger om forklaring, kan du sige ”Hvordan du har det med dig selv” ”hvordan du har det som individ”, ”dit personlige funktionsniveau”.

Nære relationer: Hvis klienten spørger om forklaring, kan du sige ”Hvordan du har det i forhold til din familie” ”i forhold til de mennesker du er tættest på”.

Socialt: Hvis klienten spørger om forklaring, kan du sige ”hvordan du har det med dit liv udenfor hjemmet eller i de fællesskaber du er i”, ”hvordan du har det i forhold til arbejde, skole, venner, bekendte eller kirken”

Generelt: ”Når du tager disse specifikke områder af dit liv i betragtning, hvordan vil du vurdere at dit liv fungerer samlet set”.

Det kan også være hjælpsomt for klienter at gøre tydeligt at de kan score skalaen så den afspejler deres oplevelse af, hvordan de forskellige områder af livet bidrager med forskellig vægt til deres samlede opfattelse, for eksempel ved at sige:

For nogle klienter er deres arbejde rigtig vigtigt, hvilket betyder at hvis de har det godt på deres arbejde, vil deres sociale funktionsniveau være rigtig godt, hvilket vil afspejle sig i deres generelle oplevelse af vebefindende. Det vil trække den samlede score i positiv retning. For andre klienter er deres individuelle funktionsniveau det vigtigste område af livet, når de skal score deres generelle funktionsniveau. Derfor vil et lavere individuelt vebefindende også gøre at deres generelle vebefindende ligger lavere. Jeg vil bede dig vise mig på skalaen ”generelt”, hvordan disse tre områder af livet påvirker din generelle følelse af vebefindende.

Nogle klienter kan have svært ved at give en score, som afspejler et gennemsnit for hele ugen, fordi de er så påvirkede af, hvordan de føler lige i øjeblikket. For disse klienter kan det ofte være en god idé at hjælpe dem med at huske lidt mere af, hvad der er sket i deres liv den sidste uge (eller siden sidste besøg). Dette kan gøres ved at spørge klienten mere specifikt om forskellige dele af ugen, og hvad der er sket, for eksempel:

I dag er det torsdag, så hvis vi ser tilbage på den sidste uge, hvad skete der i slutningen af sidste uge Fredag? (giv klienten tid til at svare). Og hvis du

tænker på week-enden Hvad lavede du i week-enden? Hvem tilbragte du tid sammen med? ... Hvad lavede du ellers i week-enden? (giv klienten tid til at svare). Når du så tænker på starten af denne uge ... (og så videre, indtil du har givet klienten muligheden for at huske hele ugen i lidt flere detaljer inden de udfylder ORS).

Efter denne første administration af ORS, som kan tage meget kort tid eller kan kræve noget mere detaljeret gennemgang og forklaring, vil det typisk ikke være nødvendigt at skulle forklare skemaet i de efterfølgende sessioner. Men det er generelt en bedre idé at komme til at "over-træne" klienterne i udfyldelsen af ORS, hvis der er den mindste tvivl om, hvorvidt de har opfattet den første forklaring. Dette er langt at foretrække fremfor at risikere, at klienten ikke kan bruge skemaet efter hensigten, til at give feedback om hendes oplevelse af behandlingens effekt.

Scoring af ORS

Når du anvender papirudgaven af ORS, er det vigtigt at sikre sig at linierne på skemaerne er 10 centimeter lange, inden du printer skemaet ud. For at score ORS måles afstanden i centimeter (til nærmeste millimeter, f.eks. 5,7) mellem venstre side af linien og klientens markering på hver af de 4 linier. De 4 tal lægges sammen for at opnå den samlede score. Scoren kan enten tegnes ind på en papir graf eller kan tages ind i et af de tilgængelige softwareprodukter. Computersystemerne gør det også muligt at udfylde, score og beregne data direkte på computer eller tablet (f.eks. iPad).

Fortolkning af scoren

ORS scores i sessionen lige efter klienten har udfyldt skemaet og tegnes ind i en graf (enten på papir eller elektronisk). Klientens score sammenlignes med den kliniske cutoff (see afsnit 1 for definitionen af klinisk cutoff). Lave scorer på ORS svarer til dårligere trivsel (eller højere grad af forpinthed). Bemærk at den gennemsnitlige i ORS score ved første session for klienter i ambulant terapi og behandlingsarbejde er mellem 18 og 19. Det første skridt i at tolke klientens startscore er blot at beskrive det mulige interval for velbefindende, og hvad klinisk cut-off betyder for klienten, samt at beskrive hvordan klientes score relaterer sig til cut-off linien. For eksempel med en klient, som scorer 16.5 på ORS i første session:

Jeg har tegnet din ORS score ind i denne graf, og som du kan se er der en stiplet linie på 25. Vi ved at folk, der score under den stiplede linie, typisk vil ligne folk, der søger behandling. De er mere som folk der siger "der er ting i mit liv

jeg gerne vil ændre, ting som generer mig”, og generelt er folk, der scorer over den stiplede linie mere som en bred gruppe af mennesker, der ikke har valgt at søge behandling. Din score ligger her, på 16,5, så du ligger under den stiplede linie, giver det mening for dig? (klienten nikker). Så det kunne se ud til, at det giver mening at du er kommet her i dag, og at der er en hel del ting, du godt kunne tænke dig at ændre på. Giver det mening for dig? Passer det med hvordan du har det?

Det sidste spørgsmål i eksemplet fungerer som en mulighed for at undersøge, om scoren tydeligt passer med klientens oplevelse af sit funktionsniveau.

Som nævnt i afsnit 1, vil 25-33% af klienter score over det kliniske cutoff ved første samtale. I afsnit 6 vil vi gennemgå, hvordan man kan reagere på scoren der ligger over det kliniske cutoff.

Når man anvender et af de computerbaserede softwaresystemer, vil klientens score blive knyttet til en ”forventet behandlingsrespons” kurve (Expected Treatment Response – ETR) (se figur 1, side 41). ETR giver terapeut og klient muligheden for at bedømme om effekten af behandlingen svarer til den forventede behandlingsrespons i hjælpsom behandling, sammenlignet med 350.000 klientforløb. Afsnit 5 beskriver, hvordan man kan integrere klientens feedback i behandlingen. Manual 3 i denne serie beskriver hvordan man kan anvende forskellige mønstre fra klient-grafer som en guide i klinisk supervision.

Scorer over klinisk cutoff

Når man taler med klienter, som scorer over klinisk cutoff, er det altid vigtigt at være opmærksom på risikoen for, at klienten får det værre af behandlingen. For at undgå forværring er her et par tips til, hvordan man forholde sig til klienter, som scorer over klinisk cutoff.

Der er nogle grunde til at ORSscoren ved første session ligger over klinisk cutoff. Den mest almindelige grund til at scoren ligger over klinisk cutoff er, at klienten er blevet sendt i behandling af andre (tvungne klienter / mandated clients). Dette vil blive beskrevet mere detaljeret i afsnit 6 i denne manual.

En anden almindelig grund til at klientens score ligger over det kliniske cutoff er, at klienten ønsker hjælp med et meget specifikt problem – et som ikke påvirker den generelle livskvalitet eller funktion, men som ikke desto mindre er generende. I betragtning af den øgede risiko for forværring for folk, der starter behandling og scorer over cutoff, anbefales behandlere at undgå ”udforskende” og ”dybde-orienterede” tilgange med disse klienter. Den bedste tilgang i sådanne tilfælde er en forsigtig tilgang, hvor man anvender den mindst invaderende og intensive metode, som er tilstrækkelig, til at løse det præsenterede problem.

Endelig, og mindre ofte, kan årsagen til høj første score på ORS inkludere (1) godt fungerende mennesker, som ønsker terapi som et led i personlig vækst, selvrealisering og for at optimere deres præstation, og (2) folk som kan have vanskeligheder ved at læse og skrive, eller som ikke har forstået meningen eller formålet med måleinstrumentet. I det sidste tilfælde bør man tage mere tid til at forklare måleinstrumentet og skabe en feedback-kultur, eller i tilfælde hvor der er læse-eller sproglige vanskeligheder, kan den mundtlige version af ORS og SRS anvendes (kan hentes på www.scottdmiller.com). For godt fungerende mennesker bør man være varsom. En tilgang som fokuserer på styrker og er mere coachende, med fokus på specifikke, målrettede, målbare mål vil med stor sandsynlighed være mest hjælpsom, samtidig med at det vil minimere risikoen for forværring.

4) Anvendelse af SRS

Introduktion af SRS for klienter

Måden terapeuten introducerer Session Rating Scale på spiller en stor rolle i kvaliteten af den feedback, der opnås og i styrken af den terapeutiske alliance i sig selv. Ligesom ORS er SRS udviklet til, ikke kun til at være et måleinstrument, men også til positivt at påvirke det, der måles, igennem vores omhyggelige brug af den information, det giver. SRS administreres lige før afslutningen af hver session, og det er vigtigt at forklare formålet med SRS, ved at lægge vægt på betydningen af alliancen for succesfuld behandling. Derfor skal terapeuten opfordre klienten til at fremkomme med enhver negativ eller kritisk feedback. Mange behandlere er i tvivl om det er muligt for klienter, som måske af kulturelle årsager finder det svært at give kritisk feedback til en professionel, de opfatter som en autoritet, at give en nuanceret feedback. Disse behandlere siger, at klienter kan føles sig utilpasse og pressede af en invitation til at give kritisk feedback til en person, som de føler sig særligt ydmyge overfor. En måde at håndtere dette på kan være, at man i sin introduktion af skemaet rammesætter SRS i et positivt lys. I stedet for at klienten føler, at de bliver bedt om at svare på ”hvad var galt med den behandling jeg modtog” kan terapeuten spørge ”hvad kunne have gjort behandlingen endnu mere hjælpsom for dig”? Processen kan for klienten beskrives som en almindelig måde for terapeuten at arbejde på, hvilket gør det lettere for klienten at byde ind med sine følelser. Det kan være hjælpsomt at terapeuten overfor klienten rammesætter feedbacken som helt afgørende for at sikre at terapeuten gør sit job bedst muligt.

Følgende er et eksempel på hvordan du kan introducere SRS for dine klienter. Brug eksemplet til at inspirere dig til at finde dine egne ord, når du skal præsentere skemaet for din klienter:

Jeg vil bede dig udfylde endnu et skema. Det hedder Session Rating Scale. Grundlæggende er det et værktøj, som du og jeg kommer til at bruge ved hver session, for at kunne tilpasse og forbedre vores måde at samarbejde på. Der er en masse forskning, som viser, at din oplevelse af vores samarbejde – følte du dig forstået, fokuserede vi på det som var vigtigt for dig, føles den tilgang jeg benytter rigtig for dig – er en god indikator for, om vores samarbejde bliver hjælpsomt. Jeg vil gerne understrege at jeg ikke sigter efter at få perfekte scorere – 10 ud af 10. Livet er ikke perfekt, og det er jeg heller ikke. Det, jeg sigter efter, er at få din feedback på selv de mindste ting – selvom det måske virker ligegyldigt – så vi kan tilpasse vores samarbejde og sikre os, at vi ikke kommer på forkert kurs. Ligegyldigt hvad det er, så lover jeg dig, at jeg ikke tager det

personligt. Jeg lærer hele tiden og jeg er nysgerrig på hvad jeg kan lære af at få denne feedback fra dig. Giver det mening?

Scoring af SRS:

SRS scores på samme måde som ORS. Linierne er (skal være) 10 centimeter lange, og scores i centimeter til nærmeste milimeter fra venstre ende af strengen til klientens markering på hver af de 4 linier. Læg de 4 numre sammen for at opnå den samlede score. Score kan enten tegnes ind på en papirgraf eller kan tages ind i et af de tilgængelige softwaresystemer. Softwaresystemerne giver dig mulighed for at udfylde, score og beregne data fra ORS og SRS på din computer eller tablet PC (fx iPad).

Tolkning af scoren

Forskning i SRS viser at størstedelen af klienter vil score 9 eller højere (ud af 10) på hver linie (Miller & Duncan, 2000). Hvis de gør det på alle 4 linier vil den samlede score være 36 eller højere (ud af 40). Denne score omtales som cutoff for SRS og tegnes som en stiplet linie på SRS grafen (se figur 1, side 41). Hvis klienten scorer over 36, er det vigtigt at huske, at denne scorer ikke bekræfter, at du har en stærk alliance med din klient. Det kan betyde, at på dette tidspunkt af terapien, føler hun sig ikke tryk nok til at give negativ feedback. Den bedste respons på en score over 36 er at takke klienten for feedbacken og tilføje, at du ville sætte stor pris på, hvis klienten ville lade dig vide, hvis hun senere kommer i tanke om noget feedback på sessionen, i forhold til ting hun gerne ville have at du ændrede en lille smule på.

Scorer som ligger på eller under 36 anses som værende ”anledning til bekymring” og bør drøftes med klienten inden sessionen sluttet. Et fald i SRS scoren på bare et enkelt point er også fundet at hænge sammen med dårligere effekt af behandlingen – selv når den samlede score holder sig over 36 – og bør derfor drøftes med klienten (Miller, Duncan, & Hubble, 2007). Opsamlende kan man sige, at SRS hjælper behandlere med at identificere problemer i alliancen (f.eks. misforståelser, uenighed om mål eller metode) tidligt i behandlingen, hvilket kan hjælpe med at undgå at klienten dropper ud eller får det værre.

Uanset omstændighederne, er åbenhed og gennemsigtighed afgørende for at få meningsfuld feedback på SRS. Når den samlede score er under 36, for eksempel, kan terapeuten opmuntre til drøftelse ved at sige:

Tak for den tid og omhyggelighed du brugte, da du udfyldte SRS. Din oplevelse her er vigtig for mig. Når du udfylder SRS får jeg en chance for at checke ind en sidste gang, inden vi slutter i dag, for at sikre mig at vi er på rette spor – at det her virker for dig. De fleste gange, faktisk omkring 75% af tiden, vil folk

score 36 eller højere. Og i dag falder din score på 34, hvilket kan betyde, at vi må tænke på at lave nogle justeringer eller ændringer i måden vi samarbejder på. Hvilke tanker har du om det?”

Når scoren er faldet med et enkelt point sammenlignet med det forgående besøg, kan behandleren begynde at udforske mulige årsager ved at sige:

Mange tak fordi du er villig til at give mig den her feedback. Som jeg fortalte dig tidligere, handler det her skema om, hvordan session har været. Sidste uge (bruger den samlede graf for at vise resultatet) gav dine svar samlet 38. I denne uge kan du se, at den samlede score er 37. Så lille som den ændring kan virke, så viser forskningen faktisk, at bare et enkelt points fald i scoren kan være vigtigt. Har du nogen ideer om, hvordan i dag var forskellig fra tidligere sessioner og hvad, hvis noget, vi måske skal ændre lidt på?

Endelig, når et enkelt spørgsmål på SRS scores lavere sammenlignet med de andre spørgsmål, kan terapeuten spørge direkte til det område, uanset om den samlede score ligger over eller under cutoff.

Tak fordi du tager dette skema alvorligt. Det hjælper mig rigtig meget. Jeg vil gerne sikre mig, at vi er enige om hvordan vi arbejder sammen. Når jeg ser på din SRS, har jeg en chance for at sikre mig at jeg ikke overser noget stort, eller at jeg ikke kommer til at gå i den forkerte retning, i forhold til det, du ønsker. Når jeg ser på skemaet lægger jeg mærke til det her (viser det udfyldte skema for klienten) at din markering på spørgsmålet om ”tilgang og metode” er lavere sammenlignet med de andre spørgsmål. Kan du sige lidt mere om det?”

Når man søger feedback gennem SRS, er det vigtigt at rammesætte sine spørgsmål på en ”opgave-orienteret” måde, dvs. fokuseret på de ting man har gjort i samtalen. Forskningen viser, for eksempel, at folk med større sandsynlighed giver feedback, når det ikke opfattes som en kritik af den anden person, men snarere er feedback på specifik adfærd (Coyle, 2009; Ericsson, Charness, Felto- vich, & Hoffman, 2006). For eksempel, i stedet for at udforske generelt, hvordan sessionen har været for klienten, eller hvordan klienten føler omkring samtalen, bør terapeuten stille spørgsmål på en måde, som frembringer konkrete, specifikke forslag til ændringer af typen, retningen eller leveringen af behandling.

- “Talte vi om de rigtige emner idag?”
- “Hvad var det mindst hjælpsomme vi gjorde i dag?”
- “Gav mine spørgsmål mening for dig?”

- *“Fik jeg overset at spørge dig om noget, du oplever som vigtigt eller som du gerne ville tale om i dag?”*
- *“Var sessionen for (kort/ lang/ lige tilpas) for dig?”*
- *“Fik min reaktion på din historie dig til at føle, at jeg forstod det, du fortalte mig, eller har du brug for at jeg reagerer anderledes?”*
- *“er der noget som skete (eller ikke skete) i dag, som kunne gøre at du ikke kommer tilbage næste gang?”*

Case-eksempel:

Sarah har søgt behandling, for at kunne beslutte om hun skal blive i sit ægteskab. Hun nævner i første samtale en periode i hendes barndom, hvor hun, på grund af hendes forældres separation, boede i fire år hos sin onkel og tante, og var adskilt fra sine søskende. I 4. Samtale refererer terapeuten til denne periode og bruger omkring halvdelen af sessionen på at spørge Sarah om denne fase af hendes liv. Sarah siger, at hun fik masser af omsorg af sin onkel og tante og følte sig taget af i den periode. Og selvom hun savnede sine brødre og søstre, føler hun i dag, at det har fået hende til at værdsætte dem endnu mere. Hun føler at hun er meget tæt på sine søskende.

I slutningen af 4. Samtale scorer Sarah 34,5 på SRS. Dette er anderledes i forhold til scorer på 38 og højere i de tidligere samtaler. Da terapeuten kigger på de enkelte linier, lægger hun mærke til at den øverste linie, ”Relation”, har ændret sig fra 9,8 i sidste session til lige under 8 i denne session.

På baggrund af denne nedgang i scoren, spørger terapeuten Sarah om dette. Sarah nævner spørgsmålene om hendes tidligere liv. Hun føler, at terapeuten ikke hørte og forstod hende lige så godt som i tidligere sessioner, fordi hun virkede som om hun antog, at adskillelsen fra familien og tiden med hendes tante og onkel måtte have været ubehageligt og traumatisk, selvom Sarah slet ikke oplevede det sådan. Hun siger, at hun ønsker, at deres fremtidige samarbejde skal fokusere mere dybdegående på den nuværende situation og hendes ægteskab. Terapeuten undskylder for at have holdt fast i et emne, som Sarah tydeligvis følte, hun allerede havde håndteret og slet ikke oplevede som relevant for den nuværende situation. Hun lovr i fremtidige sessioner overvejende at fokusere på den nuværende situation, sådan som Sarah ønsker det. Samtidig checker terapeuten med Sarah, om det ville være okay for hende, at terapeuten nævner og udforsker med Sarah, hvis terapeuten får en oplevelse af at Sarahs nuværende beslutningsproces påvirkes af tidligere oplevelser. Sarah siger ja. Sarah kommer til 2 samtaler mere, hvor fokus er på hendes nuværende situation. Herefter træffer hun en beslutning omkring sit ægteskab. Sammen med terapeuten aftaler hun at afslutte samtaleforløbet, fordi hun nu har fået den hjælp hun ønskede. SRS scorerne for de sidste sessioner var tilbage på 38/39.

Case-eksempel

Steve har søgt terapi fordi han er blevet tiltagende irriteret og hidsig overfor andre familiemedlemmer. Hans kone har fortalt ham, at hun er begyndt at tvivle på at deres ægteskab kan fortsætte på grund af de vredesudbrud, hun oplever. Steve har overfor hende og deres børn. En ven har nævnt for Steve, at han måske lider af depression og han tænker at irriterbarheden er et udtryk for dette.

Terapeuten introducerer Steve for nogle stress- og vredeshåndteringsteknikker og udforsker, på opfordring fra Steve, mulige betydninger af og årsager til hans vrede og depression.

Ved 3. samtale kommer Steve ind ad døren, tydeligt påvirket efter at have haft et stort skænderi med sin 14-årige søn. Det meste af samtalen bliver brugt på at undersøge hans søns adfærd og hvordan han kan forstå og håndtere den bedre.

Efter de første to samtaler har Steve scoret SRS på maximum 40, men i slutningen af 3. samtale scorer han linien for mål og emner på 7. Selvom de tre andre områder bliver scoret 10, så hans samlede score på SRS er over cutoff, spørger terapeuten ham om hans svar på denne linie. Efter en pause siger Steve, at han jo har brugt samtalen på at tale hans søns vanskeligheder, selvom hans mål med at komme til samtalen var at kigge på sine egne vanskeligheder. Terapeuten spørger Steve, om han har brug for at hun er mere styrende i fremtidige samtaler, hvis de igen bevæger sig lidt væk fra det, som er målet med samtalerne, så de holder sig på sporet. Det vil Steve gerne have hjælp til. I de efterfølgende samtaler gør terapeuten Steve opmærksom på, hvis han er ved at bevæge sig væk fra emnet, for at hjælpe ham med at fokusere på sit mål for samtalerne. Steves SRS scorer er igen 40 og hans ORS bliver også bedre, og han siger, at han er mindre tilbøjelig til at blive vred og er gladere for den måde, han er sammen med sin familie på.

Det er vigtigt at bemærke at der ikke er kan trækkes generelle regler for terapeutisk arbejde ud af disse case-eksempler. Sarah's terapeut konkluderede ikke fra Sarahs feedback, at det aldrig er en god idé at udforske betydningen af en klients fortid for hendes nuværende situation. Hun lærte i stedet, at det ikke var hjælpsomt at gøre det med Sarah på dette tidspunkt. På samme måde konkluderede Steve's terapeut ikke, at hun må være styrende med alle sine klienter så de ikke bevæger sig væk fra det oprindelige mål. Hun lærte at denne klient ønskede, at hun gjorde det, for at kunne få mest muligt ud af dette specifikke terapeutiske forløb. Med andre ord er det vigtigt altid at huske, at feedback fra SRS kun er relevant for den person, der giver den og i den kontekst den bliver givet i.

5) Anvendelse af feedback i behandlingsarbejde

ICCE Service Delivery Agreement

ICCE "Service Delivery Agreement" (se Appendix II) er udformet med det formål, at det skal udfyldes sammen med klienten, på det tidspunkt hvor behandlingen opstartes. Når man første gang mødes med klienten, vil man udfylde ICCE "Service Delivery Agreement" umiddelbart efter at den første ORS er scoret.

I overensstemmelse med principperne for FIT, er formålet med ICCE SDA at sikre, at behandlingen tilrettelægges i overensstemmelse med klientens ønsker, motivation, mål og præferencer. Vær opmærksom på at benytte klientens sprog og ord, når du udfylder ICCE SDA, og undgå diagnostisk- og behandlingfagsprog.

Som et eksempel forestil dig en mand, som møder til behandling, fordi hans partner har truet med at forlade ham, hvis ikke han stopper med at drikke. Når han bliver spurgt til det, indrømmer han hurtigt, at det er et problem at han drikker. På samme tid er hans udtalte årsag/ motivation for at søge behandling at "undgå at hans kone forlader ham"

Derfor vil terapeuten skrive i feltet "klientens årsag/ motivation for at søge behandling" "At undgå at hans kone forlader ham" eller "At bevare sit ægteskab".

Det samme princip følges når feltet "Aftalte mål / mening / formål / præferencer for behandlingen" udfyldes. For igen at bruge eksemplet med manden, som kommer i behandling, fordi hans partner har truet med at forlade ham, hvis han ikke stopper med at drikke, kunne et muligt mål være "nedbringe hvor meget jeg drikker til et niveau, som er acceptabelt for min kone". Med dette udsagn relateres målet direkte til mandens motivation for behandlingen, snarere end en tolkning af terapeutiske formål fra behandlerens side.

Hvis vi igen vender tilbage til manden, som håber at redde sit ægteskab, ville terapeuten skrive den specifikke form for hjælp, som vil udgøre behandlingen i feltet "Aftalte tilgange/ metoder (inklusive type, frekvens og behandler). For eksempel "ugentlige individuelle sessioner fokuseret på "harm reduction" og kontrollerede strategier for indtagelse af alkohol" eller "Deltagelse i 3 Anonyme Alkoholiker møder pr uge".

Terapeuten udfylder på skemaet, at han har forklaret feedback processen for klienten. Når den er udfyldt underskrives ICCE SDA af både terapeut og klient.

ICCE Progress Note

I overensstemmelse med principperne for FIT, er formålet med ICCE Progress Note at sikre, at den behandling, som tilbydes, informeres af løbende feedback

omkring effekten af behandlingen og behandlingsalliancen mellem behandler og klient.

Det er afgørende i arbejdet med FIT, at kunne afgøre om behandlingen virker. Derfor må ORS anvendes i starten af (eller så tæt på starten af) hver session eller "behandlingsperiode" (i f.eks. døgnbehandling eller intensiv behandling vil dette f.eks. være en gang om ugen). Behandleren må også vurdere, om scoren på ORS indikerer at klienten gør fremskridt.

Scorer på ORS kan gå op, ned eller forblive det samme, hvilket kan indikere henholdsvis fremgang, forværring eller fastholdelse af fremgang. Hvis scoren er gået op siden sidste måling, beskriver behandleren hvori forbedringen består og hvordan denne fremgang er blevet adresseret i samtalen. Hvis scoren er bedret, f.eks. for en person i behandling for depression, kan terapeuten f.eks. skrive "klienten fortæller at hun lykkedes med at stå ud af sengen, fremfor at blive liggende hele dagen. Hun har stillet sit vækkeur". I tilfælde, hvor der er forværring, kan terapeuten f.eks. skrive "klienten beskriver at den lavere score er et resultat af at have oplevet mere isolation igennem ugen" eller "et resultat af at have været ude af stand til at komme ud af sengen, selvom hun havde stillet et vækkeur som vi aftalte i sidste session". Det centrale er at dokumentere årsagerne til resultatet i så konkrete og specifikke beskrivelser som muligt.

I feltet "plan imellem sessionerne" opsummeres den plan, som terapeuten og klienten udvikler i samtalen, med det formål at understøtte fremgang, vedligeholde den opnåede fremgang eller adressere forværring. Her er det igen centralt at beskrive konkrete og specifikke handlinger som klient, behandler eller begge vil gøre. I tilfældet med personen med depression, hvis ORS scorer var værre end ved det forgående besøg, kan terapeuten f.eks. skrive "der vil blive lavet en aftale med (f.eks. læge, psykolog, diætist) for at undersøge potentiel (fysisk sygdom, medicin, psykologisk vurdering, osv.)". Hvis der har været fremgang på ORS, beskriver terapeuten hvad klienten vil gøre imellem samtalerne for at holde fast i og konsolidere forandringerne.

At følge udviklingen af den terapeutiske relation imellem behandler og klient er en vigtig komponent af Feedback Informed Treatment. Derfor må SRS anvendes i slutningen af hver session eller "behandlingsperiode" (i døgnbehandling og intensiv behandling vil det f.eks. være en gang om ugen). Behandleren må også afgøre om scoren på SRS antyder, at der er problemer i den terapeutiske relation. Scorer under 36 bør altid drøftes ligesom scorer der er faldet (selvom det blot er et enkelt point) sammenlignet med tidligere sessioner. Behandleren bør også markere på FIT Progress Note om SRS scoren blev drøftet direkte med klienten inden sessionen blev afsluttet.

Når ICCE Progress Note er udfyldt underskrives den af behandleren og klienten, og kan kopieres til klienten, hvis han/ hun ønsker en kopi.

ORS og SRS er dialogredskaber

Det primære formål med ORS og SRS er at give terapeuten information, som kan undersøges nærmere. ORS og SRS er dialogredskaber, som kan informere og forbedre måden terapeuten anvender feedback om effekten af terapien og alliancen med klienten i behandlingen. Ved at have en graf, som både terapeut og klient kan forholde sig til, bliver det muligt at have en åben og transperant samtale, som inkluderer klientens perspektiv på beslutninger omkring behandlingen. Dette sikrer at behandlingen tilpasses og skræddersyes på baggrund af klientens feedback og samtalen mellem klienten og terapeuten. Grafen med ORS og SRS scorer giver mønstre af fremgang og udvikling over tid, som kan stimulere til hypoteser og ideer som kan udforskes, for at sikre at klienten får den hjælp, han eller hun ønsker. Kendskab til specifikke mønstre vil også gøre det muligt for terapeuten at reagere, hvis der er tegn på udfordringer i forhold til effekten af behandlingen eller samarbejdsalliancen (og risiko for drop-out), og kan benyttes til at informere beslutningen om f.eks. at søge konsultation på en specifik sag. På den måde kan ORS og SRS ses som et kvalitetssikringsinstrument. Manual 3 beskriver nogle af de mest almindelige mønstre i individuelle data i flere detaljer, og beskriver måder at kunne reagere på disse mønstre i supervision.

Case-eksempel:

Mia er 24 år gammel og søger behandling på grund af alvorlig depression. Mia's score på ORS ved første samtale er 7,5 (en score, der ligger betydeligt lavere end gennemsnittet for klienter i ambulant behandling. Terapeuten må derfor være opmærksom på at afdække om Mia har selvmordstaner og planer) og over de næste tre samtaler falder hendes score ned til 1,2 på (se figur 2, side 61). Mia har ikke selvmordstanker eller planer. På SRS scorer Mia mellem 39,5 og 40 ved hver session og udtrykker lettelse over at "jeg endelig taler med nogen som forstår min smerte". I løbet af de tre første samtaler har terapeuten løbende talt med Mia om hendes lave ORS, og Mia siger at hun er sikker på at det vil ændre sig men at "sådan noget som det her tager tid". Ved 4. Samtale bruger terapeuten lidt mere tid på at tale om ORS scorerne med Mia:

***Terapeut:** Jeg vil gerne tale lidt mere med dig om hvordan tingene er i dit liv, og hvordan du har haft det de her sidste uger, og hvordan vores samtaler påvirker hvordan du har det, ville det være okay for dig? (Mia nikker stille mens hun græder). Det ser ud som om at du faktisk har fået det være siden du er begyndt at komme her... giver det mening? (Mia nikker, græder stadig). Der er et par ting jeg kommer til at tænke på i forhold til det ... og nogle ting som jeg bliver bekymret over og som jeg gerne vil checke med dig For det første kan*

du se at systemet fortæller os at de fleste klienter i behandling vil have oplevet en eller anden form for bedring efter fire sessioner (peger på den grønne zone) ... og din score ligger her nede i det røde felt, hvilket fortæller os, at du ikke får den hjælp fra vores samtaler, som man kunne have forventet ... og jeg er bekymret for, at hvis vi fortsætter ud af samme spor, så kan vores samtaler måske forhindre dig i at få den hjælp du ønsker dig ... giver det mening for dig?

Mia: Ja ... hm ... jeg mener ... jeg har tænkt lidt det samme ... at jeg har det dårligere og at de ting vi taler om bare gør at jeg får det dårligere ... jeg mener ... jeg vil rigtig gerne komme her og det er som om du virkelig forstår hvor ondt jeg har det ... og jeg tror at mit forhold til min mor er vigtigt ... og det har været godt at tale om ... men det er som om, at når vi taler om det, bliver jeg rigtig oprørt og ked af det ... og så bliver det svært at komme ud af sengen ... jeg har bare ingen overskud ...

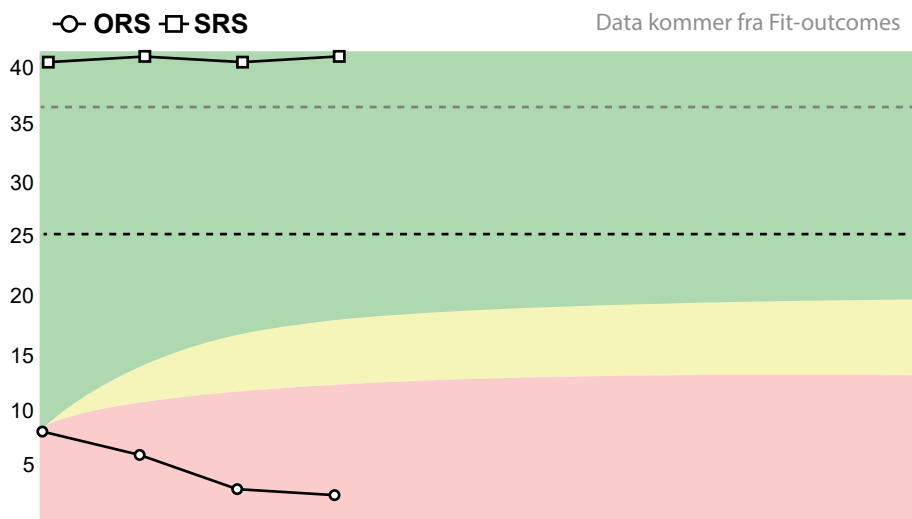
Terapeut: Okay ... så vi har ikke rigtig talt om tingene på en måde, som hjælper dig med at komme ud af sengen eller som hjælper dig med at få dit liv til at fungere bedre (Mia nikker). Så jeg tænker et par ting ... Jeg overvejer, om det er tilstrækkelig hjælp at komme og tale med mig ... eller måske skal vi tale om, hvad der skal til udover vores samtaler, som kunne støtte dig i at komme ud af sengen ... (Mia nikker). Jeg tænker også, at du og jeg sammen skal finde ud af, hvilke emner der vil være mere hjælpsomme for dig at vi taler om, for at du begynder at føle at noget af dit overskud kommer tilbage ... giver det mening?

Mia: Ja ... Jeg tror måske, jeg har brug for, at vi skal tale mere om fremtiden ... tale om hvad jeg kan gøre, for at komme ud af huset, hvad jeg kan gøre, for at møde andre mennesker og komme mere ud ... jeg tror ikke rigtig det med min mor vil hjælpe mig ret meget ...

Terapeut: Så jeg overvejer lidt ... hvis vi nu giver de her nye ideer et forsøg ... vi taler mere om fremtiden og om at komme ud og møde andre mennesker ... og hvis vi finder ud af måder, du kan få mere støtte til at komme ud af sengen ... hvor længe tror du vi har brug for, inden vi kan afgøre, om vi er på et mere rigtigt spor med de ideer?

Mia: Jeg tror måske en måneds tid mere ... så SKAL tingene være bedre....

Kommentar: Terapeuten sørger for at tjekke betydningen af grafen og klientens feedback med klienten, og inviterer klienten til at tale om hvordan de kan tilpasse den hjælp, der tilbydes i lyset af den faldende ORS. Terapeuten sørger også for at aftale en tidsramme (f.eks. 3-4 uger), hvor de afprøver andre tilgange, for at gøre det muligt at kunne tage den manglende fremgang op med klienten igen, hvis der fortsat ikke er fremgang.



Figur 2:
24-årig kvinde i ambulante samtaler 1 gang om ugen.

Case-eksempel:

Robert er en 19-år gammel mand, som søger samtaler, fordi han gerne vil flytte hjemmefra og blive mere selvstændig. Han føler sig usikker, især et det svært for ham at udvikle venskaber med sine jævnaldrende. Han er bange for, at han kommer til at blive ensom og deprimeret, når han flytter for sig selv. Ved første samtale scorer Robert 21,5 på ORS (se figur 3, side 63), og ved den anden samtale beskriver han en stor fremgang på ORS (29,5). Ved 3. session er hans score faldet en smule (25,1). Ved 5. session ligger hans score på ORS igen højt (31,2) og terapeuten benytter denne information til at tale lidt mere detaljeret med Robert om betydningen af hans graf:

Terapeut: Det ser ud som om din score virkelig er hoppet opad siden sidste uge (Robert nikker). Hvordan giver denne fremgang mening ... hvad er der sket siden vores sidste samtale?

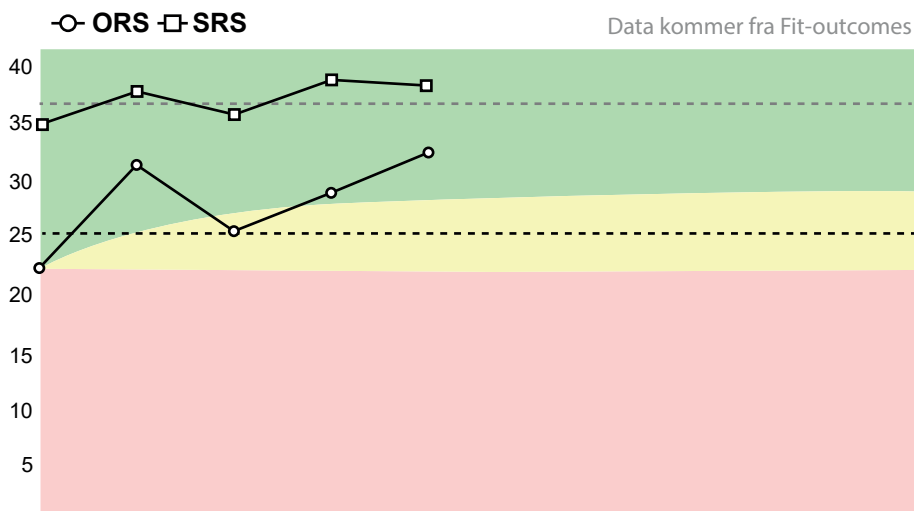
Robert: Jamen det har faktisk været en rigtig god uge ... jeg blev inviteret til fest fredag ... og normalt siger jeg nej til fester, fordi jeg føler mig utilpas, når der er mange mennesker ... men jeg prøvede at tænke mere på nogle af de ting, vi har talt om ... og så sagde jeg ja ... det var virkelig skræmmende og jeg var SÅ nervøs ... men jeg blev ved med at minde mig selv om at "jeg kan gå hjem når jeg har lyst ... jeg behøver ikke blive her, hvis jeg ikke kan lide at være her"

og det hjalp rigtig meget. Og så var festen faktisk sjov ... jeg talte med nogle fyre, som også spiller i basketball klubben.... og de var rigtig lette at tale med og kunne lide mange af de samme ting, som jeg kan lide ... og så talte jeg med den her ene fyr i rigtig lang tid, og vi aftalte, at vi skulle hænge ud sammen ... og jeg drak også nogle øl (griner) ... ret mange øl ... og jeg havde det sjovt ... Det er aldrig sket før ..

Terapeut: Wow ... det lyder som om, du virkelig har udfordret dig selv .. og at du har gjort noget af det, du har haft lyst til i lang tid ... at du har levet et normalt 19-årigt liv ..." (Robert smiler) ... så hvis vi kigger på grafen, så ligger du nu et godt stykke oppe i det grønne område ... som vi talte om allerede første gang din graf tog et hop Og det giver et billede af, at det der er sket siden sidst, er en rigtig stor forandring ... og det lyder virkelig som en rigtig stor forandring ... så det kan være vigtigt at vi nu i vores samtaler husker, at store forandringer kan være svære at holde fast i over tid ... at det måske vil ryge lidt nedad over tid og komme lidt længere ned i det grønne felt (Robert nikker). Så jeg tænker på, om det måske ville give mening, at vi i dag talte om nogle af alle de ting, du har gjort for at skabe den her forandring, og også talte lidt om, hvad der kan udfordre det, du oplever lige nu og måske også talte om, hvilke strategier du har, hvis tingene begynder at gå lidt nedad igen ... så du stadig kan holde fast i så meget af forandringen som muligt ... ville det give mening?

Robert: Ja, det kunne jeg godt tænke mig ... jeg har virkelig lyst til at holde fast i det her så meget som muligt. ...

Kommentar: Terapeuten sikrer at klientens score er knyttet til hans oplevelse af sit liv, ved at bede klienten tolke og forklare udviklingen på grafen. Derudover bruger terapeuten farvezonerne til at guide samtalen omkring udviklingen og om hvordan klienten kan opnå varige ændringer. Dette vil forhåbentlig også forebygge, at klienten mister håbet, hvis scoren falder lidt ved næste samtale.



Figur 3: 19 årig mand i ambulante samtaler 1 gang om ugen.

Generelle retningslinier:

Der er nogle generelle retningslinier, i forhold til timingen af dialogen omkring ORS og SRS med klienter. Disse retningslinier er tænkt som guidelines men kan aldrig erstatte behandlerens vurdering af situationen eller klientens forklaringer på scorene.

“Check-ind” samtale

Hvis der ikke er fremgang på ORS, anbefales det at have en ”check-ind” samtale med klienten ved 3 eller 4 session. Formålet med denne samtale er at udforske elementerne af alliancen (præferencer, mål, metode og relation) for at undersøge, om der skal laves små justeringer af behandlingen, for at øge chancen for et godt resultat for klienten. Denne samtale tjener også det formål at forhindre, at klienten dropper ud af behandlingen pga. den manglende fremgang – at holde klienten engageret i samarbejdet med terapeuten og støtte klienten i at finde ud af, hvordan han eller hun når sine mål for behandlingen. På dette tidspunkt kan det også være en idé at behandleren søger konsultation med en kollega eller supervisor, for at få nye ideer om hvordan han kan arbejde med klienten.

“Sidste stop” samtale

Hvis der ikke er fremgang på ORS ved 6 eller 7 session, anbefales det at have en mere seriøs samtale med klienten omkring behandlingen. På dette tids-

punkt er sandsynligheden for et succesfuldt resultat mindre, og risikoen for at fortsætte en ineffektiv terapi og dermed skabe et afhængighedsforhold øges. Målet med denne samtale er at udforske ideer omkring, hvad der skal ændres i behandlingen – enten ved at tilføje flere elementer til behandlingen, eller ved at henvise til en anden behandler. Det anbefales også, at behandleren søger input fra kolleger eller supervisor på sagen, for at få flere ideer om, hvilke andre behandlingsmuligheder, der kunne være for denne klient.

”Fejle succesfuldt”

Hvis klienten ved 9-10 samtale fortsat ikke oplever fremgang på ORS, anbefales det at tale med klienten om at henvise til en anden behandler, eller et andet behandlingstilbud. Dette vil give klienten mulighed for at samarbejde med en behandler med en anden tilgang, og give klienten mulighed for at få hjælp i et andet forløb (at ”fejle succesfuldt”).

Hvis alliansescoren falder dramatisk, eller hvis den falder fra session til session, er det vigtigt at behandleren reagerer med det samme, ved at udforske årsagerne til faldet i scoren. Det er også vigtigt at udarbejde en plan for, hvordan samarbejdet kan komme tilbage på sporet sammen med klienten, eller drøfte åbent med klienten muligheden for at tale med en anden behandler, for at øge muligheden for hjælpsom behandling og reducere risikoen for drop-out. For eksempler på samtaler om alliancen kan du genlæse afsnit 4.

Case-eksempel:

Diane er 20 år gammel og søger hjælp på grund af depression. Hun mistede sin mor for 2 år siden, da moderen døde pludseligt af en hjerneblødning. Hun bor hjemme hos sin far, men beskriver deres forhold som fjernt og koldt. Diane scorer 15.4 på ORS ved første samtale. I løbet af de første tre samtaler arbejder terapeuten ud fra hypotesen om, at depressionen er en sorgreaktion efter moderens død. Diane er interesseret i at prøve forskellige metoder til at håndtere sorgen, og kan godt lide at samarbejde med terapeuten (SRS ligger omkring 38,5), men hendes ORS scorer forbedres ikke. Ved 4. samtale har terapeuten en ”check-ind” samtale med Diane:

Terapeut: *Når jeg ser på grafen, så ser det ud som om, at på trods af vores fælles indsats i forhold til at arbejde med at lette din tristhed, ved at tale om din mor, så har du det ikke bedre nu, end da vi startede med at tale sammen ... passer det med, hvordan du oplever det?*

Diane: *Ja ... det er som om tristheden ikke vil gå væk ... og det føles lidt som om jeg egentlig ikke er særligt generet af mors død ... det er fint at tale om hende, men det er ikke rigtig der problemerne kommer fra tror jeg....*

Terapeut: Okay ... så det lyder som om du har en fornemmelse af, at problemerne ligger et andet sted ... har du en fornemmelse af, hvad vi skal tale om i stedet for at tale om din mor, for at din tristhed begynder at lette?

Diane: Altså ... jeg er ikke sikker ... det føles bare som om mine problemer stammer mere fra mit liv i dag ... ikke i fortiden ... Jeg er rigtig ked af at bo hjemme hos min far, fordi han ikke rigtig virker som om han kan lide mig ... det er som om der ikke rigtig er nogen som kan lide mig ... og det gør ondt ... (græder).

Terapeut: Okay ... så det virker som om det ville give mere mening, at vi talte mere om, hvordan tingene er i dit liv lige nu ... og hvordan tingene kan blive bedre i dit liv fremover?" (Diane nikker) Så tror du måske, det ville være en idé at tale mere om dit forhold til din far? ... og måske invitere ham med til en samtale sammen med os omkring jeres forhold?

Diane: Du ved ... efter mor døde ... far ændrede sig virkelig ... vi var meget tættere da mor stadig var her ... faktisk sagde folk altid at jeg var fars pige ... Jeg tror ... Jeg vil rigtig gerne have far med ... men jeg ved ikke om han vil komme ...

Terapeut: Måske skulle vi ringe til din far med det samme, og se om han har lyst til at komme med til vores samtale i næste uge?

Case-eksempel:

Stacey er 18 år gammel og søger hjælp til at bekæmpe en alvorlig anorexi. Stacey scorer 11,5 på ORS ved første samtale. På trods af forskellige forsøg på at ændre og tilpasse behandlingen, scorer Stacey stadig 11 på ORS ved 6. samtale og terapeuten inviterer til en "sidste stop" samtale:

Terapeut: Det ser ud som om tingene ikke rigtigt er blevet bedre for dig, på trods af alle dine forsøg på at komme væk fra anorexien ... hvis du ser på grafen, ser det ud som om din score i dag er præcis den samme, som den første gang vi talte sammen (peger på de to scorer på grafen) ... giver det mening?

Stacey: Ja ... det er som om ... vi taler om alle de her gode ting ... men når jeg kommer hjem, tager anorexien fat i mig igen ... og alt hvad vi har talt om sammen, virker pludselig forkert ... og jeg ender med at tænke, at du er forkert og alt hvad du siger er forkert ... og så vælger jeg ikke at spise alligevel ...

Terapeut: Ja ... det virker lidt som om, at samtaler her en gang om ugen ikke er nok til at støtte dig i at bekæmpe anorexien ... det er som om vores samtaler kun virker ... sådan ... et par timer? ... og så er anorexien tilbage

Stacey: (griner) Faktisk er det omkring 12 timer ... og nogle af tingene, du siger, kan jeg godt holde fast i, selv når anorexien kommer tilbage ... men jeg

tror, jeg har brug for nogen, der sidder sammen med mig, når jeg spiser ... for det er de der måltider, som er virkelig svære for mig...

Terapeut: *Det lyder rigtigt ... og du ved, at jeg ikke rigtig kan hjælpe dig på den måde ... jeg kan ikke give dig sådan en støtte hjemme ... faktisk vil det bedste sted for dig at få den støtte nok være på et daghospital, som behandler spiseforstyrrelser ... hvad tænker du om det?*

Stacey: *Jeg kan virkelig ikke lide, hvis jeg ikke skulle tale med dig ... jeg kan godt lide at tale med dig, og jeg føler at du virkelig forstår mig ...*

Terapeut: *Jeg kan også rigtig god lide at tale med dig ... men jeg er også bekymret for, at du ikke får det bedre ... og bekymret for, at hvis vi fortsætter med vores samtaler, vil jeg komme til at stå i vejen for, at du får det bedre ... for så længe du kommer her, bliver du ikke henvist til en anden behandling.*

Stacey: *Jeg ved godt at du har ret ... det er bare ... det er rigtig svært...*

6) Anvendelse af FIT med par, familier, børn grupper og tvungne (mandated) klienter

Feedback Informeret arbejde med par

Anvendelse af alliance- og effektmålingsskalaer i parterapi kan være mere kompliceret, end i individuelle sessioner, men kan også åbne op for flere muligheder. Det kan være mere kompliceret på den måde, at parterne kan være uenige om, hvorvidt der er fremgang og om terapeuten og terapien møder deres behov og ønsker. Det kan åbne op for muligheder i den drøftelse, terapeuten sætter i gang omkring parternes forskellige opfattelser, hvilket kan hjælpe ham eller hende til en dybere forståelse af, hvordan hver person oplever samarbejdet med terapeuten. ORS er et meget værdifuldt redskab i parterapi, når det integreres i hver session. Følgende eksempler illustrerer dette:

(1) Ved første session scorer den ene i parret over klinisk cut-off på ORS, mens den anden scorer et godt stykke under. Terapeuten vil umiddelbart være nysgerrig omkring forskellen og udforske, hvorfor der er denne forskel i deres opfattelser. Denne drøftelse kan være af stor værdi for terapeuten, i forhold til at forstå de forskellige positioner og opfattelser klienter oplever og udtrykker.

2) Efter fem sessioner viser ORS grafen for den ene i parret klinisk signifikant forandring, mens ORS for den anden i parret viser, at der ikke har været forandring – måske endda en smule forværring. Samtalen med den person, som ikke oplever positiv forandring kan foregå i samarbejde med den anden i parret, hvilken på sigt kan identificere problemstillinger, som må adresseres, enten mellem parret eller mellem den i parret, som ikke har fået det bedre og terapeuten.

SRS kan også anvendes kreativt i parterapi. Ligesom i individuel terapi, er vi mest interesserede i den negative feedback, og hvordan den kan fungere til at justere terapiprocessen. I parterapi kan den anden i parret inddrages i drøftelsen af en lavere SRS score, og hans eller hendes synspunkter kan være hjælpsomme i forhold til at forstå, hvad terapeuten må justere, for bedre at møde den andens behov. SRS kan også fungere som en god indikator for, hvor godt terapeuten lykkes med at bevare sin upartiskhed set med klienternes øjne. En kombination af positiv og negativ SRS kan gøre terapeuten opmærksom på, at der måske er tale om en "split alliance" (hvor terapeuten er lykkedes med at etablere en god alliance med den ene i parret, mens den anden part ikke føler sig mødt lige så godt), hvilket har vist sig at være forbundet med et negativt behandlingsresultat

for par. Samtalen om SRS giver mulighed for, at terapeuten kan genetablere neutralitet i klienternes øjne.

Et andet vigtigt tema i parterapi kan være, hvordan den ene klient opfatter det samarbejde, terapeuten har med hans eller hendes partner. Dette kan være vigtigt af flere årsager. Klienten kan føle, at terapeuten er over-forstående overfor partnerens position og kan føle at de (terapeuten og partneren) allierer sig imod klienten, eller han/hun kan være nervøs for, om partneren vil deltage i samtalerne, og kan håbe at terapeuten får en god kontakt med partneren, så han/hun forbliver engageret i den terapeutiske proces. Uanset hvad, er drøftelsen efter at parret har udfyldt SRS en mulighed for, at disse opfattelser udtrykkes og at terapeuten kan respondere på feedbacken.

Case-eksempel:

Følgende eksempel fra en første session parterapi illustrerer, hvordan SRS hjalp med at forebygge, at den ene i parret droppede ud af behandlingen. Ved afslutningen af samtalen udfyldte manden og kvinden begge SRS. Deres to scorere var meget forskellige, hvor mandens scorer lå under cut-off for SRS, mens kvindens scorer lå over cut-off. Da terapeuten spurgte til deres tilbagemeldinger, svarede manden ”Jeg ved at min kone har særlige ideer om sex, f.eks. at jeg bare vil have sex regelmæssigt, for at få mine fysiske behov dækket. Men den måde vi talte om det på i dag, efterlader mig med en følelse af, at jeg er sådan en slags ”monster”, der er drevet af primitive behov”. Da terapeuten spurgte, hvordan samtalen skulle have været anderledes, for at manden følte sig mere forstået, gav han udtryk for at både hans kone og terapeuten så ville have forstået, at sex for ham ikke havde noget som helst at gøre med at tilfredsstille primitive behov, men snarere var en måde for ham at føle en tæt, dyb forbindelse med sin kone og at det også var det tidspunkt, hvor han virkelig følte sig elsket af hende. Kvinden udtrykte overraskelse og glæde over hendes mands feedback. De blev enige om at fortsætte snakken ved næste samtale. Idet manden rejste sig for at gå sagde han ”Jeg tror faktisk ikke, jeg ville have gået med til at komme tilbage, hvis ikke vi havde talt om det her – jeg ville have følt, at ingen af jer forstod hvordan jeg følte. Nu glæder jeg mig til næste gang!”

Feedback Informed arbejde med familier og børn

Når man arbejder med børn under 13 år, anvender terapeuten CORS og CSRS (se afsnit 1). Disse skemaer er udformet til børn i alderen 6-12 år, men kan også anvendes til ældre børn og voksne, hvis de har lettere ved at udfylde disse skemaer, hvor sproget er mere enkelt. Da børn og unge på samme alder kan have meget forskelligt modenhedsniveau, kan der være 11 og 12 årige, som har det bedre med at svare på voksen-udgaven af skemaerne, mens der kan

være 13 og 14 årige som foretrækker børneudgaven. Svarene fra disse skemaer kan scores, krydses ind i en graf og drøftes med klienter på samme måde som voksenskemaerne, og de kan administreres elektronisk ved hjælp af et af de tilgængelige softwaresystemer.

Ofte træffes børn i konteksten af hele deres familie, og børn vil ofte komme i terapi, fordi forældre eller andre voksne (f.eks. en lærer), mener at de har behov for det. Det vigtige er at finde ud af, hvilken ORS score, der bedst kan måle om behandlingen skaber positiv forandring i forhold til den bekymring, som har gjort, at der er taget initiativ til at søge behandling.

I nogle tilfælde vil alle medlemmer i en familie være i behandling, fordi de oplever sig forpinte / oplever problemer, og i dette tilfælde vil hvert familie-medlem udfylde en ORS, hvor de vurderer deres eget funktionsniveau.

I andre situationer er det barnet, som er det "identificerede problem", og i dette tilfælde kan CORS gives til barn og forældre samtidig. Forældrene bliver bedt om at udfylde skemaet, som de vurderer, at barnet trives, ud fra deres observationer af barnet (også kendt som en "collateral rating" eller parallelbedømmelse). De to scoringer fra hhv. barn og forældre kan sammenlignes og forskelle imellem dem kan udforskes. Denne drøftelse kan være en uvurderlig metode til at klargøre, hvordan problemet ses af alle involverede parter, og i undersøgelsen af, hvad formålet er med terapien. Udviklingen fra både barnets og parallelbedømmerens kan følges og bruges som måling af terapiens effekt, hvor parallelbedømmelsen ofte vil være den mest pålidelige indikator for fremgang i terapien.

Hvis barnet bliver set sammen med forældre i familieterapi, vil barnet i slutningen af sessionen udfylde en CSRS for sin oplevelse af samarbejdet og de voksne udfylder deres egen SRS, så alle medlemmer i familien får mulighed for at udtrykke, om terapien levede op til deres ønsker. Læg mærke til at på SRS svarer forældrene for sig selv, ikke på barnets vegne.

At introducere skemaerne for børn omfatter at anvende et sprog, som passer til barnets alder. Ofte kan børn godt lide at deltage i at måle, score og tegne graferne, hvis terapeuten bruger papirversionen af skemaerne.

Eksempel på en præsentation af skemaerne for 2 børn på 9 og 12 år:

Jeg vil gerne bede jer om jeres hjælp med noget ... i mit arbejde er det rigtig vigtigt for mig, at jeg hjælper de mennesker jeg taler med. Og for at sikre mig, at folk føler sig hjulpet, bruger jeg de her to korte skemaer, for at holde øje med hvordan tingene går ... Det første bruger vi i begyndelsen af samtalen, og det andet bruger vi, når vi er færdige med at tale sammen. Så her i starten har jeg brug for, at i hjælper mig med at vise, hvordan tingene er gået den sidste uge, før i kom her op for at tale med mig ... vil i hjælpe mig med det? (børnene nik-

ker – terapeuten viser dem begge CORS). Det her skema er det, vi bruger for at se, hvordan i har haft det ... som i kan se har det fire linier med smiley'er i hver side. Glade smiley'er er til højre, ked-af-det smiley'er er til venstre. Og ovenover linierne står der "mig", "familie", "skole" og "livet som helhed". Jeres opgave er at tænke på den sidste uge og hvordan tingene har været på de her fire områder af jeres liv, og så sætte et mærke eller et kryds på linien, for at vise mig hvordan tingene går (på den elektroniske version beder man barnet om at sætte markeringen på skærmen med finger eller mus). Jo tættere på den glade smiley, jo bedre har tingene været, jo tættere på den ked-af-det smiley, jo dårligere er tingene gået. Giver det mening?

Grupper

ORS og GSRS er også meget værdifulde i gruppeterapeutiske kontekster. Før hvert gruppemøde udfylder og scorer hvert gruppemedlem en individuel ORS og plotter selv scoren ind i en graf (eller udfylder den elektroniske version inden gruppestart). Disse scorer kan herefter bruges til at stimulere og styre samtalen i gruppen om succeser, kampe og uheld, folk kan have oplevet imellem gruppemøderne. I slutningen af gruppesamtalen udfylder og scorer hver person en GSRS. Enhver forskel i scorer kan bruges til at starte en drøftelse af, hvad der gik godt, og hvad der skal ske næste gang, for at forbedre oplevelsen for de gruppemedlemmer, som scorer under cut-off. Alternativt kan terapeuten ringe de gruppemedlemmer op, som har scoret under cutoff, efter gruppen er slut, for at tale med dem om, hvordan terapeuten kan hjælpe personen med at bringe sine overvejelser ind i gruppesamtalen ved næste gruppemøde.

Tvungne (Mandated) klienter

Den mest almindelige grund til, at klienter scorer over klinisk cut-off ved første besøg, er at de er sendt i terapi af en anden, som mener, de bør være i behandling (for eksempel politient, retten, arbejdsgiveren, familien, deres partner, en sagsbehandler, osv). I dette tilfælde kan man bede klienten om at udfylde ORS, som hun tænker, at personen, som har sendt hende i behandling, vurderer at hun har det. Det kan være godt givet ud at bruge tid i samtalen på at tale om, hvordan terapeuten kan hjælpe klienten med at arbejde for at forbedre scoren for den "bekymrede henviser". En samtale med en mand, der blev henvist til terapi af sin læge, illustrerer hvordan denne process kan hjælpe til at etablere en alliance med folk, som er sendt i behandling af andre.

Mandens score på ORS ved første samtale var 28, hvilket placerer ham over cut-off og i det "ikke-kliniske" eller "funktionelle" område.

Terapeuten (tegner scoren ind i grafen og siger): *som du kan se, ligger din score over den her stiplede linie, som hedder det kliniske cut-off. Folk, der scorer over denne linie, scorer mere som mennesker, der ikke er i behandling og som siger at livet generelt går okay.*

Manden (udtrykte sin enighed ved at nikke): *Det er rigtigt, tilføjede han så.*

Terapeuten: *Det er fint ... kan du hjælpe mig med at forstå, hvorfor du er kommet for at tale med mig i dag?*

Manden: *Altså ... Jeg er okay, men min familie – og min kone især – har brokket sig meget over ... altså de siger jeg drikker for meget.*

Terapeuten: *OK, det forstår jeg de ser tingene anderledes end dig. Igen viste manden sin enighed ved at nikke. Vil du udfylde skemaet en gang til for mig ... denne gang som din kone og familie ville vurdere at du har det?*

Da ORS scoren blev regnet ud, var den samlede score faldet til 15 – en del under klinisk cut-off. Ved at benytte forskellig farver penne, tegnede terapeuten nu ”parallel- scoren” på grafen.

Terapeuten (peger på grafen): *Du er her oppe på 28 men din familie, de ser anderledes på tingene.*

Manden: *Lige præcis!*

Terapeuten: *Hvad tror du der skal til, for at din kones og din families score går op?*

Manden: *Jeg er helt sikkert nødt til at skære ned på hvor meget jeg drikker ...*

Dette blev efterfulgt af en lang og engageret samtale om familiens bekymring for, at han kørte bil, mens han var påvirket af alkohol, og mandens hyppige problemer med at huske, hvad der var sket de aftener, han havde drukket meget.

Forskning peger på, at folk bibeholder viden bedre, når de får deres viden afprøvet. Tag et øjeblik og besvar de følgende 10 spørgsmål. Hvis du svarer forkert på et par stykker, kan du gå tilbage og genlæse det afsnit, spørgsmålet drejer sig om. Om en uge kan du tage quizzen igen og genopfriske det, du har lært.

1. Linda's ORS score ved første samtale var 10.4, hendes SRS var 36. Efter 2 måneder med ugentlige samtaler er hendes ORS score 11 og hendes SRS score er 39.5. Hvad er den mindst passende handling nu?

- a. Konsultere med sin supervisor eller kolleger
- b. Da SRS scoren er blevet bedre, blive ved med at gøre det, som du har gjort indtil nu
- c. Tal med Linda om hendes ORS og SRS scorer.
- d. Overvej at ændre din tilgang, eller henvise hende til en anden behandler.

2. Hvilke af følgende udsagn er falske?

- a. Ved første samtale betyder en lav SRS score, at jeg ikke har gjort mit arbejde som terapeut godt nok.
- b. Et fald på SRS er først bekymrende, hvis scoren kommer under 36.
- c. Faldende SRS scorer over tid indikerer, at klienten bliver mere og mere ærlig
- d. Alle ovenstående udsagn er falske

3. Klienter bliver typisk bedst om at udfylde ORS:

- a. Ved afslutningen af samtalen
- b. Ved begyndelsen af samtalen
- c. I slutningen af ugen
- d. Midtvejs i samtalen.

4. Når man arbejder med tvungne klienter (mandated)

- a. Er ORS og SRS ikke valide, da disse klienter ofte lyver
- b. Er ORS valid, men ikke SRS
- c. Er SRS valid, men ikke ORS
- d. Er ORS og SRS begge valide og brugbare til at guide behandlingsplanlægningen.

5. Det kliniske cut-off kan forklares for klienter som en måde at:

- a. Adskille personer, hvis scorer er mere som folk, der starter i behandling fra personer, hvis scorer er mere som folk, der ikke er i behandling.
- b. Vide om en person bør være i behandling
- c. Kunne adskille, hvem der vil og ikke vil få hjælp af terapi
- d. At kunne skelne imellem de personer, som er ærlige og de personer som er uærlige om deres livsomstændigheder.

6. Hvilke af følgende udsagn er sande:

- a. Det er okay at sige til din klient, at de markerer ORS for lavt, hvis du oplever at de har det bedre, end deres score på ORS antyder.
- b. Det er altid vigtigt at forbinde klientens scorer til deres fortælling i den efterfølgende samtale.
- c. Det er terapeutens job at skabe en feedback-kultur, så klienten føler sig fri til at udfylde ORS på en så åben og ærlig måde som muligt.
- d. b og c

7. En score på 39 på SRS:

- a. Betyder, at der ikke er problemer i den terapeutiske alliance
- b. Er ikke mulig at tolke uden yderligere information
- c. Indikerer, at der er grund til bekymring i forhold til den terapeutiske alliance
- d. Indikerer, at terapeuten er på sporet og at den terapeutiske alliance er stærk.

8. Klienter bliver typisk bedt om at udfylde SRS:

- a. I slutningen af sessionen
- b. I begyndelsen af sessionen
- c. I begyndelsen af ugen.
- d. Midtvejs i sessionen.

9. Situation: Ved 4. samtale er klientens SRS score konsekvent lav (ligger omkring 33), men ORS afspejler tilpas positiv forandring (bevægelse fra 15 til 23). Når behandleren opfordrer til feedback og udforsker årsagen til den lave SRS siger klienten "det er ikke noget særligt, det er bare mig" og uddyber ikke yderligere. Hvad vil være den bedste måde at håndtere det på?

- a. Grav dybere, for at identificere, hvad det virkelige problem er i den terapeutiske alliance.
- b. Blive ved med at opfordre til åben feedback omkring, hvad der måske kan være årsag til den lave SRS score og lad det være ved det, da ORS scoren afspejler en positiv forandring.

- c. Introducer for klienten, at dette måske er en overføringsreaktion og foreslå at tage en samtale om processen i løbet af den næste samtale.
- d. Giv klienten forslag til mulige årsager til, hvorfor han eller hun måske er kritisk overfor din tilgang.

10. En klient har problemer med at udfylde ORS pga. et synshandicap. Kan du stadig bruge FIT og taste scorer ind i MyOutcomes eller FIT-Outcomes?

- a. Nej. Det er en af de tidspunkter, hvor du må arbejde uden at anvende FIT.
- b. Du kan bruge filosofien bag FIT til at informere dit arbejde, men du vil ikke kunne indsamle data, som kan testes ind i dit system.
- c. Ja, du kan administrere ORS og SRS mundtligt ved at bruge det mundtlige manuskript og du kan taste scorerne ind i MyOutcomes eller FIT-Outcomes.
- d. Du kan vælge enten at udelade data, eller du kan udfylde ORS for klienten som "collateral rater" (parallelbedømmer) og taste denne score ind i MyOutcomes eller FIT-Outcomes.

Svar-nøgle:

1. b 2. d 3. b 4. d 5. a
6. d 7. b 8. a 9. b 10. c

FAQ (ofte stillede spørgsmål)

Spørgsmål

En klient, der skal udfylde ORS for første gang siger, at han ikke ved, hvad han skal markere på linien for ”nære relationer”, fordi han har det rigtig godt med sine børn, men relationerne mellem børnene og hans partner ikke går så godt. Hvordan skal jeg guide ham til at score skemaet?

Svar:

Foreslå, at han laver sin markering efter den relation, som ikke fungerer så godt, da det er kan være noget af det, han ønsker at ændre på, og det som samtalerne kommer til at fokusere på.

Spørgsmål:

En klient udfylder ORS skemaet og scorer et godt stykke over det kliniske cut off. Men som samtalen skrider frem, bliver det tydeligt, at hun kæmper med flere vanskelige temaer, hvorfor ORS scoren ikke ser ud til at være passende, i lyset af det hun fortæller. Hvordan skal jeg reagere på dette?

Svar:

Del din undren med klienten, og foreslå at hun laver en ny ORS score i lyset af de ting, hun har fortalt dig.

Spørgsmål:

En klient scorer et godt stykke over det kliniske cut off ved første samtale og når jeg spørger ind til scoren siger han, at han kun er kommet til samtalen, fordi en anden har sagt til ham, at han har brug for at tale med en professionel. Hvordan skal jeg reagere på dette?

Svar:

Bed ham om at udfylde et nyt ORS skema, hvor han scorer, hvordan han tror den henvisende (eller bekymrede) person ville score, at han fungerer (en parallelbedømmelse eller collateral rating). Dette kan give mulighed for en samtale omkring, hvorfor denne person synes, at klienten behøver terapi og hvad klienten synes om dette.

Spørgsmål:

En klient scorer konsekvent den maksimale score på SRS, men jeg tror ikke altid hun er tilfreds med måden vi samarbejder på. Hvordan skal jeg bringe det op med hende?

Svar:

Tak klienten for hendes feedback. Bed hende om at tænke over, om der er noget du ville kunne gøre, som ville gøre jeres samarbejde endnu mere hjælpsomt, eller som ville kunne hjælpe hende et skridt videre mod hendes mål.

Spørgsmål:

En klient svarer konsekvent et af spørgsmålene på SRS omkring 6 og 7 (ud af 10), men når jeg spørger ham om scoren siger han, at det for ham er en god score, og at han er tilfreds og glad for samarbejdet. Skal jeg blive ved med at spørge ham om scoren ved hver samtale?

Svar:

Tak ham for hans feedback, og anerkend hans forklaring. Gentag, at du virkelig ønsker at vide, hvis der er noget du kunne gøre, eller noget du kunne justere, som ville gøre samtalerne mere hjælpsomme (og som f.eks. ville kunne flytte scoren til 8 eller 9). Hvis scoren forbliver den samme, skal du anerkende og acceptere hans forklaring, og ikke blive ved med at stille spørgsmål til scoren. Fortsat med at holde øje med udviklingen af SRS scoren, og være parat til at adressere scoren igen, hvis den begynder at falde.

Spørgsmål:

En klient afviser at udfylde ORS og/ eller SRS. Hvordan skal jeg reagere på det?

Svar:

Accepter hans beslutning og hans ret til at sige nej. Forklar at for at samarbejdet har de bedste muligheder for at være til hjælp for ham, har du brug for at få regelmæssig feedback fra ham, og derfor vil du regelmæssigt tale med ham om hans oplevelse af samarbejdet.

Spørgsmål:

En klient har haft stabil fremgang på ORS i løbet af 4 samtaler, men ved den 5. Samtale er den faldet og ligger nu kun en smule højere end hans score ved første samtale. Hvordan skal jeg tale med ham om det?

Svar:

Spørg ham om det pludselig fald relaterer sig til, hvordan han har det i forhold til de temaer, som fik ham til at søge terapi og som i har fokuseret på i jeres samtaler. Hvis det gør, så gennemgå med ham, hvordan han tidligere har oplevet fremgang og hvad der har ført til den ændrede oplevelse nu. Gennemgå hans svar på hvert af spørgsmålene på SRS og dobbelt-tjek den terapeutiske alliance.

Hvis faldet relaterer sig til en pludselig udefrakommende hændelse, så tal med ham om, hvordan han kan håndtere det, og forvent at scoren vil stige igen efter lidt tid.

Spørgsmål:

En klient scorer "Mål og emner" på SRS på 4 (ud af 10), men i den efterfølgende samtale insisterer hun på at tage ansvaret for den lave score f.eks. "det var mig, der formulerede mig uklart". Hun siger, at hun ikke ønsker, at jeg skal gøre noget anderledes. Hun oplever, at det her skyldtes hende, fordi hun ikke kunne nå at tale om alle de temaer hun ønskede, med den tid der var til samtalen. Hvordan skal jeg reagere?

Spørgsmål:

Vær forsigtigt insisterende, uden at presse klienten eller underkende det hun siger. Bed hende om at tænke på, om der er noget du kan gøre anderledes, selvom det måske bare er en lille ting, som kan hjælpe hende med at forvalte tiden bedre, så hun får talt om de temaer, som er mest vigtige for hende.

Referencer

- Anker, M., Duncan, B., Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: an RCT in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- APA Presidential Task Force on Evidence-based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Bringinghurst, D. L., Watson, C. S., Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2006). The reliability and validity of the outcome rating scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 23-29.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13, 1-9.
- Coyle, D. (2009). *The talent code: Greatness isn't born. It's grown. Here's how*. New York: Bantam.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Hubble, M. A. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, November/December, 36-45, 57.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working alliance" inventory. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-11.
- Duncan, B. L., Sparks, J. S., 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.
- Jacobson, N. S. (1988). Defining clinically significant change: An introduction. *Behavioral Assessment*, 10, 131-132.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jacobson, N. S., Folette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336-352.
- Lambert, M.J., & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.)(pp. 72- 113). New York: Wiley.
- Miller, S. D., & Bargmann, S. (2011). Feedback- Informed Treatment (FIT): Improving the Treatment of Male Clients One Man at a Time. In Ashfield, J (Ed.), "Doing psychotherapy with men: Practicing ethical psychotherapy and counselling with men." Australian Institute of Male Health and Studies, and Amazon.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). *The heroic client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and Scoring Manual*. Chicago, IL: ISTC.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., Brown, G. S., & Chalk, M. B. (2006). Using outcome to inform therapy practice. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22.

- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A., & Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 418-431.
- Wampold, B.E., & Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.

APPENDIX I: Gennemsynskopi ORS og SRS

Outcome Rating Scale (ORS)

Individuelt:

Navn _____	Alder (År): _____
ID# _____	Køn: _____
Session # _____	Dato: _____

Når du ser tilbage på den tid, der er gået siden sidste samtale (inklusiv i dag), skal du vurdere, hvordan du har haft det på følgende områder af dit liv. En markering til venstre for midten markerer, at du har haft det dårligt, mens en markering til højre for midten markerer, at du har haft det godt.

(Personligt velbefindende)

Nære relationer:

(Familie, nære venner, osv.)

Socialt:

(Arbejde, skole, bekendte)

Generelt:

(Generel følelse af velbefindende)

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann (2010)

Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Navn _____ Alder (År): _____

ID# _____ Køn: _____

Session # _____ Dato: _____

Du bedes vurdere dagens samtale, ved at sætte et mærke på hver af de fire linier. Du skal placere din vurdering tættest på den beskrivelse, som passer bedst på din oplevelse.

Relation:

Jeg følte mig ikke hørt, forstået og respekteret. Jeg følte mig hørt, forstået og respekteret.

Mål og emner:

Vi arbejdede ikke med eller talte ikke om det jeg gerne ville arbejde med og tale om Vi arbejdede med og talte om det jeg gerne ville arbejde med og tale om

Tilgang eller metode:

Terapeutens måde at arbejde på passer ikke til mig. Terapeutens måde at arbejde på passer til mig.

Generelt:

Der manglede noget i dagens session Alt i alt var dagens session passende for mig.

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

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

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann (2010)

Child Outcome Rating Scale (CORS)

Navn _____ Alder (År): _____
ID# _____ Køn: _____
Session # _____ Dato: _____

Hvordan har du det? Hvordan går det i dit liv? Sæt et mærke på linien for at vise, hvordan det går. Jo tættere mærket er på det smilende ansigt, jo bedre går det. Jo tættere mærket er på det sure ansigt, jo flere ting er ikke så gode.



Mig
(Hvordan har jeg det?)





Familie
(Hvordan går det i min familie?)





Skole
(Hvordan går det i skolen?)





Livet som helhed
(Hvordan går det med livet i det hele taget?)



International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks
Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann (2010)

Child Session Rating Scale (CSRS)

Navn _____ Alder (År): _____
ID# _____ Køn: _____
Session # _____ Dato: _____

Hvad synes du om vores tid sammen i dag? Sæt et mærke på linierne for at vise hvad du mener.

Lyttede

 | _____ | 
lyttede ikke altid på mig. lyttede på mig.

Hvor vigtigt

 | _____ | 
Det, vi lavede og talte om, var ikke særlig vigtigt for mig. Det, vi lavede og talte om, var vigtigt for mig.

Det vi lavede

 | _____ | 
Jeg kunne ikke lide det, vi lavede i dag. Jeg kunne godt lide det, vi lavede i dag.

Generelt

 | _____ | 
Jeg ville ønske, vi kunne gøre noget anderledes. Jeg håber, vi gør noget af det samme næste gang, som vi gjorde i dag.

International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson
Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann (2010)

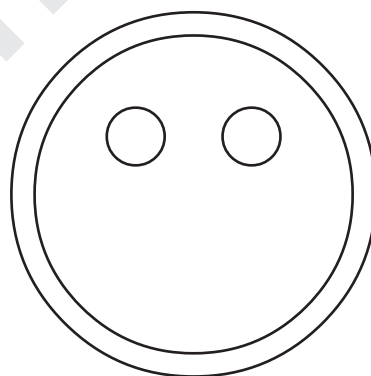
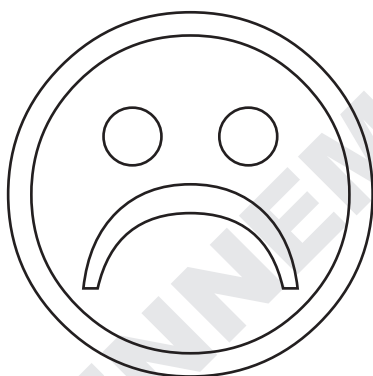
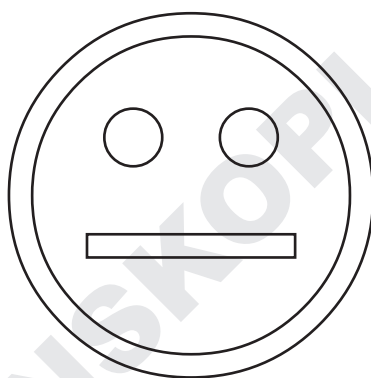
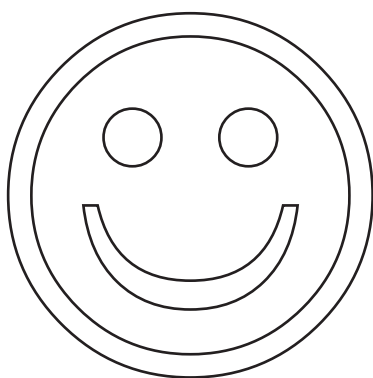
Young Child Outcome Rating Scale (YCORS)

Navn _____ Alder (År): _____

ID# _____ Køn: _____

Session # _____ Dato: _____

Vælg det af ansigterne, som viser, hvordan du har det. Eller du kan selv tegne et ansigt nedenunder, så det passer helt præcist til dig.



International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, and Jacqueline A. Sparks
Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann (2010)

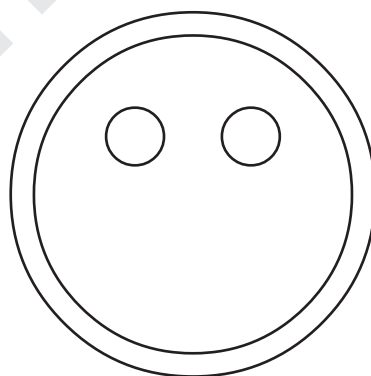
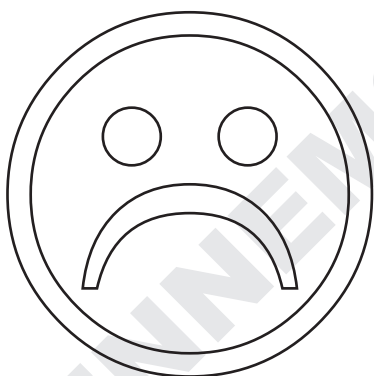
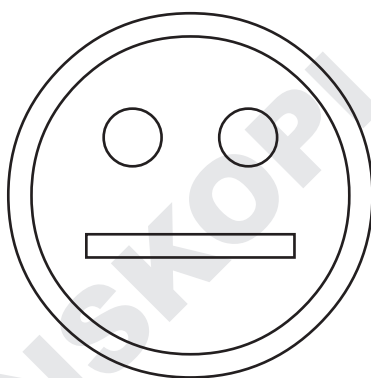
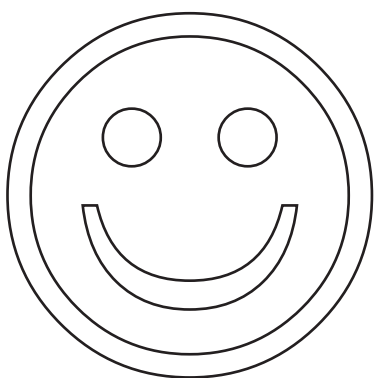
Young Child Session Rating Scale (YCSRS)

Navn _____ Alder (År): _____

ID# _____ Køn: _____

Session # _____ Dato: _____

Vælg det af ansigterne, som viser, hvordan du har det. Eller du kan selv tegne et ansigt nedenunder, så det passer helt præcist til dig.



International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, & Jacqueline Sparks

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann (2010)

Group Session Rating Scale (GSRS)

Navn _____ Alder (År): _____
ID# _____ Køn: _____
Session # _____ Dato: _____

Du bedes vurdere dagens gruppe ved at sætte et mærke på hver af de fire linjer. Du skal placere din vurdering tættest på den beskrivelse, som passer bedst til din oplevelse.

Relation

Jeg har ikke følt mig hørt, forstået, respekteret og/eller accepteret af gruppelederen og/eller gruppen.

Jeg har følt mig hørt, forstået, respekteret og accepteret af gruppelederen og gruppen.

Mål og emner

Vi har *ikke* arbejdet med eller talt om det, som jeg gerne ville arbejde med eller tale om.

Vi har arbejdet med og talt om det, som jeg gerne ville arbejde med og tale om.

Tilgang eller metode

Gruppelederens og/eller gruppens tilgang passer ikke til mig.

Gruppelederens og gruppens tilgang passer godt til mig.

Generelt

Noget manglede i gruppen i dag —jeg følte mig ikke engageret.

Generelt fungerede gruppen i dag godt for mig—jeg følte mig engageret.

International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2007, Barry L. Duncan and Scott D. Miller
Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann, susanne@susannebargmann.dk

APPENDIX II – FIT Samarbejdsaftale og udviklingsdokument (FIT SDA og PN)



Feedback-Informeret Samarbejdsaftale
Navn
Dato
Klientens grunde til og motivation for at søge hjælp:
Aftalte mål/ formål/ præferencer omkring behandlingen
Aftalte metoder/ tilgange (herunder type, frekvens og behandler)
Feedback Informeret proces forklaret (ORS og SRS): Ja___ Nej___
Behandlerunderskrift:
Klientens underskrift:



Feedback-Informeret udviklingsdokument		
Navn _____		
Dato _____		
ORS scoring foretaget: Ja____ Nej____	Udvikling: → ↑ ↓	
Parallelbedømmelse: Ja____ Nej____		
Udviklingen håndteret i sessionen på følgende måde: 		
Plan til næste session: Vedligeholde og konsolidere fremskridt / håndtere tilbageskridt / ændring af tilgang 		
SRS scoring foretaget: Ja____ Nej____	Over 36 →	Under 36 ↑ ↓
SRS adresseret direkte: Ja____ Nej____		
Behandlerunderskrift: _____		
Klientens underskrift: _____		

Feedback Informeret Supervision

I denne manual beskrives og illustreres de grundlæggende principper for integration af Feedback Informed Treatment (FIT) i supervision. Manualen præsenterer såvel de grundlæggende principper for tilpasning til klinisk supervision, som den praktiske administration af skemaerne, herunder de typiske udfordringer i forbindelse med implementering i den daglige praksis.

Manualen indeholder tillige ideer til, hvordan FIT-supervision kan støtte behandleren til forbedring af kvaliteten og effekten af behandlingen. Selvom manualens fokus er på supervision af praktikerens brug af FIT-redskaberne – Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS), kan principperne og den beskrevne praksis, overføres til andre og alliance- og effektmåleredskaber (for eksempel Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE), Outcome Questionnaire (OQ) og the Working Alliance Inventory (WAI)).

En kort oversigt over FIT-tilgangens grundlæggende praksis og principper kan findes i Appendix 1 (mere detaljeret information findes i Manual 1 og 2). Manualen inkluderer tillige en quiz, svar på ofte stillede spørgsmål (FAQ) samt referencer.

Manualen indeholder følgende 4 afsnit:

1. Grundlæggende principper i FIT-supervision
2. FIT-supervision i praksis
3. Opmærksomhedspunkter for supervisor
4. Støtte til terapeutens kontinuerlige faglige udvikling

1. Grundlæggende principper i FIT-supervision

Som i arbejdet med FIT-principperne generelt, er også FIT-supervisionen en metateoretisk tilgang. Hvor supervision almindeligvis tager udgangspunkt i en specifik metode eller teoretisk orientering, tager FIT-supervisionen udgangspunkt i klientens feedback i forhold til oplevelse af effekt og alliance.

Hvorfor er klientfeedback vigtig i supervision?

Tre tilbagevendende fund i forskning i effekten af terapi (som er detaljeret beskrevet i Manual 1) understreger betydningen af at lade behandlingen tage udgangspunkt i klientens feedback omkring alliance og udbytte:

- Dropout-raten i terapi- og behandlingsarbejde er høj, med et gennemsnit på 47% for voksne (Wiertzbicki & Pekarik, 1993) og mellem 28% og 85 % for børn og teenagere (Garzia & Weisz, 2002; Kazdin, 1996), hvilket indikerer, at professionelle har væsentlige udfordringer i forhold til at engagere deres klienter (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010).
- En mindre procentdel klienter (ca. 10%) tegner sig for den største andel af udgifter (ca. 60-70%) til terapi- og behandlingsarbejde, hvilket indikerer en tendens til fortsætte med ydelser, på trods af at der ikke er effekt (Lambert m.fl. , 2003).
- Praktikere er ikke gode til at identificere, hvilke klienter, der er i fare for at få det værre og / eller risikerer dropout (Hannan m.fl., 2005).

Adskillige studier dokumenterer, at løbende måling af effekt og alliance, hjælper den professionelle til at identificere ”bekymrende sager”, hvilket kan hjælpe med at opnå øget effektivitet, færre dropouts, samt tidlig identifikation af klienter, hvis tilstand forværres.

FIT-supervision bygger på følgende empirisk understøttede principper:

- Klientens oplevelse af alliance og udbytte er de sikreste indikatorer for fastholdelse i behandlingen og oplevelse af effekt af behandlingen.
- På grund af den ringe overensstemmelse mellem klientens og praktikerens oplevelse af effekten og alliancen, bør terapeuten løbende søge klientfeedback via pålidelige og gyldige redskaber til at måle effekt og alliance.
- Ingen tilgang, metode eller behandler kan behandle alle problemer.
- Feedback er nødvendig, for at håndtere de forskellige problemer, som opstår i terapi- og behandlingsarbejde.

Såvel det behandlingsmæssige som det ledelsesmæssige fokus i FIT-tilgangen, er at sikre, at indsatsen engagerer klienten, og er til hjælp for den enkelte klient. Den ledelsesmæssige (administrative) supervision kan være adskilt fra den behandlingsmæssige supervision, eller det kan foregå samlet. I det følgende beskrives de to typer hver for sig, for at kunne belyse det særlige ved de to perspektiver.

Ledelsesmæssige (administrativ) supervision

Implementering af redskaber til måling af effekt og alliance i større kontekster kan være udfordrende. Erfaringen viser, at ledelsesmæssigt overblik og involvering er afgørende, i forhold til implementering af FIT-principperne i en daglig klinisk praksis. Ledelsesmæssig (administrativ) supervision indebærer tilvejebringelse af rammer, som sikrer, at:

- Terapeuten administrerer redskaberne korrekt, f.eks. hvordan og hvornår skalaerne introduceres.
- Barrierer i forhold til integration og administration af ORS og SRS identificeres, og løsninger undersøges og implementeres.
- Der skabes overensstemmelse mellem FIT-praksis og principper blandt praktikere og organisationens programmer.

Lederens primære opgave er at tilvejebringe strukturer, som understøtter arbejdet med FIT. Et væsentligt første skridt er at sikre, at medarbejdergruppen modtager den nødvendige uddannelse i FIT-principperne, herunder viden om rationalet og brug af effekt- og alliancefeedback, samt hvordan data fortolkes (dette beskrives i hhv. manual 6 og 4). Efterfølgende er det vigtigt at etablere en praksiskultur, som inkluderer procedurer og politikker, som understøtter en FIT-praksis.

Uden ledelsesmæssig støtte, herunder en transparent og hyppig kommunikation omkring FIT betydning i forhold til at opnå organisationens mål, vil implementeringen ofte mislykkes. Der er behov for, at ledelsen formidler en klar politik i forhold til, hvordan effekt- og alliancedata anvendes og ikke anvendes i organisationen, f.eks. ikke med henblik på at fyre medarbejdere, men for at sikre, at indskrevne klienter får den hjælp, som de har brug for. Belønning eller afstraffelse af praktikere på basis af feedback fra klienter er kontraindiceret, og må stærkt frarådes. Derimod anbefales det, at en gennemgang af praktikerens anvendelse af skemaer og feedback, inkluderes som en formel del af evalueringen af dennes arbejde.

Lederen er ansvarlig for at udvikle procedurer og processer, som sikrer, at alliance- og effektmåleredskaberne integreres på tværs af kontekster, hvor det

kliniske arbejde drøftes, og hvor der lægges behandlingsplaner (f.eks. visitationsmøder, sagskonferencer, supervision). Data bør altid være i centrum, når en sag drøftes med henblik på at sikre, at arbejdet tilrettelægges med udgangspunkt i klientfeedback.

Understøttelse af FIT implementeringen inkluderer såvel at skabe en opmuntrende og anerkendende kultur omkring tilgangen, som at sikre, at alle behandlere i organisationen, der er involveret i klienten, deltager i indsamling og gennemgang af data. Ingen bør undlade at bede om feedback, herunder ledere, deltidsansatte og konsulenter, f.eks. lægekonsulenten.

Data er centrale i FIT-tilgangen, og den administrative supervisor bør således varetage organiseringen af datahåndtering. Dette inkluderer ofte at støtte terapeuten i forhold til håndtering af teknologi. Hvis der anvendes et computerbaseret redskab til administration af FIT skemaerne, er det afgørende, at terapeuten har kendskab til anvendelse af systemet, samt umiddelbar adgang til hjælp, således at adgang til data ikke forsinkes. Mange organisationer har fundet det brugbart at investere i uddannelse af FIT superbrugere med en mere omfattende uddannelse, som tager hånd om spørgsmål og udfordringer.

Checkliste – ledelsesmæssig / administrativ FIT-supervision:

- Tilpas FIT-principper og praksisser i dialog med klienter og terapeuter
- Skab et system, som sikrer involveringen af klienten, ved at inddrage klientfeedback i alle kontekster, hvor klienten drøftes, og når der lægges behandlingsplaner
- Hav en klar politik omkring brug af klientdata baseret på feedback (dvs. ikke til brug for evaluering af medarbejderen, men snarere til brug for coaching og sparring samt sikring af klienternes positive udbytte af behandlingen)
- Skab og understøt rammer, som sikrer, at FIT-praksis og principper overholdes
- Sørg for det nødvendige lederskab, som sikrer implementering af FIT-praksis, herunder:
- Giv terapeuterne løbende og relevant uddannelse i FIT-principperne
- Identificer og tag hånd om udfordringer i implementeringen af FIT
- Vær til rådighed med støtte og konsultation i forhold til kolleger
- Etabler klare standarder og tilgange til håndtering af data.

Klinisk supervision af FIT

Klinisk supervision af FIT har fokus på at integrere den feedback, som er opnået i arbejdet med alliance- og effektmåleredskaberne i den kliniske praksis. Det

væsentligste fokus er på identifikation af og håndtering af klienter, som er i fare for dropout, forværring eller for ikke at få et udbytte af indsatsen.

I overensstemmelse med forståelsen af den terapeutiske alliances betydning for effekten af behandling, er FIT supervision baseret på klientens mål og præferencer i forhold til behandlingen (se figur 1). Når alliance-scoren er lav eller fremskridt er fraværende, svage eller ujævne, undersøger supervisor:

- a. Klientens mål for behandlingen
- b. Forskellige tilgange eller niveauer af indsats
- c. Andre tilbud eller en anden behandler.

Detaljeret information om håndtering af ”bekymrende sager” vil blive gennemgået under punkt 2 ”FIT-supervision i praksis”.

Det er afgørende at skabe en kultur, hvor terapeuten føler sig tryk i forhold til at drøfte vanskeligheder, udfordringer og fejl. Denne kultur kan skabes ved at supervisor er imødekommende i forhold til spørgsmål, er anerkendende i forhold til terapeutens bekymringer omkring FIT-tilgangen, og ved at søge løbende feedback fra terapeuterne i supervisionsprocessen.

Det er vigtigt at huske, at supervisoren er rollemodel. Supervisor bør benytte FIT i egen praksis, samt være fortrolig med og have en solid viden om det forskningsmæssige grundlag, nøgleprincipperne og principperne for den praktiske integration af FIT.

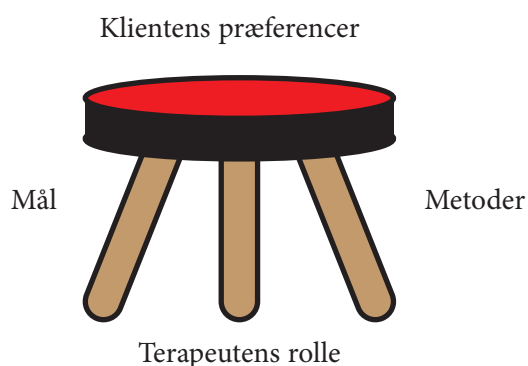


Fig. 1: Den terapeutiske alliance

Checkliste Fit-Supervision

- Vær åben, anerkendende og tag hånd om terapeutens bekymringer i forhold til brug af FIT
- Anerkend terapeutens bestræbelser på at integrere FIT-principperne i egen praksis, og understøt dennes parathed til at tage sager op i supervisionen
- Understreg de muligheder for læring, som opstår i forbindelse med f.eks sager uden fremgang
- Vær selv parat til at dele og lære af egne fejl
- Skab en balance i supervisionen mellem arbejdet med sager, som er lykkedes, og sager som ikke er
- Skab klare rammer for kommunikationen i supervisorsgruppen, og vær rollemodel i forhold til en respektfuld kommunikation
- Vær rollemodel ved at demonstrere, hvordan man introducerer og integrerer alliance- og effektmåleredskaberne
- Vær opmuntrende i forhold til at tage bekymrende sager op
- Anerkend at der er en indlæringskurve for terapeuter, som går i gang med at integrere FIT-tilgangen og udvis tålmodighed, forståelse og støtte i deres læreproces
- Inspirer terapeuten til at finde sit nuværende niveau for sit terapeutiske arbejde, til at lære nye færdigheder og til at øge sit repertoire af behandlingstilgange med henblik på at øge sin evne til at matche behandlingstilgangen med klientens præferencer.

2. FIT-Supervision i praksis

FIT-supervision kan foregå såvel individuelt som i en gruppe. Gruppesupervision kan skabe særlige muligheder for læring, herunder give terapeuterne mulighed for at udveksle ideer til, hvordan feedback-redskaberne introduceres og anvendes i arbejdet. Gruppesupervision har også vist sig til hjælp i forhold til at tage hånd om den skepsis og de forbehold, som nogle terapeuter udtrykker, når de opfordres til at benytte feedbackskalaer. Det kan være betryggende at høre andre terapeuters erfaringer med at arbejde med feedback.

FIT-supervisoren bør i særlig grad være opmærksom på følgende forhold:

- Bliver effekt- og allianceredskaberne anvendt i hver samtale?
- Bliver klientens feedback i forhold til funktionsniveau og oplevelse af alliancen brugt? Hvis ja, hvordan?

Uanset om FIT-supervisionen foregår individuelt eller i en gruppe, indledes supervisionen med en præsentation af den pågældende klients data vedrørende udbytte og alliance. Data i forhold til fremskridt fra samtale til samtale gennemgås. Når fremskridt udebliver eller er uregelmæssig, undersøges alliance-scoren, og sagen drøftes med henblik på en undersøgelse af, hvordan tilgangen kan tilpasses klientens mål og præferencer (se fig. 1).

Når supervisionen foregår i en gruppe, kan det med kollegernes hjælp undersøges, hvad der kan forbedre indsatsen i forhold til klienten.

I arbejdet med den specifikke sag undersøger supervisor følgende i forhold til alliancen:

- Indikerer effekt-scoren, at klienten gør fremskridt?
- Indikerer scoren på alliance-redskabet en positiv relation?
- Såfremt ORS ikke indikerer fremskridt, og allianceredskabet indikerer en mulig bekymring, hvordan taler terapeuten med klienten om dette? Hvad er planen i forhold til at tage hånd om manglende fremskridt eller problemer i alliancen?
- Har terapeuten undersøgt, hvad klienten ønsker at få ud af behandlingen? Har klienten formuleret et mål for behandlingen?
- Har terapeuten spurgt klienten, hvordan han / hun skaber forandring?
- Har terapeuten spurgt klienten om hans / hendes præferencer i forhold til relationen, dvs. køn, kulturel viden, særlige tilgange etc.?
- Har terapeuten spurgt til klientens forventninger til terapeutens rolle?
- Taler terapeuten med klienten om dennes forståelse af effekt- og alliance-scoren?

Appendix 2 tilbyder en mere uddybet tjekliste for supervisorer omkring at drøfte effekt- og alliancedata med behandlere.

Identifikation af sager til gennemgang i supervisionen

Et af de væsentligste formål med regelmæssigt at følge effekt- og alliance-data er at identificere klienter, som er i fare for forværring eller dropout. Vurderingen af, hvorvidt et samarbejde er ”vellykket” eller ”i fare” involverer, at den enkelte klients fremskridt ses i relation til den forventede forandringskurve (ETR). Appendix 3 indeholder en ordliste med væsentlige begreber, som kan hjælpe supervisoren med at fortolke klientfeedback, som er indsamlet med ORS og SRS. Manual 4 indeholder en dybdegående gennemgang af, hvordan effektopgørelse beregnes og fortolkes, herunder forventede forandringskurver.

Succesfulde sager

Et behandlingsforløb betragtes som succesfuldt, når klientens score på ORS skemaet ligger på eller over normen for succesfuld behandling, beregnet på baggrund af et norm-materiale. Computerbaserede programmer giver et sammenligningsgrundlag for fremskridt for hver klient på baggrund af et norm-materiale. Kort sagt er en forandring pålidelig, når den er større end tilfældighed, ”statistisk støj” eller anden tilfældig variation i scorerne (Jacobson, 1988; Jacobson, Folette & Revenstorf, 1984; Lambert & Hill, 1994). I arbejdet med papirversionen af ORS og SRS-skemaerne, vil en forskel svarende til 5 point kunne bruges som en indikation af en pålidelig forandring i klientens funktionsniveau (Miller & Duncan, 2004).

Gennemgang af succesfulde sager er en vigtig del af FIT-supervision, idet dette giver lejlighed til at sætte fokus på terapeutens succeser, fokus på effekten af terapi i almindelighed, ligesom det giver anledning til at konsolidere viden om, hvad der fungerer i behandlingsarbejde.

Bekymrende sager

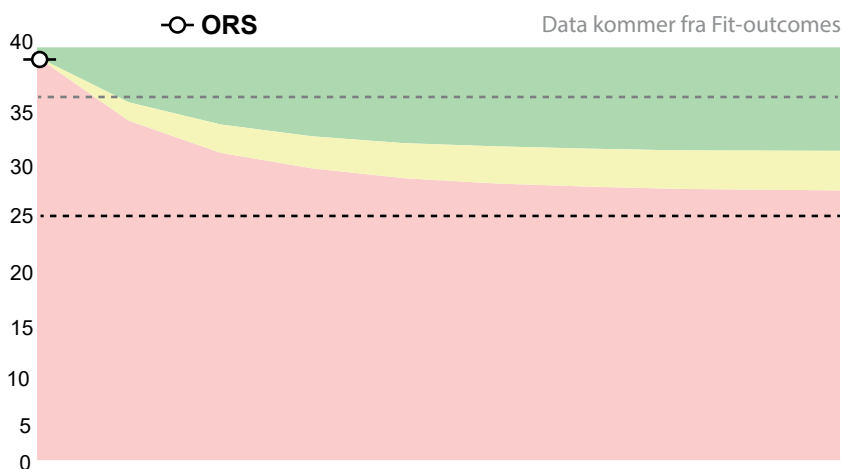
I FIT-tilgangen betragtes en sag som bekymrende, når effekt- eller alliance-scoren indikerer en øget sandsynlighed for dropout eller manglende udbytte. Indikatorerne inkluderer:

1. Scorer, som er på eller over klinisk cutoff
2. Manglende fremgang på ORS
3. Svingende ORS-scorer
4. Problematisk alliancescore

I det følgende materiale beskrives hver af disse indikatorer, og der præsenteres strategier i forhold til at tage hånd om dem i supervisionen.

1. Scorer, som er på eller over klinisk cutoff.

Klienter, som scorer over klinisk cutoff ved indskrivning, er i risiko for forværing eller dropout i behandlingsforløbet. Prøv at betragte den forventede forandringskurve for en klient med en indledende ORS-score på 39 (se fig. 2). Den forventede udvikling, baseret på den normative algoritme, indikerer et forløb, hvor klientens funktionsniveau forventes at falde, hvilket kan gøre det sværere at fastholde klienten i behandlingen.



Figur 2: Eksempel på ORS graf ved start-score på 39, www.fit-outcomes.com

Opmærksomhed er påkrævet, når ORS-scoren er over klinisk cutoff ved den første session. Supervisor bør i disse situationer opmuntre terapeuten til at undersøge klientens grunde til at søge hjælp. I situationer, hvor klienten er henvist til behandling mod sit ønske, kan terapeuten bede klienten om at udfylde ORS-skemaet som har tror henviseren ville vurdere hans funktionsniveau (en parallelbedømmelse eller collateral score). Scoren kan efterfølgende bruges til at engagere klienten i en samtale om henvisers mål for behandlingen.

Klienter, som kommer med et specifikt problem, f.eks. en fobi, kan nogle gange score over klinisk cutoff ved indskrivning. I sådanne tilfælde bør supervisor opmuntre terapeuten til kun at adressere dette specifikke problem og undgå mere dybdeorienteret og udforskende terapeutisk arbejde.

I situationer, hvor en høj score ikke er forbundet med et specifikt problem eller en ekstern henviser, bør supervisor stærkt opfordre terapeuten til at undersøge formålet med terapien, med henblik på at undgå en behandling, som kan blive kontraterapeutisk eller skadelig. (Mere information om arbejdet med klienter som scorer over cutoff på ORS-skemaet ved behandlingens start kan findes i Manual 2)

Generelt forholder det sig sådan, at jo lavere ORS-scoren er ved indskrivningen, og jo større klientens oplevelse af forpinthed er, jo hurtigere vil han / hun rapportere en forandring. Omvendt, jo højere ORS-scoren er ved indskrivningen, og jo mindre forpinthed klienten oplever, jo langsommere vil han / hun rapportere en forandring. At indtænke hvor klienten scorer i relation til klinisk cutoff, kan bidrage til en vurdering af dosis og intensitet af behandlingsindsatsen, som skaber engagement, og som reducerer risikoen for forværring og dropout:

- **Når scoren er på cutoff eller tæt på klinisk cutoff:** Forvent at forandring tager tid, og overvej behandlingens intensitet og større afstand mellem samtalerne.
- **Når scoren er under cutoff (omkring 18-19):** Forvent tidlige forandringer snarere end senere. Arbejd med en øget behandlingsintensitet ved behandlingens start samt en større afstand mellem samtalerne i takt med, at ORS-scoren stiger.
- **Når scoren er væsentligt under cutoff (omkring 5-10):** Forvent store og tidlige forandringer, og tilbyd behandling med en stor hyppighed og intensitet. Husk at vurdere, om der er risiko for, at klienten skader sig selv eller andre.

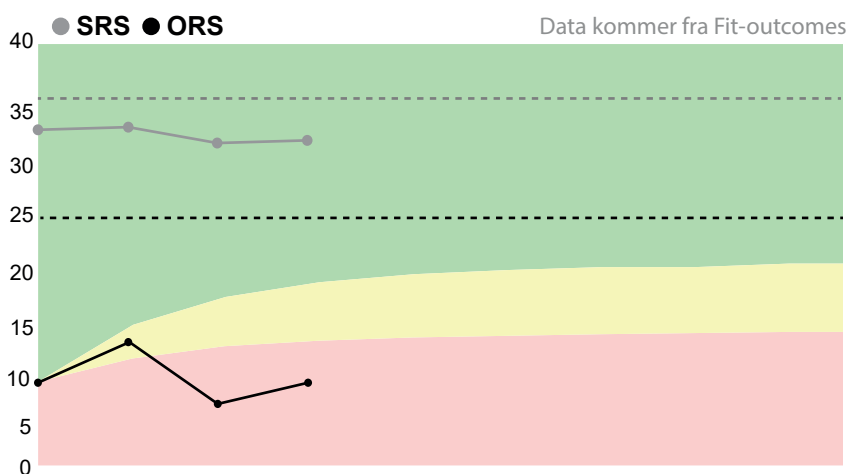
2. Manglende fremgang på ORS

Manglende fremgang i behandlingen er forbundet med: (1) en større risiko for udeblivelser og dropout og (2) fortsættelse af en ineffektiv indsats. Sidstnævnte er ofte associeret med en højere risiko for udbrændthed hos terapeuten og en tendens til at give klienten skylden for manglende fremskridt. Supervisor kan hjælpe terapeuten til at forblive opmærksom på disse risici, ved at sammenligne klientens score med tilgængelige forandringskurver fra session til session.

Da hovedparten af forandringer og den største risiko for dropout forekommer ved behandlingens start, bør supervisor præsenteres for alle sager, som viser forværring eller manglende fremgang, i henhold til den forventede forandringskurve (ETR), eller index for pålidelig forandring (RCI), hvis der arbejdes med papirversionen.

Når scoren indikerer manglende udvikling i løbet af de første 3 - 4 samtaler, bør supervisor støtte terapeuten til at udvikle ideer til en tilpasning af alliancen (se fig. 1). Efter 6. - 7. uge bør supervisor undersøge, hvad der kan tilføjes behandlingen, f.eks. øge hyppigheden eller intensiteten af behandlingen, iværksætte lægeundersøgelse, tilbyde konkret hjælp til jobsøgning, eller henvise til psykiater, diætist etc. Efter uge 8 - 10 bør supervisor opmuntre terapeuten til at overveje henvisning til en anden terapeut, behandlingstype eller -kontekst.

Fig. 3 viser en klient, som ikke gør fremskridt ved 4. samtale. I en sådan situation vil der ofte være en stærk tilskyndelse til at tilskrive den manglende fremgang til eksterne, ekstraterapeutiske forhold. Supervisor kan hjælpe med at identificere tilgange, som kan være til hjælp til at arbejde med manglende udvikling, herunder: (1) en åben og transparent dialog med klienten om den manglende fremgang eller forværringen, (2) identifikation og håndtering af problemer med alliancen, (3) involvering af kollega eller supervisor i en samtale, eller (4) overvejelse af et andet tilbud, herunder en anden terapeut, ændret hyppighed eller intensitet, en anden behandlingstilgang etc.



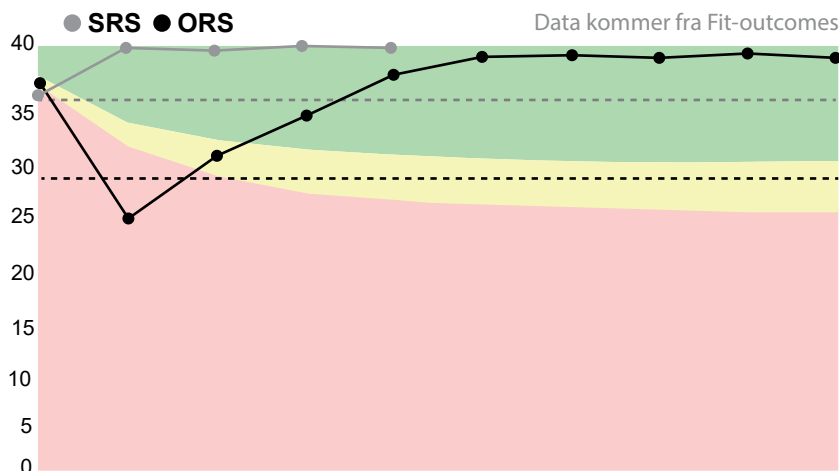
Figur 3: ORS-eksempel, www.fit-outcomes.com

Når ORS-scoren er høj og flad, bør supervisor opmuntre supervisanden til at undersøge, hvorvidt scoren indikerer, at den maksimale mængde af fremskridt er opnået, eller hvorvidt ORS ikke længere er udtryk for klientens oplevelse af sit funktionsniveau og udvikling. I sidstnævnte tilfælde kan supervisanden bede klienten ”gen-kalibrere” skalaen: Hvordan ville du score ORS, hvis i dag var din første samtale? Man kan f.eks. spørge klienten ”Forestil dig, at dette er din første terapi-session, og at du aldrig før har udfyldt ORS. Hvordan ville du udfylde ORS-skemaet i forhold til, hvordan tingene er nu?”

Figur 4 er et eksempel på en klient, hvis scorer på ORS-skemaet indikerer, at det maksimale udbytte af indsatsen muligvis er nået. Klientens ORS-score (indikeret af den sorte linje) har oversteget den forventede forandningskurve (som indikeres af den grønne zone) for fremgang, og er forblevet på højeste niveau gennem 7 samtaler.

Hvis scoren og drøftelsen med klienten bekræfter, at maksimalt udbytte af behandlingen er opnået, bør supervisor opfordre terapeuten til: (1) Sammen

med klienten at udvikle en plan for vedligeholdelse af forandringer efter behandlings afslutning, og (2) at tale med klienten om reduceret omfang og intensitet af samarbejdet (dvs. længere intervaller mellem sessionerne).



Figur 4: ORS-eksempel, www.fit-outcomes.com

3. Svingende ORS-scorer:

Flere svingende ORS-mønstre er forbundet med ringe behandlingsudbytte og dropout af behandlingen, herunder (1) zig-zag-mønster, (2) Gradvist faldende kurve, (3) Pludselige dyk.

Zig-zag-mønster betyder større fluktuationer i scoren fra samtale til samtale (se figur 5). Erfaringer indikerer, at disse bevægelser kan relateres til: (1) klienter som ikke følger anvisningerne i forhold til udfyldelse af skemaet, (2) normale variationer i et ikke-kliniske funktionsniveau, (3) udtryk for et liv med store, dramatiske, pludselige forandringer, eller (4) ineffektiv behandling. Hver af disse omstændigheder indeholder en risiko for, at klienten oplever sig magtesløs og / eller afbryder behandlingen i utide.

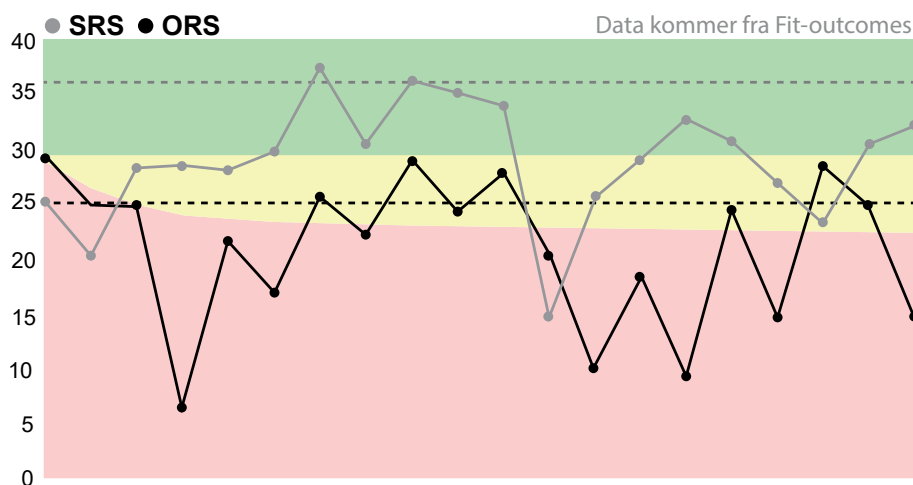
Når supervisor identificerer et zig-zag-mønster i scoren, bør det først sikres, at terapeuten læser ORS-vejledningen sammen med klienten. Zig-zag-mønster er ofte udtryk for, at klienten udfylder skemaet baseret på, hvordan han / hun har det lige nu. Vejledningen fremhæver betydningen af, at klienten udfylder skemaet med tanke på, hvordan han / hun har haft det den seneste uge eller siden sidste samtale.

I arbejdet med klienter, som starter over klinisk cutoff, eller som har nået eller overskredet den forventede forandringskurve, er variationer i ORS-scoren typiske, og afspejler almindelige dag-til-dag (eller uge-til-uge) variationer i

funktionsniveauet. Supervisor kan foreslå supervisanden at øge længden af tid mellem samtalerne. Herved minimeres risikoen for en unødvendig udstrækning af behandlingen, herunder risiko for opgiven og / eller dropout. Supervisor kan også opfordre terapeuten til at flytte fokus til udslusning af behandlingen og vedligeholdelse af forandringerne.

Variationer i ORS-scoren, fra session til session, der ikke er forklaret ved en af ovenstående eksempler, kan indikere, at behandlingen ikke har den ønskede effekt. Denne manglende fremgang øger klientens risiko for negativt eller manglende udbytte af behandlingen, samt øger risikoen for dropout. I sådanne sager kan fristelsen være tilskrive de manglende fremskridt ekstraterapeutiske faktorer eller klienten, f.eks. ”modstand” mod behandlingen. Supervisor kan i sådanne sager hjælpe terapeuten med at identificere handlinger, som kan tage hånd om de manglende fremskridt i den aktuelle behandling, samt bidrage til en mere stabil fremgang: (1) En åben og transparent dialog med klienten om den svingende score, (2) identifikation og dialog om problemer med alliancen (3) invitere en kollega eller supervisor til at deltage i en samtale med klienten, (4) overveje et andet tilbud eller en anden støttemulighed (f.eks. kollega, anden hyppighed eller intensitet, anden behandlingstilgang, etc.).

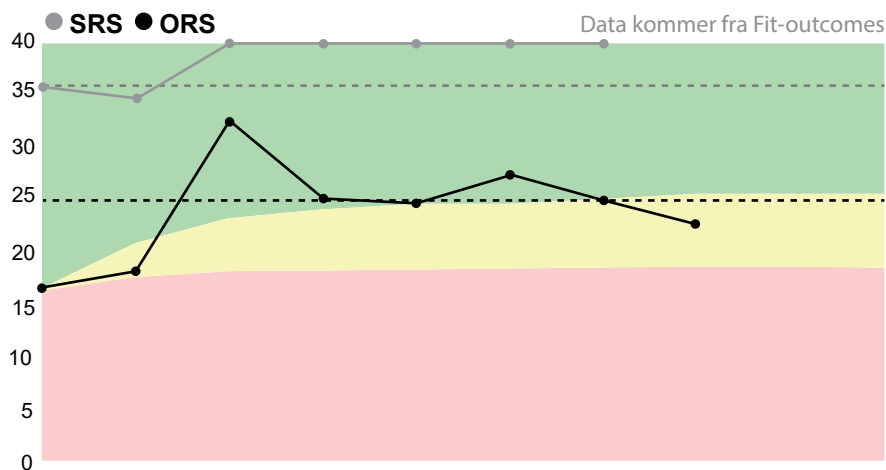
Før du læser videre, bedes du overveje, om grafen på figur 5 indikerer, at klienten (1) ikke fulgte instruktionen, da skemaet blev udfyldt, (2) oplever en normal variation i ikke-klinisk funktionsniveau (livets almindelige udsving), (3) oplever store, dramatiske, pludselige forandringer i sit funktionsniveau, eller (4) behandlingen er ikke til hjælp. Se svaret nedenfor.



Figur 5: Sik-sak mønster, www.fit-outcomes.com⁸.

8 Grafen indikerer, at ikke alene hjælper behandlingen ikke. Klientens tilstand forværres også.

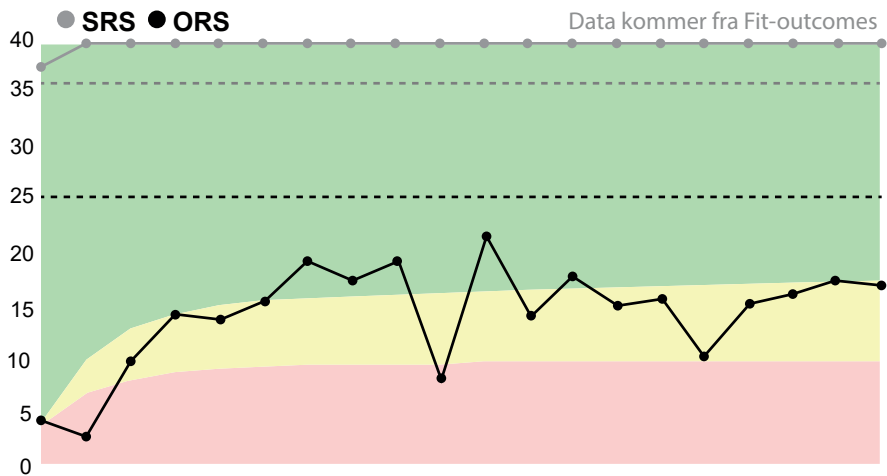
Næste eksempel på en svingende score er den langsomt faldende / ”forblødende” kurve. Dette henviser til et gradvist fald i scoren over tid (se figur 6). En sådan gradvis forværring indledes ofte, men ikke altid, af en udtalt forbedring af ORS-scoren tidligt i behandlingen. I sådanne sager bør supervisor opfordre terapeuten til at undersøge grundene til den faldende kurve, såvel som den struktur og de kompetencer, som der skal til for at klienten får udbytte af samtalerne.



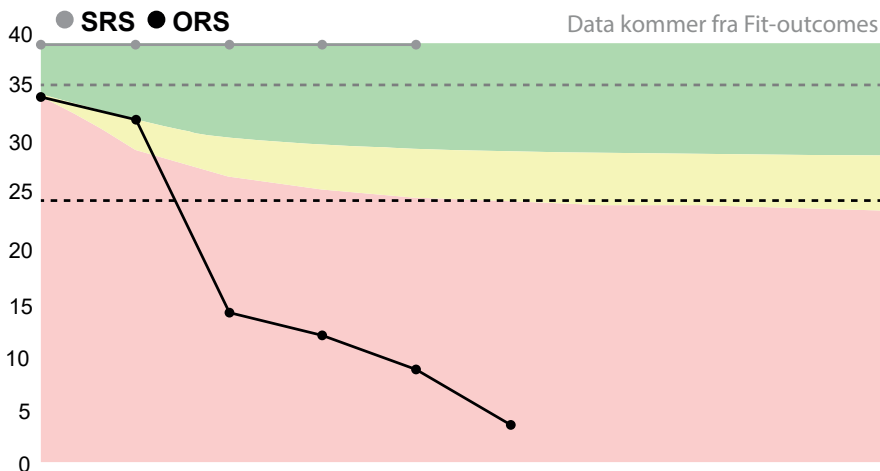
Figur 6: Langsomt faldende kurve, www.fit-outcomes.com

Pludselige dyk refererer til dramatiske fald i ORS-scoren (se figur 7, 8 og 9). Ofte, men ikke altid, kan større dyk tilskrives ydre omstændigheder, som er uden for klientens eller terapeutens indflydelse. For det meste løses sådanne tilbageskridt hurtigt, idet klienten vender tilbage til det tidligere funktionsniveau inden for en session eller to (se figur 7). I sådanne tilfælde bør supervisor opfordre terapeuten til at fortsætte behandlingen som hidtil, fremfor at gøre tilbageskridtet til genstand for undersøgelse.

Figur 8 viser en graf, som indeholder to eksempler på svingende score: Større dyk, efterfulgt af svagt faldende score. Selv om ekstraterapeutiske faktorer kan identificeres som årsag til forværringen, er det i dette tilfælde vigtigt, at supervisor hjælper terapeuten til at foretage justeringer i behandlingen, for at undgå dropout eller risiko for et negativt eller intet udbytte af behandlingen, herunder: (1) Indleder en dialog om den faldende score med klienten, (2) Identificerer eventuelle problemer i den terapeutiske alliance, (3) Inviterer en kollega eller supervisor til at deltage i en samtale med klienten, og (4) Overvejer f.eks. henvisning til en kollega, en anden hyppighed eller intensitet, en anden behandlingstilgang, etc.



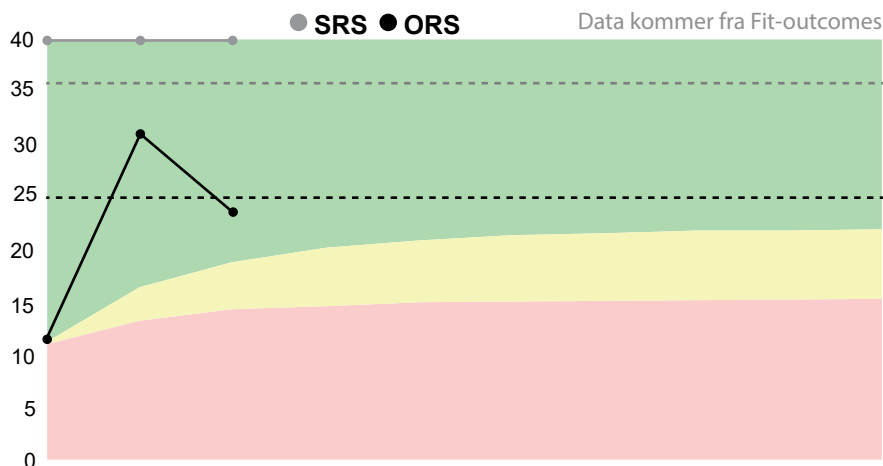
Figur 7: "Dyk" i session 10 og 16, www.fit-outcomes.com



Figur 8: Dyk efterfulgt af forblødning, www.fit-outcomes.com

Før videre læsning, se grafen i figur 9 til højre, og afgør, om det er et eksempel på zig-zag-mønster, gradvist faldende, større dyk eller et andet mønster. Hvilke specifikke skridt kan supervisor tage? Hvad burde supervisor have anbefalet

terapeuten at gøre i forhold til klienten efter anden samtale? Viser ORS-scoren ved tredje samtale fremskridt eller forværring? Se svar og forslag nedenfor⁹.



Figur 9, www.fit-outcomes.com

4. Problematisk alliancescore:

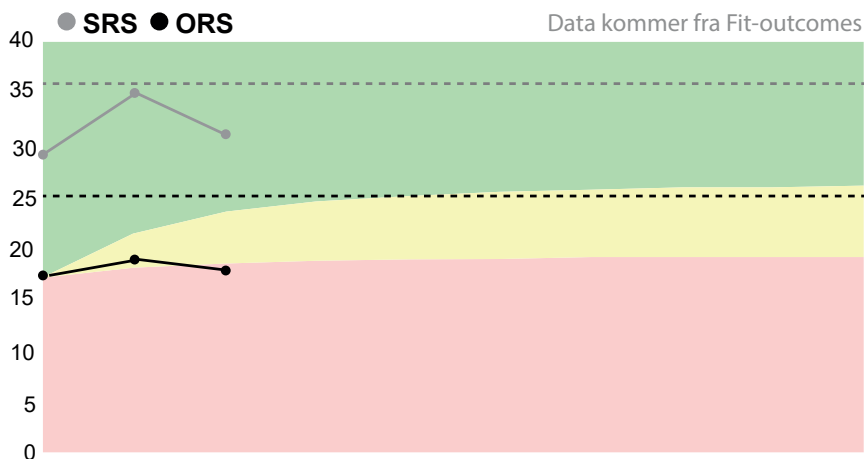
Problemer i samarbejdet kan medføre en større risiko for dropout eller svigende effekt af behandlingen. Det er derfor afgørende i arbejdet med FIT-tilgangen at tage hånd om vanskeligheder i alliancen, når det viser sig i SRS-scoren. Supervisor bør derfor opfordre terapeuten til at undersøge kvaliteten af relationen, når SRS-scoren: (1) er under den kliniske cutoff (se figur 10), (2) falder med et enkelt point eller mere (se figur 11), eller (3) forbliver vedvarende høj (se figur 7 og 8).

Normative data indikerer, at 25% eller færre af alle klienter scorer under SRS-cutoff, som er 36. Jo lavere scoren er, jo stærkere er indikationen af et problem i den terapeutiske alliance. I sådanne tilfælde bør supervisor (1) tale med terapeuten om, hvorvidt alliancescoren blev drøftet med klienten, (2) undersøge hvordan terapeuten har håndteret feedback fra klienten i forhold til alliancen, samt være opmærksom på, om terapeuten er ubekvem i forhold til at bede om negativ feedback fra klienten, (3) foreslå, at terapeuten sammen

⁹ Svaret er: Et andet mønster. I dette specifikke eksempel scorede klienten et godt stykke under cutoff ved behandlingens start, hvilket indikerede et højt niveau af forpinthed. Ved anden session rapporterede klienten dramatiske forandringer i sit funktionsniveau. I sådanne situationer er det almindeligt, at scoren vender tilbage til et mere gennemsnitligt niveau i forhold til fremskridt. I forlængelse af signifikante fremskridt bør supervisor således opfordre terapeuten til at forberede klienten på tilbageskridt, samt hjælpe med at identificere såvel potentielle vanskeligheder som strategier i forhold til at vedligeholde forandringen. Overordnet kan scoren, som vender tilbage til et mere gennemsnitligt leje, betragtes som forandringer, der er mere vedvarende.

med klienten undersøger, om den lave SRS-score er forbundet med manglende fremskridt ved tredje samtale, (4) opfordre terapeuten til at drøfte sagen med resten af teamet, hvis dette ikke allerede er sket, (5) overveje terapeutskift, hvis en lav SRS-score er forbundet med manglende fremskridt ved 6. samtale.

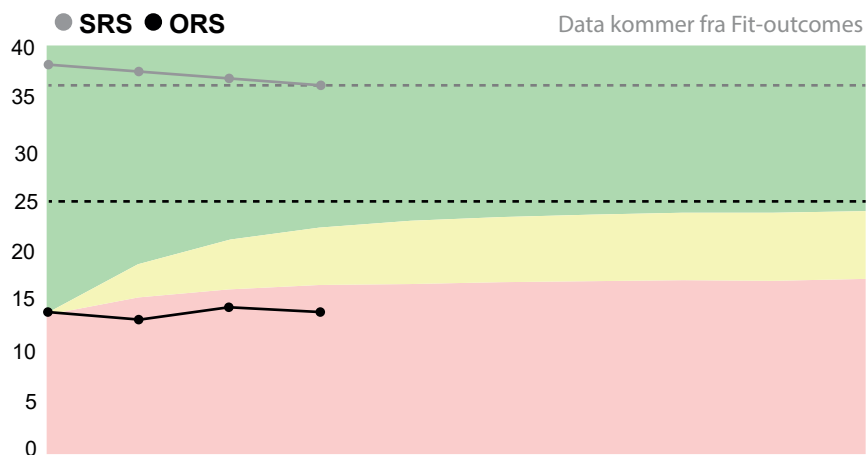
Fald i SRS-scoren med et enkelt point kan indikere en risiko for ringere udbytte ved behandlingens afslutning. Supervisor bør således sikre, at terapeuten er opmærksom på små fald i SRS-scoren, og opfordre til, at disse undersøges, også selv om den samlede score er over cutoff.



Figur 10: SRS-scorer under klinisk cutoff, www.fit-outcomes.com

Endelig kan en fortsat høj score, modsvarer af fraværende kliniske forandringer eller forværring indikere, at der ikke er opnået en feedbackkultur mellem klient og terapeut, hvor der er plads til åben, ærlig og kritisk feedback, og at der er risiko for, at behandlingen ikke vil være til hjælp (se figur 7 og 8). I sådanne tilfælde kan supervisor følge samme råd, som ovenfor beskrevet under SRS-score, som falder til under klinisk cutoff. Supervisor bør også overveje at arbejde med terapeutens færdigheder i forhold til at invitere til at få en negativ feedback fra klienten.

Hvis det forholder sig omvendt, og ORS-scoren indikerer, at der sker fremskridt, bør supervisor opfordre terapeuten til at fortsætte det hidtidige arbejde trods en lav alliancescore.



Figur 11: Faldende SRS-score, www.fit-outcomes.com

3. Opmærksomhedspunkter for supervisorer

Der kan opstå en række udfordringer for terapeuten i arbejdet med at integrere FIT i sit kliniske arbejde. Uden at være udtømmende, opsummerer nedenstående liste et antal faresignaler, som indikerer potentielle problemer. Hver udfordring følges af forslag til håndtering i supervisionen.

- Terapeuten anvender et sprog, som er inkonsistent med en FIT-praksis, f.eks. anlægger et overvejende diagnosticerende, distanceret eller klient-bebrejdende perspektiv.
Supervisor drøfter det inkonsistente sprog med terapeuten, og anvender sin viden om effekt af psykoterapi (gennemgået i Manual 1) til at foreslå andre perspektiver på klienten.
- I drøftelsen af sager, hvor klienten ikke gør fremskridt, er terapeuten ikke i stand til at beskrive klientens præferencer eller mål for behandlingen.
Supervisor anvender den 3-benede skammel (se figur 1) til at strukturere supervisionen, og terapeuten hjælpes til at udvikle spørgsmål til klienten, som giver information om klientens præferencer og mål.
- Terapeuten er vag i beskrivelsen af, hvordan effekt- og allianceredskaberne anvendes i praksis.
Supervisor opfordrer terapeuten til at medbringe data til hver supervision. Hvis dette ikke sker, undersøger supervisor mulige forhindringer og spørgsmål, som afholder terapeuten fra at anvende redskaberne.
- Terapeutens omfang af udeblivelser eller dropout (fra klienter) er højere end andre terapeuters i organisationen eller i den nationale norm.
Supervisor undersøger, sammen med terapeuten, mulige grunde til det højere dropout-omfang (f.eks. problemer i alliancen, ringe udbytte af behandlingen), og støtter terapeuten til at udvikle strategier til forbedring af klient-gennemførelse, f.eks. arbejder med invitation til en feedback kultur, arbejde med videooptagelser fra samtaler.
- Terapeuten fortsætter med at se klienter i længere perioder på trods af, at alliance- og effektmåleredskaberne viser manglende fremgang.
Supervisor støtter terapeuten til at udvikle færdigheder i forhold til at tale med klienten om afslutning af behandlingen, når der er opnået fremskridt, herunder fastholdelse af fremgang, længere tid imellem samtalerne, lavere omfang

af støtte (gruppe, selvhjælp etc.). Supervisor bør også opfordre terapeuten til, sammen med klienten, at udvikle en plan for afslutning af behandlingen.

- Alliance-scoren viser konstante problemer med den terapeutiske relation og med at engagere klienten i behandlingen.
Supervisor støtter terapeuten til udvikling af specifikke strategier til håndtering af problemer med den terapeutiske alliance, sådan som de kommer til udtryk i SRS-scoren. Supervisor kan sammen med terapeuten gennemse videooptagelser af samtaler med problematiske allianscescorer, herunder stoppe ved forskellige passager, og udvikle ideer i forhold til mere engagerende terapeutiske tiltag.
- Terapeuten ser anvendelsen af effekt- og allianceredskaberne som en administrativ, snarere end en terapeutisk opgave.
Supervisor anvender gruppesupervision med henblik på udveksling af erfaringer omkring, hvordan effekt- og allianceredskaberne har hjulpet terapeuterne i deres samarbejde med deres klienter. Supervisor organiserer samtaler omkring bekymrende sager, med henblik på at vise, hvordan effekt- og alliancefeedback kan anvendes til at tilpasse behandlingen.
- Terapeutens resultater er vedvarende lavere end institutionens norm eller de nationale standarder.
Supervisor gennemser, sammen med terapeuten, dennes effektdata, inklusive aggregerede statistikker (se appendix 3), med henblik på at identificere mønstre, som kan forklare en lavere effekt, dvs. længerevarende klientforløb uden resultat. Baseret på denne gennemgang, arbejder supervisor og terapeut med at udvikle specifikke strategier til en forbedring af terapeutens arbejde, dvs. udvikling af specifikke strategier og planer i forhold til afslutning af resultatløse behandlingsforløb samt henvisning til et andet tilbud.

4. Støtte til terapeutens kontinuerlige faglige udvikling

Supervisor kan arbejde med FIT-tilgangen på såvel et ”mikro-” som et ”makroniveau”. På mikroniveau støtter supervisoren terapeuten med at forbedre det individuelle klientudbytte, samt til at integrere FIT-praksis i det løbende kliniske arbejde. På mikro-niveau er målet at forbedre effekten af behandlingen en klient ad gangen.

På makro-niveau fokuserer supervisor på terapeutens løbende professionelle udvikling. Målet er at understøtte en udvikling af supervisandens kliniske færdigheder og overordnede effektivitet. Forskning i ekspertise og ekspert-præstationer (Miller, Hubble & Duncan, 2007, Miller & Hubble 2011) peger på, at udvikling af færdigheder og forbedret effektivitet sker gennem et bevidst og vedholdende arbejde med tre trin: (1) Terapeuten finder det nuværende niveau for sin ydeevne, (2) søger løbende feedback på sit arbejde, og (3) arbejder med bevidst, målrettet træning i forhold til specifikke præstationsmål.

Supervisor bidrager til terapeutens professionelle udvikling, når han / hun hjælper terapeuten med: (1) at finde sin overordnede, kliniske effekt-rate gennem brug af effektmåleredskaberne, samt aggregering af tilhørende data, (2) at skaffe specifik feedback med henblik på forbedrede resultater, baseret på identifikation af færdigheds- og vidensmangler gennem systematisk anvendelse af alliance- og effektmåleredskaber, og (3) at udvikle og engagere sig i en målrettet praksis, som er rettet mod forbedring af specifikke præstationsmål.

Strategier, som anvendes af supervisor til at støtte terapeuten i sin professionelle udvikling, inkluderer:

- Etablering af et udgangspunkt, en baseline, for sin effektivitet og sammenholde denne med nationale standarder:
Et udgangspunkt for den enkelte praktikers effektivitet etableres ved indsamling af resultater via alliance- og effektmåleredskaber. Den enkelte terapeut kan samle sine data gennem anvendelse af et af de eksisterende web-baserede effekt-håndteringssystemer (f.eks. openFIT.com, fit-outcomes.com, myoutcomes.com) eller gennem ansættelse af en statistik konsulent. Brug af et webbaseret system giver organisationen mulighed for at sammenholde den enkelte terapeuts effektivitet med organisationens norm.
- Udvikling af planer for bevidst, målrettet træning i forhold til at bringe effekten op på eller over nationale normer:
Bevidst, målrettet træning involverer: (1) identifikation af grænserne for aktuel viden og færdigheder og (2) udvikling af en specifik, målbar trin-for-trin-plan for udvikling af færdigheder.

- Udvikling af et ”fejlcentrisk” fokus:
Faglig udvikling sker, når vanskeligheder i tilegnelsen af viden og færdigheder identificeres, og dermed giver mulighed for afprøvning af nye løsninger. En FIT supervisor arbejder på at sikre, at fokus på, identifikation af og dialog om vanskeligheder gøres på en tryk og udviklende måde.
- Anvendelse af ITAR (Identificer, Tænk, Afprøv, Reflekter) som et redskab til at forbedre kvalitet og resultat af det terapeutiske arbejde:
Supervisor hjælper terapeuten med at identificere egne udviklingsområder, manglende viden eller færdigheder eller særlige terapeutiske situationer eller målgrupper, som volder vanskeligheder. Supervisor og terapeut gennemtænker og undersøger nye ideer og tilgange. Supervisor og terapeut reflekterer og gør status over, hvad der fungerede, og hvad der ikke gjorde. Processen gentages indtil den nye viden, færdighed eller ”risiko-situation” kan håndteres.
- Tilvejebringelse af undervisning og støtte i forhold til udviklingsområder:
Supervisor tilbyder eller tilvejebringer ressourcer i forhold til FIT-praksis, knyttet til supervisandens specifikke behov, f.eks. anbefaler artikler eller manualer til læsning eller tilbyder undervisning eller træning i FIT-principperne.
- Hjælpe terapeuten til at fokusere på, hvad der er til hjælp – en stor del af variationen i terapeuters resultater relateres til forskellige evner til at skabe alliance.
Supervisor hjælper behandleren med at fokusere på sin evne til at skabe alliance, fremfor at flytte ansvaret for en ineffektiv behandling over på klienten eller på ekstraterapeutiske forhold.

Følgende eksempler viser, hvordan supervisor kan støtte terapeuten i hans / hendes fortsatte faglige udvikling:

Eksempel 1

I forbindelse med gennemgang af en terapeuts klient-ORS / SRS-scorer, bliver supervisor opmærksom på, at hovedparten af terapeutens klienter scorer 40 på SRS-skemaet ved hver session. Supervisor hjælper terapeuten med at identificere en række måder at opmuntre klienter til at anvende SRS-skemaet til at give udtryk for områder, som kan justeres med henblik på at styrke den terapeutiske alliance. Supervisor anbefaler, at terapeuten anvender ITAR (Identificer, Tænk, Afprøv, Reflekter) som redskab til denne proces.

Supervisor opmuntrer terapeuten til at forberede sig på sine samtaler ved at formulere tre måder at præsentere SRS-skemaet for klienten, og formuleringerne skrives ned. Herefter forestiller terapeuten sig, hvad klienten vil svare til hver formulering, hvorefter de formulerer to modsvarende svar på hver. Efter forberedelsen afprøver terapeuten tilgangene, hvorefter supervisor støtter tera-

peutens refleksion over processen, med opmærksomhed på, om den afprøvede tilgang havde den ønskede effekt i forhold til at opnå feedback fra klienten i forhold til dennes præferencer. Terapeuten omskriver herefter formuleringerne, idet der justeres i tilgange, som ikke fungerede, samt fortsætter med at afprøve nye måder at opmuntre klienter til at give en ærlig feedback. Udvikling i måder klienter scorer SRS-skemaet registreres i forhold til, om de nye tilgange virker.

Eksempel 2

Under gennemgang af terapeutens ORS-skemaer, bliver supervisor opmærksom på, at terapeuten har mange klienter, hvis ORS har nået et plateau, eller er over den forventede udvikling, ligesom klienter fortsætter behandling i længere tid trods manglende fremgang. Scorer på SRS-skemaer indikerer generelt gode alliancer. Supervisor er optaget af, om nogle af disse klienter er blevet afhængige af terapien. Under en samtale med terapeuten om dette, bliver supervisor opmærksom på, at terapeuten har vanskeligt ved at afslutte sine klientforløb, ligesom terapeuten giver udtryk for at have vanskeligheder med at tale med sine klienter om afslutning af samarbejdet. Supervisor undersøger sammen med terapeuten, hvad der gør det svært for ham / hende at tale med klienten om at afslutte terapien. Supervisor støtter terapeuten til at forberede afslutning af klientforløbene ved at udvikle forskellige formuleringer, som kan bruges i samtalen med klienten om en afslutning. Terapeuten udarbejder forskellige formuleringer samt tilhørende svar, baseret på klientens forventede reaktioner. Terapeuten afprøver efterfølgende dette med sine klienter, hvorefter supervisor sammen med terapeuten reflekterer over processen med opmærksomhed på, hvad der fungerede, og hvad der ikke gjorde. Terapeuten foretager justeringer, som efterfølgende undersøges sammen med supervisor, indtil terapeuten har udviklet en tilfredsstillende evne til at afslutte sine klientforløb.

Disse eksempler viser en cyklus for fortsat udvikling af færdigheder, som er kendetegnet ved bevidst, målrettet træning. Gennem en fortsat registrering af effekt- og alliancefeedback samt opretholdelse af en "fejl fokuseret" tilgang, er supervisor opmærksom på muligheder for at samarbejde med terapeuten om at lægge planer for en bevidst, målrettet træning, som understøtter supervisors professionelle udvikling.

Forskning peger på at folk bibeholder viden bedre, når de får deres viden afprøvet. Tag et øjeblik og besvar de følgende 10 spørgsmål. Hvis du svarer forkert på et par stykker, kan du gå tilbage og genlæse det afsnit, spørgsmålet drejer sig om. Om en uge kan du tage quizzen igen og genopfriske det, du har lært.

1. Hvilke af de følgende er *ikke* et mål for FIT-supervisionen?

- a. Udvikling af en kultur, som understøtter FIT-praksis
- b. Udvikling af kvalitet og effekt af behandlingsarbejdet
- c. Overvågning af resultater med henblik på at ansætte og fyre personale
- d. Ingen af ovenstående

2. Når klientscoren på ORS viser fremskridt, men SRS indikerer problemer i alliancen, bør supervisor:

- a. Undersøge om terapeuten har drøftet SRS-scoren med klienten
- b. Anbefale at terapeuten henviser klienten til en anden behandler, idet en god alliance forudsiger et positivt udbytte af behandlingen
- c. Opfordre terapeuten til at fortsætte arbejdet med klienten som hidtil
- d. Både a og c
- e. Både a og b

3. Hvilke af følgende er *ikke* FIT-supervisors opgave?

- a. Sikre, at terapeuten er loyal overfor behandlingstilgang og modeller
- b. Tage hånd om terapeutens spørgsmål og vanskeligheder i arbejdet med FIT
- c. Integrere strategier for målrettet praksis i supervisionen
- d. Være fortrolig med det forskningsmæssige grundlag for FIT

4. I FIT-tilgangen betragtes en sag *ikke* som ”bekymrende” når:

- a. SRS-scoren falder et point
- b. ORS-scoren falder under den forventede forandringskurve
- c. SRS-score falder og ORS-score stiger
- d. SRS-score stiger og ORS-score falder

5. For at støtte terapeuten til klinisk excellence vil supervisor:

- a. Kontrollere loyalitet i forhold til evidensbaserede behandlingstilgange
- b. Støtte terapeuten til at finde sit niveau for sit terapeutiske arbejde (sin baseline)
- c. Opfordre terapeuten til blive ved med at gøre det, der fungerer, og med tiden vil hans / hendes faglige svagheder naturligt reduceres
- d. Ingen af ovenstående

6. Når en supervisand tilkendegiver, at nogle af hans / hendes klienter giver udtryk for, at de ikke ønsker at udfylde ORS og SRS, bør supervisor:

- a. Give udtryk for, at terapeuten ikke bør være bekymret, da nogle klienter ikke bryder sig om at udfylde skemaer
- b. Spørge terapeuten, hvordan han eller hun forklarer redskaberne for sine klienter
- c. Undersøge, hvordan terapeuten har det med at modtage klient-feedback
- d. Både a og b
- e. Både b og c

7. Hvilke af følgende bør *ikke* bekymre en FIT-supervisor?

- a. Terapeuten ser brug af effekt- og alliance-redskaber som en administrativ opgave
- b. Terapeuten er ude af stand til at beskrive klientens præferencer eller mål for behandlingen
- c. Terapeuten er vag omkring hvordan effekt- og allianceredskaberne anvendes i praksis
- d. Terapeutens udeblivelser eller dropout rate er høj sammenlignet med andre behandlere ved institutionen eller i forhold til den nationale norm
- e. Ingen af ovenstående

8. Ifølge forskning i ekspertise og ekspert præstationer er udvikling af færdigheder og forbedret effektivitet resultatet af et bevidst, målrettet træning med:

- a. Etablering af en baseline – et niveau for sit terapeutiske arbejde
- b. Løbende søge klient-feedback
- c. Engagement i målrettet praksis
- d. Alle ovennævnte

9. Hvilke af følgende vil almindeligvis *ikke* indgå i en FIT-supervision?

- a. Drøftelse af klient-fremskridt baseret på dennes feedback på ORS og SRS
- b. Undersøgelse af relevante teknikker baseret på terapeutens diagnose af klienten
- c. Drøftelse af terapeutens alliance med klienten, herunder hvorvidt terapeutens tilgang passer til klientens præferencer
- d. Drøftelse af behandlingens omfang og hyppighed

10. Når en klients ORS falder dramatisk, bør supervisor anbefale terapeuten at:

- a. Lytte efter og undersøge om der er sket hændelser i klientens liv, som forklarer faldet og tilbyde en relevant støtte
- b. Fastholde samme type, omfang og intensitet i behandlingen
- c. Løbende administrere ORS med henblik på opmærksomhed på om fremgang
- d. genoptages
- e. Alt ovenstående

SVAR

- 1. c
- 2. d
- 3. a
- 4. c
- 5. b
- 6. e
- 7. e
- 8. d
- 9. b
- 10. d

FAQ (ofte stillede spørgsmål)

Spørgsmål:

Nogle af de behandlere, som jeg superviserer, siger at deres klienter ikke bryder sig om at udfylde ORS / SRS. Hvordan skal jeg håndtere dette?

Svar:

Når klienter er tilbageholdende eller nægter at udfylde effekt- og allianceredskaberne, er det ofte fordi, de ikke forstår meningen med feedback i behandlingsprocessen. Når en terapeut oplever et usædvanligt stort antal klienter, som nægter at udfylde redskaberne:

- Undersøg hvordan terapeuten præsenterer redskaberne. Formidler han en meningsfuld forklaring til klienten? Klienter som forstår fordelene ved formaliseret indsamling af effekt- og alliancedata nægter sjældent at udfylde redskaberne
- Undersøg terapeutens komfort ved at modtage klient-feedback. Når klienter fornemmer terapeutens diskomfort ved at modtage feedback, kan de være mindre tilbøjelige til at udfylde redskaberne.
- Undersøg om terapeuten drøfter feedback med klienten, eller blot administrerer skemaerne uden at anvende dem klinisk. Hvis klienten giver feedback omkring fremgang og alliance, uden at der handles på denne, vil redskaberne miste deres relevans for klienten.

Spørgsmål:

Flere terapeuter beklager sig over, at de ikke har tid til at administrere effekt- og alliance-redskaberne, fordi de i forvejen har en stor mængde skemaer, som skal administreres. Hvordan skal jeg håndtere dette?

Svar:

Klager over krav om papirarbejde kan meget vel være velbegrundede. Hjælp med at effektivisere papirarbejdet mest muligt.

Mind terapeuten om, at efter den indledende introduktion af klienten til redskaberne, tager den konkrete administration af ORS og SRS kun få øjeblikke. Foreslå, at terapeuten lærer sine klienter selv at score ORS / SRS. Dette kan reducere terapeutens arbejde, og være med til at engagere klienten i at registrere sin fremgang.

Spørgsmål:

En af behandlerne i mit team siger, at han ikke tror, at hans klienters feedback er pålidelige, fordi de er psykisk syge. Hvordan skal jeg håndtere dette?

Svar:

- For nogle behandlere er skiftet fra en diagnosticerende, fejlsøgende tilgang til en tilgang med åbenhed overfor klientfeedback et paradigmeskift. Mind behandleren om evidensen, som støtter betydningen af at få klientfeedback.
- Overvej at lade behandleren tale med en kollega, som har haft succes med arbejdet med redskaberne i samarbejdet med klienter med psykiatriske problemer. At høre kollegaen beskrive fordelene kan udfordre sådanne myter.
- Data peger på, at behandlere er dårlige til at vurdere klientens oplevelse af terapien. Når klientens feedback ikke matcher terapeutens oplevelse af, hvor godt klienten har det, kan terapeuten opfordres til at spørge klienten, hvorfor han valgte at score redskabet som han gjorde.
- Undersøg hvordan terapeuten introducerer redskaberne for sine klienter. Ofte, når der ikke synes at være en sammenhæng mellem klientens score og oplevelse af hvordan han har det, hænger dette ikke sammen med klientens diagnose, men snarere hvordan terapeuten introducerer, forklarer og hjælper klienten til at udfylde redskabet. Det er afgørende, at klienten udfylder redskabet på en måde, der hænger sammen med, hvordan han / hun oplever sit liv.

Spørgsmål:

En af behandlerne, som jeg superviserer, siger, at hun føler sig akavet i forhold til at introducere redskaberne. Hvad kan jeg gøre, for at få hende til at føle sig mere komfortabel med dem?

Svar:

- Terapeuten forsikres om, at det nogle gange tager et stykke tid før introduktionen af redskaberne blive rutine.
- Vis hvordan redskaberne introduceres.
- Lad terapeuten observere en erfaren kollegas introduktion af skemaerne.
- Lad terapeuten øve introduktion af skemaerne sammen med dig eller med en kollega.
- Anbefal terapeuten at øve sig på at introducere skemaerne til klienter, som han eller hun er komfortabel med at introducere dem til, frem for til nye klienter, indtil terapeuten føler sig mere sikker.
- Tilbyd forskellige ideer til, hvordan redskaberne kan introduceres til klienter.

Spørgsmål:

Denne manual fremhæver, at supervisor skal gøre behandlerne trygge ved at forsikre dem om, at effekt- og alliance-redskaber ikke vil blive brugt i forbindelse med evaluering af medarbejderens præstation. Hvad gør jeg, når jeg oplever, at en af behandlerne, som jeg superviserer, har et stort antal klient-dropouts, at klientfeedback på alliance-redskabet ofte indikerer problemer i alliancen, og at terapeutens resultater ofte ligger under institutionens norm?

Svar:

Husk at FIT-supervisionens mål ikke er at være straffende, men snarere at støtte behandleren i udvikling af kvalitet og resultater i sit arbejde. Her er nogle strategier, som du kan prøve:

- Lad terapeuten finde sit niveau for sit terapeutiske arbejde, en baseline, således at effekten af jeres strategier til at støtte terapeuten i udvikling af kvalitet og resultater i sit arbejde kan følges.
- Overvej at få en kollega med stor effekt i sit arbejde til at være mentor for kollegaen.
- Tilbyd efteruddannelse rettet mod forbedring af alliancen med klienter.
- Anvend strategier til bevidst, målrettet træning i forhold til et område for forbedring.
- Lad behandleren benytte ITAR (Identificer, Tænk, Afprøv, Reflekter) i undersøgelsen af forskellige måder at interagere med klienter.

Referencer:

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garcia, J.A., & Weisz, J.R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationships problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D.W., Shimokawa, K., et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155-163.
- Jacobson, N.S. (1988). Defining clinically significant change: An introduction. *Behavioral Assessment*, 10, 131-132.
- Jacobson, N.S., Folette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336-352.
- Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Child Clinical Psychology*, 1, 133-156.
- Lambert, M.J. (2005, Spring). Enhancing psychotherapy through feedback to clinicians. *The Register Report*, 31, 15-19.
- Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.)(pp. 72- 113). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology*, 10, 288-301.
- Miller, S.D. (2011). Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCTs and Meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback. The Available Evidence. Chicago, IL. <http://www.slideshare.net/scottdmiller/measures-and-feedbackjanuary-2011>.
- Miller, S.D., and Duncan, B.L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales Administration, Scoring, and Interpretation Manual*. ISTC Press: Chicago, IL.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., & Hubble, M.A. (2007). Supershrinks. *Psychotherapy Networker*, 31(6), 26-35, 56.
- Miller, S.D., & Hubble, M.A. (2011). The road to mastery. *Psychotherapy Networker*, 35(3), 22-31, 60.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.)(pp. 307-390). New York: Wiley.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

Appendix I - Overblik over Feedback Informeret behandling (FIT)

FIT-TILGANGEN

Enhver interaktion med klienten kan betragtes feedback informeret når der arbejdes målrettet med at:

- fremme faktorerne som bidrager til succesfuld udbytte af behandlingen
- anvende en hvilken som helst tilgang som bidrager til succesfuld effekt af samarbejdet
- anvende klientens mål og præferencer til valg af tilgang i samarbejdet
- organisere samarbejdet med udgangspunkt i pålidelige og valide effekt- og alliancemåleredskaber

GRUNDLAGET FOR FIT

- Når fuldt implementeret vil FIT være en integreret praksis på samme måde som arbejdet med standardiserede indskrivningsprocedurer, anamnesetagning etc.
- Gennem brug af klinisk validerede redskaber til opnåelse af løbende klientfeedback omkring effekt og alliance, fungerer FIT som såvel et klinisk redskab som et effektmåleværktøj. FIT tager ikke tid fra ”det egentlige kliniske arbejde”, men er snarere et klinisk værktøj til at følge og forbedre effekt og alliance.
- FIT-praksis har fokus på klientinddragelse i beslutninger om og evaluering af behandlingens indhold og omfang. Ifølge Orlinsky, Rønnestad og Willutzki (2004): Kvaliteten af patientens deltagelse ... er den stærkeste faktor som kan fremme behandlingseffekt (s.324)
- Med henblik på at støtte behandleren til at yde den mest effektive behandling, trækker FIT på forskning som indikerer, at de mest effektive terapeuter har flere fælles kendetegn, idet de:
 - søger og fastholder større klientengagement
 - er særlig opmærksomme på risiko for drop-out eller manglende behandlingseffekt
 - opsøger direkte klientfeedback, med henblik på forbedre egne færdigheder (kaldet deliberate practice i litteraturen)

FIT-FÆRDIGHEDER

1. Introduktion af ORS / SRS
2. Integration af redskaberne – fokus på klientens forståelse af sine scorer med henblik på udvikling af en fælles forståelse af behandlingssucces
3. Skræddersyning og tilpasning af samarbejdet, baseret på ORS / SRS-feedback. Når redskaberne anvendes i tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde, er det vigtigt at arbejdet med ORS og SRS er en syntese. Et redskab er ikke uafhængig af det andet men tilsammen er ORS og SRS et billede på den terapeutiske rejse og de giver information som et kompas på rejsen – det ene redskab bidrager med information til det andet.

Appendix II – Arbejdet med FIT i klinisk supervision – en check-liste

- Individuel- eller gruppesupervision
- Supervisionen tager udgangspunkt i behandlerens arbejde med ORS / SRS
- Supervisionen har fokus på effekt frem for teknik / metode
- Supervisionens fokus er baseret på principper fra deliberate practice

SE PÅ ORS

- Er ORS udfyldt?
- Anvendes information fra arbejdet med ORS? Hvordan?
- Indikerer ORS-scoren at klienten gør fremskridt?
- Hvis klienten ikke gør fremskridt – taler behandleren med klienten om dette?

SE PÅ SRS

- Er SRS udfyldt?
- Anvendes information fra arbejdet med SRS? Hvordan?
- Indikerer SRS-scoren en positiv behandlingsalliance?
- Hvis ikke – taler behandleren med klienten om dette?

LYT EFTER NØGLEINFORMATION

- Hvad ønsker klienten?
- Hvad er klientens ideer til samarbejdet?
- Hvad er klientens forventninger til behandlingen?
- Hvad fungerer?
- Hvilken udvikling finder sted?
- Hvad er den superviseredes oplevelse?
- Hører du klientens stemme gennem den superviseredes tale om samarbejdet?
- Hvilken form for supervision fungerer bedst i samarbejdet med den superviserede?

AGGREGATE OUTCOME SCORES:

En samling af scorer genereret ved administration af et effektrejskab i forhold til et antal klienter. Scorerne samles med henblik på beregning af en samlet effektscore for gruppen. Jo flere klienter i den aggregerede pulje, jo mere præcist vil redskabet være. Aggregeret effektscore kan beregnes på den enkelte behandlers, programmets eller organisationens niveau. Aggregerede effektscorer giver supervisor og behandlere mulighed for at opstille mål for effektivitet, ved at sammenligne behandlerens effektivitet med nationale normer.

BASELINE SCORE:

En baseline score er en indledende, før-behandlings eller indtagsscore på ORS eller SRS. For at få en præcis måling af forandring, er det vigtigt at en indledende baseline score opnås så tidligt som muligt i processen (ved første kontakt), således at forandring kan måles fra behandlings start og til den afslutning.

KLINISK CUTOFF:

Den kliniske cutoff for ORS defineres som grænsen mellem den kliniske og den ikke-kliniske population målt i klientens oplevelse af funktionsniveau / forpinthed. Den kliniske cutoff for ORS blev etableret på basis af et stort antal klienter $N=34,790$ (77% scorer under). Klinisk cutoff for ORS varierer, afhængig af klientens alder:

- Voksne = 25
- Teenagere = 28
- Børn = 32

RAW AND SEVERITY-ADJUSTED EFFECTSIZES FOR THE ORS:

En effectsize er en statistisk enhed, som på en standardiseret måde måler mængden af forandring. Der er flere slags effectsize-beregninger, men den oftest benyttede effectsize i effekten af terapi, beregnes ved at dividere gennemsnitsforskellen i scorer mellem grupper (f.eks. en gruppe klienter ved indskrivning og samme gruppe klienter ved afslutning) med standard afvigelsen for redskabet (almindeligvis benyttes standardafvigelsen ved indtagsscoren). Dette kaldes nogle gange en Raw (råscore) effectsize (det gennemsnitlige omfang af forandring, divideret med variationen af indtagsscorer). I modsætning hertil er en effectsize korigeret for graden af forpinthed ved indtag, en mere kompliceret statistik som medregner indtagsscoren ved at justere hver klients mængde af

forandring, baseret på omfanget af hans / hendes forpinthet ved indskrivning. Der er en klar tendens til, at klienter med lav ORS-score (mere forpinthet) er tilbøjelige til at opleve større forandring, end klienter som allerede ved indskrivning giver udtryk for, at de fungerer godt (dvs. høj ORS-score). Vise computerprogrammer registrerer korregeret effectsize eller relativ effectsize, baseret på hvor meget værre eller bedre klientens sidste score er, i forhold til hvad man kunne forvente, når man indregner forpinthet ved indskrivning. I beregning vil klienter som, oplever det forventede omfang af forandring eller når "benchmark" for forandring (ETR) have en korregeret eller relativ effectsize på 0. Tilsvarende vil klienter, som oplever mere fremgang end forventet have en korregeret eller relativ effectsize, som er højere end 0. Klienter som oplever mindre fremgang end forventet, vil have en negativ relativ eller korregeret effectsize (selv om de har udviklet sig i positiv retning!). Der er store forskelle på, hvordan hhv. effectsize og relativ eller korregeret effectsize beregnes af forskellige programmer eller statistikere. Derfor må den præcise tolkning af en effectsize altid bero på en nærmere viden om, hvordan den specifikke effectsize blev beregnet.

PREDICTED CHANGE TRAJECTORY

(eller Expected Treatment Response – ETR): Den forventede forandringskurve er den forventede mængde af forandring i scorer på ORS over tid. Med udgangspunkt i tusindvis af administrationer af ORS, er den forventede forandringskurve blevet baseret på indledende ORS-scorer. Den forventede forandringskurve for klienter med lav indledende ORS-score er stejl, hvorimod klienter med højere indledende ORS-score vil have kurver som har en svagere stigning. Ved at anvende den forventede forandringskurve kan supervisor og behandler sammenligne klientens forandring med den norm, som er udviklet for ORS.

PROCENTDEL AF KLIENTER SOM OPNÅR FORVENTET FORANDRING ELLER BEHANDLINGSMÅL:

Dette giver en måling af, hvor mange klienter (i %) i datasættet, der har opnået den forventede forandring (ETR) ved behandlingens afslutning. Dette giver mulighed for at definere det nuværende benchmark for behandleren, programmet og institutionen.

RELIABLE CHANGE INDEX:

RCI er mængden af forandring som pålideligt, kan tilskrives terapien og ikke er et udslag af f.eks. "regression to the mean", almindelige dag-til-dag svingninger.

Manual 4:

Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting

This manual explains how to measure clinical change in psychotherapy, and how to use statistics to understand outcome data. Guidelines are provided for statistical formulas and outcome reporting. The Manual provides examples based on the Session Rating Scale (SRS) and Outcome Rating Scale (ORS), but also pertains to other therapeutic alliance and outcome measures. A short quiz, Frequently Asked Questions (FAQ) and a list of references are also included.

The manual is divided into four sections:

1. Establishing a valid baseline (the basics of validity and reliability, and how they pertain to choice of instrument and the administration of outcome measures);
2. Graphing client results (guidelines and methods for displaying outcome data for clinical use);
3. Understanding clinical significance; and
4. Understanding effect size and expected trajectories of change.

1. Establishing a valid baseline: Feasibility, validity, and reliability

Accurately measuring a clinical change requires that clinicians first establish a valid baseline from which change is made. This is true not only for assessing client well-being, but also for assessing clinicians' efforts to improve their effectiveness through deliberate effort and training. To measure how much clients improve from therapy, therapists need to have an accurate sense of how they are doing at the very start of therapy. And to measure how much therapists improve from training and professional development, they need to measure their performance prior to any attempts to improve so a comparison can be made. In order to have confidence that the baselines therapists are measuring for clients are valid (in other words, that baselines actually represent something real and relevant), they need to understand how data from the instrument compare with already-established measures or indicators of real-life well-being or distress. But even before that, a measure must be selected that therapists are actually willing to use with virtually every client in every session. A measure that is accurate in measuring change or performance but that is too costly or awkward to use won't be used consistently, and so from the outset will prevent therapists from establishing a valid baseline. So, the measure must be feasible.

Feasibility

When choosing an outcome measure for tracking client well-being over time, therapists should choose instruments that are feasible for continual use – session after session – and that will not lead to administration or scoring fatigue (either for clinicians or clients). In the real world of clinical practice, the use of long checklists or exhaustive mental health batteries for capturing the fine details of distress quickly becomes unmanageable after an initial administration because of the time required for clients to complete them and for clinicians to score and interpret them. Outcomes need to be monitored quickly and continually for them to be clinically useful. In addition, the inability of therapists to predict clients' unscheduled terminations (e.g., dropouts) necessitates regular administrations of short outcome measures. Giving clients a long measure every 3rd, 5th or 10th session, as some have advised, is likely to create problems in capturing an accurate record of a therapist's outcomes (due to many clients' last available score on the measure not being captured at their actual last session), and in terms of therapists remembering when each client is due for another administration. Studies published by a number of researchers have shown the impact of regular alliance and outcome feedback on treatment effectiveness; so for practical reasons, short (4-, 5- or 10-item) versions of longer "standard" instruments (e.g., Outcome Questionnaire 45 [OQ-45] and Clinical Outcomes

in Routine Evaluation [CORE-OM]) have been developed and released in recent years. Field implementation in a variety of settings has also shown that instruments with approximately 30 items lead to very low compliance among clinicians.

Using brief measures promotes consistency in administration which in turn leads to increased validity of the data the clinician accumulates. Put another way, if clinicians' datasets are missing 40% of potential client data, one simply cannot know whether the remaining 60% is an accurate and representative portrayal of the therapist's overall performance, or whether some systematic bias is involved in determining which clients were never administered the outcome measures or which are missing baseline (intake) data. Therefore, the feasibility of the measures – because it is so crucial for consistent administration – should be a major consideration in deciding which instruments best serve a clinician or agency for documenting clinical change.

Validity

For instruments that attempt to measure mental health or a change in client functioning, validity refers to the ability of an instrument to accurately measure what it claims to measure. Below, several aspects of validity are presented that the reader may want to consider for choosing or assessing the quality of an outcome instrument for measuring client distress and functioning. Validity statistics are often reported as correlations (how well two different measures track each other, for example), with coefficients ranging from -1.0 to +1.0. Validity increases the further the coefficient is from zero (either in the positive or negative direction).

Construct validity refers to whether a measure actually captures the construct it is intending to capture; for example, whether a "well-being" measure actually measures well-being, and whether an "alliance" measure is actually measuring the alliance. One of the ways of determining construct validity is through tests of concurrent, discriminant, predictive or criterion-related validity. These specific types of validity address the broader construct validity question ("Does this measure really capture the construct we are interested in?") from different angles. The Outcomes Rating Scale (ORS) is reported to be a measure of general subjective well-being, so the construct of subjective well-being needs to be defined, and then the construct validity question is: Does the ORS actually measure a client's subjective sense of well-being?

Note: Judgments about the validity of a measure for a client or group of clients require a faithful and accurate administration of the measure without deviating from the standard way of completing the measure. For example, the Outcome Rating Scale instructs clients to rate well-being over the past week. A client may be strongly affected by the events of today and may complete the form in terms of how the client feels today rather than on an average of the past week. By focusing on one day rather than averaging his or her impressions over the course of a week, the client's scores may show much more variability from one session to the next. If many of a therapist's clients score the measure this way, the statistical conclusion validity of those data is at risk (e.g., the data may not be comparable to norms or other data sets). Substantial deviations, including the wording, item order or other instrument alterations can threaten the validity of an instrument. The ethical and appropriate use of psychometric measures requires that they be administered with regard for these issues.

Concurrent validity is the degree to which a measure yields information/data that is similar to another measure that has already been validated as accurately portraying a construct of interest. One of the most common outcome measures that the ORS has been compared to is the Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2), which – like the ORS – differentiates self-reports of clients' general well-being (or distress) into subcategories of internal distress, relationship distress and social functioning. Correlations between the ORS and the OQ-45.2 have ranged between $-.53$ and $-.74$. Correlations between the Session Rating Scale (SRS) and other measures of alliance have been between $.48$ and $.63$ (see Table 1).

Measures	Authors	Validity Coefficient
ORS vs. OQ-45.2	Bringhurst et al., 2006	$-.69$
ORS vs. OQ-45-2	Campbell & Hemsley, 2009	$-.74$
ORS vs. OQ-45-2	Miller et al., 2003	$-.59$
ORS vs. YOQ	Duncan et al., 2006	$-.53$
CORS vs. YOQ Caretaker	Duncan et al., 2006	$-.43$
SRS vs. WAI	Campbell & Hemsley, 2009	$.63$
SRS vs. HAQ-II	Duncan et al., 2003	$.48$

Table 1: Selected Concurrent Validity Data for Outcome and Alliance Measures

Note: OQ-45.2 is the Outcome Questionnaire-45.2; YOQ is the Youth Outcome Questionnaire; CORS is the Child Outcome Rating Scale; WAI is the Working Alliance Inventory; HAQ-II is the Helping Alliance Questionnaire-II.

Specificity

refers to the ability of an instrument to effectively discriminate between two (presumably separate) conditions along a continuum of experience (e.g., well-being and distress) and to be sensitive to change in a clinical sample. If an instrument that reportedly measures “well-being” is given to a group of people who are known to be in distress and are seeking services (for example, clients at their first session of therapy), and also is given to a group of people who are generally known not to be in distress (e.g., a “nonclinical” or “community” sample of people), and if the scores of these groups tend to be different, then one would say the measure has specificity. Research on the specificity of the ORS (shown in Table 2 below), as with other outcome instruments, often uses “samples of convenience” such as workers in an office building or counseling center staff. In the case of ORS research discriminating between clinical and nonclinical samples, t-tests or effect-size comparisons are often used. The research shows the ORS to have good concurrent validity with the OQ-45.2 and very good specificity. Similarly, studies show good concurrent validity between the SRS and other therapeutic alliance scales.

Measure	authors	Comparison Method	Statistic
ORS	Miller et al., 2003	t-test between clinical and non-clinical sampels	p<.00001
ORS	Miller et al., 2003	Repeated measures effect size comparison between clinical and nonclinical sampels	Clin ES:.70 Non ES:.22
ORS & CORS	Duncan et al. 2006	t-test between clinical and non-clinical sampels	p<.00001
OQ-45.2	Lambert et al. 2004	t-test between change slops of clinical and non-clinical samples	p<.05
OQ-45.2	Lambert et al.2004	Effect size between change slopes of clinical and nonclinical samples	d=.50
OQ-45.2	Lambert et al. 2004	ANOVA between multiple clinical and nonclinical samples	p<.001

Table 2: Specificity Data for Selected Outcome Measures

Criterion-related validity

is concerned with whether an instrument measures something that has a future or real-world impact. An example of criterion-related validity for an alliance measure is the extent to which an alliance score at the outset of therapy predicts the eventual outcome of therapy. For an outcome scale, an example of criterion-related validity is the extent to which a change in well-being on the ORS given to people in couples therapy is related to the separation and divorce rate of those couples six months later. Table 3 below gives some examples of criterion-related validity statistics.

Measure	Authors	Comparison Method	Statistic
ORS	Anker et al., 2009	Seperation or divorce at 6-month follow-up, with FIT vs. without FIT.	$\chi^2 = 4.83$ $p < .02$
SRS	Duncan et al., 2003	Correlation between 2nd or 3rd session SRS score and final ORS score	.29
Penn scaæes (alliance)	Martin, Garske, & Davis, 2000	Various outcome measures in metaanalysis	.29
Working Alliance Inventory	Martin, Garske & Davis, 2000	Various outcome measures in metaanalysis	.24

Table 3: Criterion-Related Validity Data for Selected Outcome and Alliance Measures

As noted above, the manner in which a clinician introduces a measure, the timing of when it is introduced and other factors influence the validity of the score and affect whether the clinician is establishing a valid baseline from which to measure change. Here are a few client factors which the clinician should keep in mind:

- vision problems, reading comprehension, literacy or language difficulties;
- cognitive impairments or neurological deficits;
- distraction by stressors in or outside of the room;
- frustration with the form as “paperwork,” or discomfort with computer administration;
- attention not focused on the personal meaning of the questions;
- preoccupation or worry about the clinician’s judgments toward the client’s answers;
- perception that the clinician is not genuinely interested in the responses;
- negative feelings toward therapist, agency, or referrer;
- rushed administration of the measure or client feels time-pressure

Clinicians should take great care to ensure that outcome and alliance measures are presented so that clients understand the measures, are able to orient to them with their full attention and are encouraged by the clinician's own genuine attitude to answer them as authentically and truthfully as possible, and without any biasing toward a more distressed or more optimal feeling than is accurate for the past week or the time since last measurement (based on the standardized instructions of the measure).

Note: Some variation from total uniformity of administration is unavoidable in the real world, and is even desirable if doing so will make the measures more clinically and personally relevant to the client and therefore more useful and valid in the measurement of clinical change. One example of this is when clinicians administering the ORS for the first time to clients who have come to treatment because of distress with their partner, suggest that the clients focus on their relationship with their partner on the ORS item that pertains to “family, close relationships” even though the item could also include other close relationships in addition to the partner. Another example of a deviation from uniform administration being potentially helpful is delaying the administration of the baseline (first session) measure until the client and clinician have had some time in the session to develop some rapport, in order to maximize the likelihood that the client will feel comfortable or in touch with his or her true level of distress/well-being and will be able and willing to express it accurately on the measure.

Reliability

There are three types of reliability related to the measurement of outcome and alliance: interrater reliability, test-retest reliability and internal consistency reliability. As with many measures of validity, measurements of reliability are usually reported as correlation coefficients, ranging from -1.0 to +1.0.

Interrater reliability refers to the strength of association between the scores on a measure made by one person versus another person. Psychotherapy researchers have long known that the quality of the therapeutic process and client change are in “the eye of the beholder” (see Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004, for a review). A therapeutic alliance is a complicated process between people and could be judged differently by different raters. High interrater reliability is not always important. For example, a particular rater's judgment might be considered more important or valid; or there may be particular reasons why the agreement between raters is low. A weak correlation between the ratings of a child and his or her family member about the child's well-being

(as shown in Table 4 below) is likely to be affected by the different information that each person has in making the judgment about the child's well-being, or different motivations to amplify or minimize the portrayal of distress. On the other hand, independent judges watching a video recording of a therapy session will receive identical information and would be expected to have greater agreement. There are a variety of statistics used for assessing interrater reliability, including the Pearson r correlation, the Kappa statistic and various types of intraclass correlation coefficients.

Measure	Authors	Raters	Statistic
ORS-Adolescent (13-17yo)	Duncan et al., 2006	Child vs. care-taker	.45
CORS-Child (<12yo)	Duncan et al., 2006	Child vs. care-taker	.63
Penn alliance Scales	Martin et al., 2000	Mixed: clients, therapists, observers	.68
WAI (alliance scale)	Martin et al., 2000	Mixed: clients, therapists, observers	.92

Table 4: Interrater Reliability Data for Selected Outcome and Alliance Measures

Test-retest reliability refers to the consistency with which people answer the same questions on separate occasions. In the case of instruments (such as the ORS) that are designed to be sensitive to clinical change, the test-retest reliability might be expected to be moderately high for people in the community that are tested on separate occasions one or two weeks apart. Likewise, since clinical distress can remain somewhat stable unless interventions occur, the test-retest correlation should be moderately high for a clinical group that is not undergoing any kind of treatment or intervention. Yet, one would expect the test-retest correlation to be low for a clinical group that is in treatment, assuming the treatment has some effect on the client's well-being. In other words, test-retest reliability is a measure of how stable a variable is across time. Severe clinical distress that has been going on for some time is likely to be more stable over the span of a few weeks if no interventions are made than it would be if a person were having effective treatment. So, an outcome measure would be expected to show lower test-retest reliability for people in treatment than for those who are not in treatment or for those who are not distressed. Research (see Table 5) shows moderate to good test-retest reliability for the ORS and

CORS in nonclinical samples (similar to the OQ45.2), with reliability increasing with client age (children show more variability than adults). These measures of well-being are sensitive to changes in a person's day-to-day life – unlike those measuring stable constructs such as intelligence – and therefore, are even expected to yield variable data when rated by people in the general community. The SRS shows good test-retest reliability that is comparable with other alliance measures.

Measure	Sample	Authors	Time span	Statistic
CORS	nonclinical child	Duncan et al., 2006	10-21 days	.60
CORS	nonclinical child (caretaker)	Duncan et al., 2006	10-21 days	.51
ORS	nonclinical adolescent	Duncan et al., 2006	10-21 days	.78
ORS	nonclinical adolescent (caretaker)	Duncan et al., 2006	10-21 days	.72
ORS	nonclinical adult	Miller et al., 2003	Time 1 to 3	.58
OQ-45.2	nonclinical adult	Miller et al., 2003	Time 1 to 3	.75
ORS	nonclinical adult	Bringinghurst et al., 2006	1-2 weeks	.80
SRS	clinical adult	Duncan et al., 2003	Time 1 to 2	.70
HAQ-II	clinical adult	Duncan et al., 2003	Time 1 to 2	.75
Penn	Not reported	Martin et al., 2000	Not reported	.55
WAI	Not reported	Martin et al., 2000	Not reported	.73

Table 5: Test-Retest Reliability Data for Selected Outcome and Alliance Measures

Note: Penn is the Penn Alliance Scales; WAI is the Working Alliance Inventory.

Internal consistency reliability, measured using Cronbach's coefficient α (alpha) with a range from 0.00 to 1.00, is the degree to which different items on a measure are scored similarly by a client (see Table 6). If a measure has

Measure	Sampel	Authors	Time of Administration	Statistic
ORS	Nonclinical adult	Bringinghurst et al., 2006	1st administration	.91
ORS	Nonclinical adult	Bringinghurst et al., 2006	2nd administration	.93
ORS	Nonclinical adult	Miller et al., 2003	1st administration	.87
ORS	Nonclinical adult	Miller et al., 2003	3rd administration	.96
ORS	Clinical adult	Campbell & Hemsley, 2009	Not described	.90
ORS	Not described	Duncan et al., 2006	Not described	.93
CORS	Not described	Duncan et al., 2006	Not described	.84
OQ-45.2	Nonclinical adult	Bringinghurst et al., 2006	All administrations	.98
OQ-45.2	clinical adult	Lambert et al., 2004	Not described	.93
OQ-45.2	Nonclinical adult	Campbell & Hemsley, 2009	Not described	.95
OQ-45.2	clinical adult	Lambert et al., 2004	Not described	.93
SRS	clinical adult	Campbell & Hemsley, 2009	Not described	.93
SRS	clinical adult	Duncan et al., 2003	All administrations	.88
HAQ-II	clinical adult	Duncan et al., 2003	All administrations	.90
WAI	clinical adult	Campbell & Hemsley, 2009	Not described	.91

Table 6: Internal-Consistency Reliability Data for Selected Outcome and Alliance Measures

several questions that ask about different aspects of a single construct (e.g., “well-being”), then they would be expected to be highly correlated. Cronbach’s α for such measures will be high. If a measure has several unrelated items or is designed in a way that increases erratic or inconsistent responses, then Cronbach’s α will be lower.

Summary and Recommendations

The first step in establishing a valid baseline from which a client might progress is to make sure that the measures are feasible – that they will actually be provided to every possible client in every possible session so that the information they provide can be used to improve care. After that essential step, clinicians need to guard against using measures that lack any formal research on their validity and reliability. Measures of outcome and alliance ought to be accompanied by a description of the extent to which the data they yield coincides with that attained using established methods for judging/quantifying the same constructs. A poor therapeutic alliance and a lack of early positive change in well-being in the first few sessions of therapy have both been shown to predict a poor therapy outcome and this is one of the chief reasons for tracking the quality of well-being and alliance. A good alliance instrument will have data showing some predictive validity for future clinical outcomes as well as a strong correlation with similarly constructed alliance instruments. Outcome instruments ought to correlate well with previously validated measures that purport to assess the same constructs; and the validity of an outcome instrument is strengthened by its correlation with other criteria of interest (e.g., separation rate for couples therapy; weight loss for weight-reduction therapy). Instruments are expected to be reliable, in that they perform consistently from situation to situation. Yet, when using instruments that are sensitive to change, it is expected that reliability across time will be less than one would be expected to find in an instrument designed to measure stable personality traits or among people not engaged in therapy to change their well-being. Clinicians and administrators who understand the different kinds of validity and reliability – why and when they are important – can critically evaluate the best choices for their clinical setting. It is worth noting that a large review of outcome studies found that in the 1980s, there were over 1,400 outcome measures used for therapy studies, but 840 of them had been used only once and many lacked any standardization. Even one of the most common measures, the Hamilton Rating Scale for Depression, was found to have more than a dozen versions being used. Without standards, validity testing and reliability testing, an outcome instrument will be unable to be compared with benchmarks or across clinicians.

2. Graphing client results: Guidelines and methods for displaying outcome data for clinical use

Graphing well-being and alliance data over time can help make data more useful and easier to understand for both clients and therapists. In this section, information provided in Manual 3 of this series will be reviewed in a discussion of the elements and proper use of graphs.

One of the most useful aspects of graphing client data is the ability to see dramatic clinical changes, a lack of change, small blips in the alliance, cycling of mood, mismatches between client report on a measure and client verbal report in the session and other patterns that would not be visible simply by asking clients or by looking at numbers in a spreadsheet.

Different intake scores are likely to lead to different amounts of change. Clients with very low well-being scores are likely to show the most change, and clients whose well-being is high when they start therapy are likely to show the least amount of change. Another interpretive tool sometimes provided on graphs by outcomes management software is the expected trajectory of change (ETC) from the first session to the sixth or seventh session (sometimes called the benchmark line). The expected trajectory is based on the average amount of change that clients who entered treatment with a similar level of distress would likely experience over the course of several sessions. In the case of a benchmark score (or target score), an expected score at termination is given, based on the client's level of distress at intake and the amount of change a large number of therapy clients have experienced when they have started treatment at various levels of distress. Researchers have found that providing clinicians with feedback about clients' changes relative to an expected amount can improve outcomes for clients. Clinicians can use such signaling methods as a training tool and to improve their responsiveness to a lack of clinical change.

While these expected trajectory curves can provide general or statistical expectations, it is important to remember that they are averages and do not reflect the variability between individual clients. Figure 1 illustrates individuals presenting for therapy with relatively low well-being (Fig. 1a) and high well-being (Fig. 1b). Figure 2 illustrates the same concept, but dividing the group between successful (Fig. 2a) and unsuccessful (Fig. 2b) cases. The dotted line represents the average trajectory while the different colored lines are actual individual client scores. As can be seen in the figures, individual client trajectories can vary from the average from session to session, and this variability occurs for clients starting with especially low well-being and those with high well-being, and whether clients are ultimately successful in therapy or not.

Figure 1. Individual (1a, 1b) and averaged (1c, 1d) trajectories of change in two samples of 20 clients in their first 7 sessions of therapy.

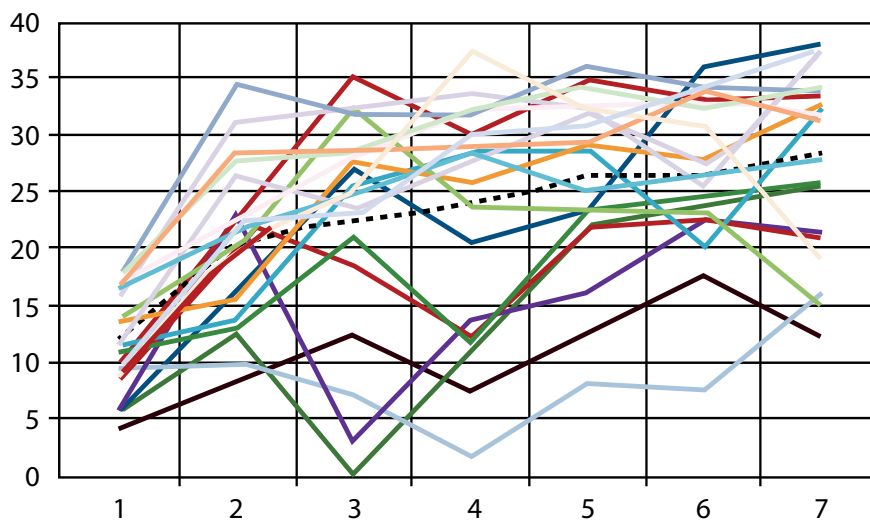


Figure 1a. Below-average ORS scores at intake

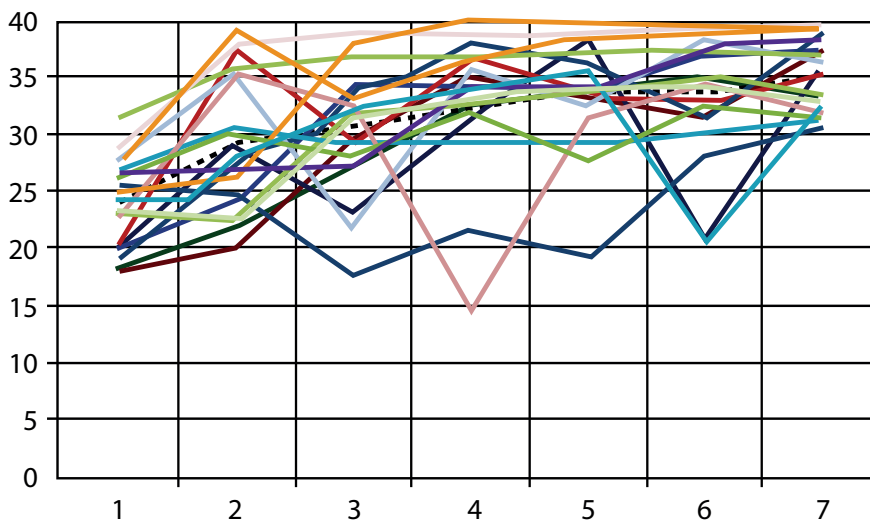


Figure 1b. Above-average ORS scores at intake

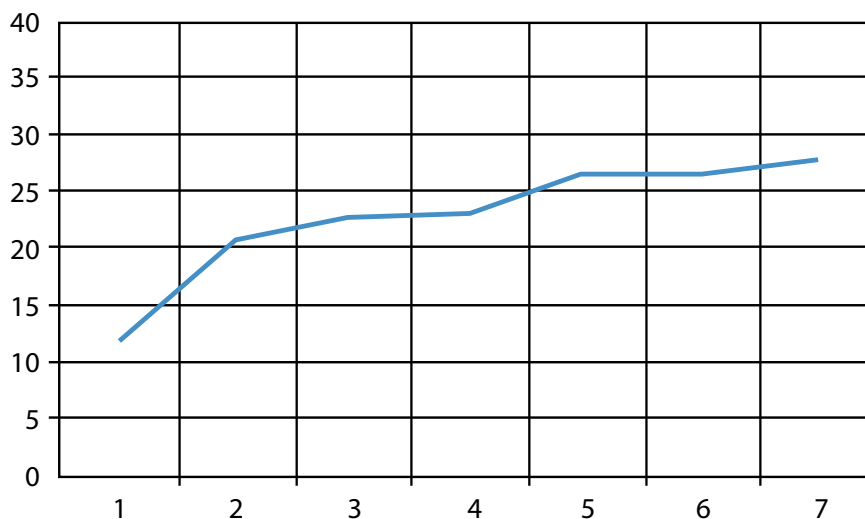


Figure 1c. Average of ORS scores from Fig. 1a

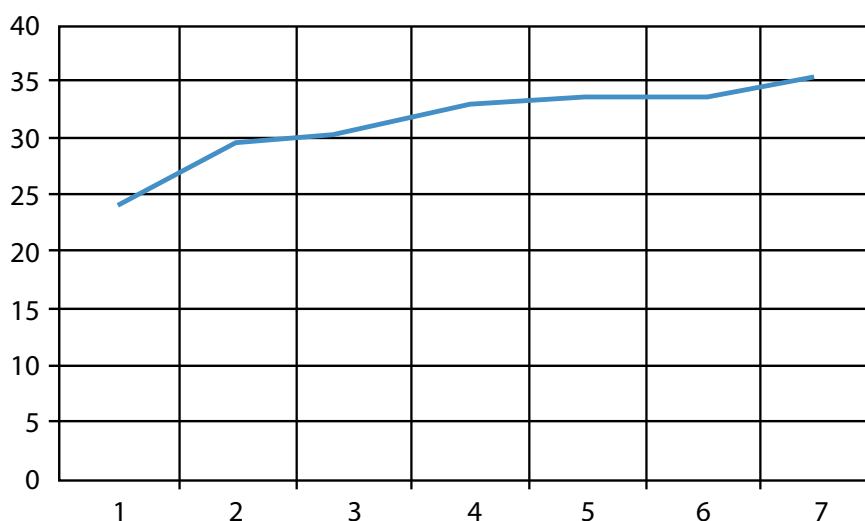


Figure 1d. Average of ORS scores from Fig. 1b

Figure 2. Cases from Figure 1 who started below the ORS clinical cutoff of 25 and showed clinically significant change by termination (2a; N=27) or did not show clinically significant change (2b; N=4)

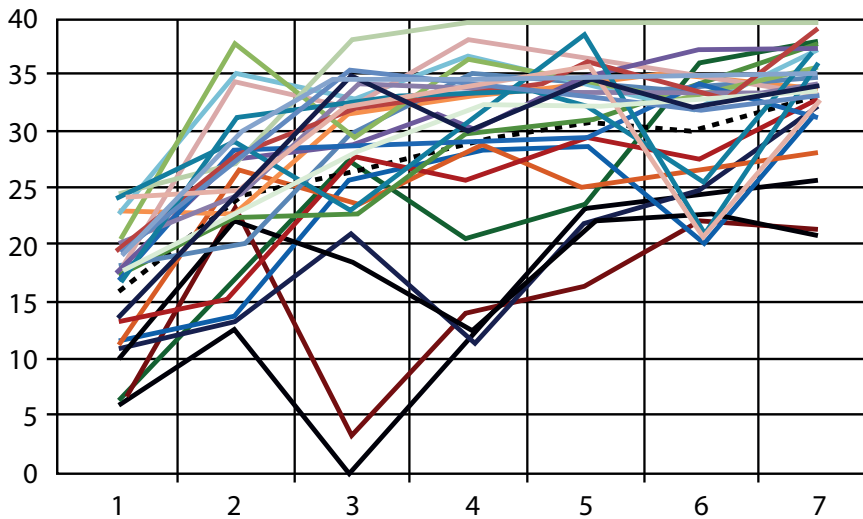


Figure 2a. Clients with significant improvement

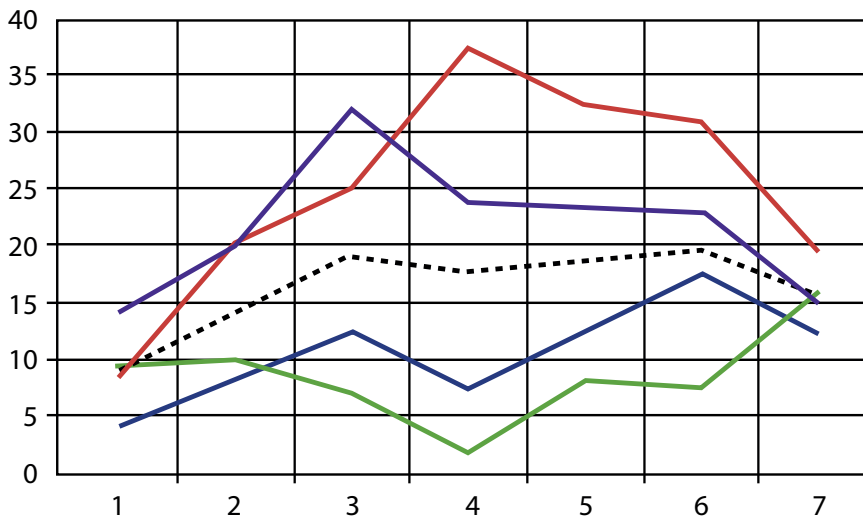


Figure 2b. Clients without significant improvement

Note to Figure 2: Clinically significant change was defined by an intake score below 25, an improvement by 5 points on the ORS, and a termination score at or above 25.

Significant deviations from the expected trajectory for a given client provide an opportunity for discussion and exploration. At the same time, given the variability among clients, and from session to session, ETCs cannot be used in isolation to determine that a treatment for a particular client is effective or not.

Graphing and interpreting trajectories

Various tools and methods have been developed to help clients and therapists interpret the meaning of trajectories. One of the simplest statistical tools for interpreting a score on a graph is the clinical cutoff (which will be discussed in more detail in Section 3). Comparing a person's score at intake to the clinical cutoff indicates whether he or she is scoring more like those who have started treatment (the "clinical range," below 25 on the ORS) or like those who are not in treatment (the "nonclinical range," 25 or above on the ORS; see Figure 4).

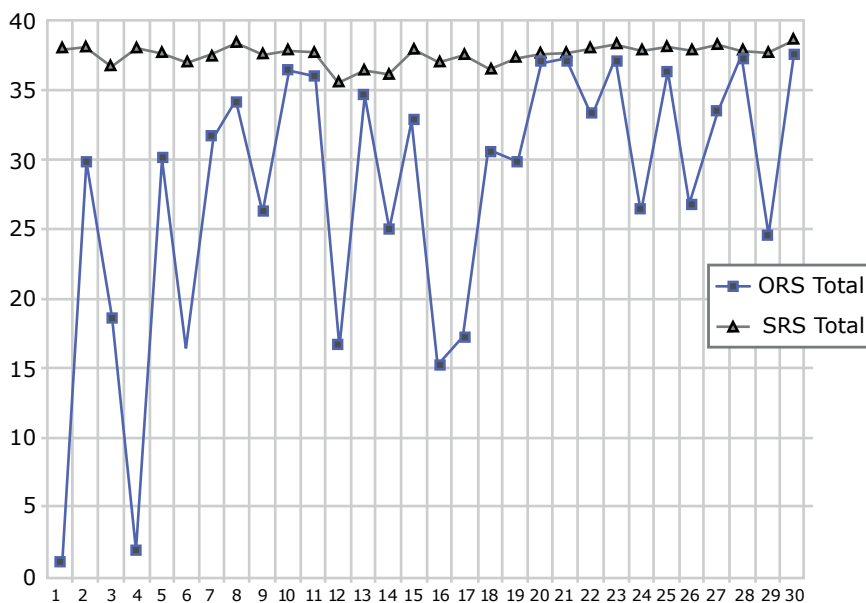


Figure 4. Individual trajectory on the ORS showing the clinical cutoff score (25) for adults.

It is important not to communicate to clients that the clinical cutoff differentiates between being ill and being well. As will be explained in more detail below, the clinical cutoff is actually a midpoint between the well-being ratings given by groups of clients in their first session and groups of nonclients. As such, the clinical cutoff is best used as a rough estimate for either the clinician or both the clinician and the client to inform conversations about the course of treatment and the client's sense of well-being. For example, it is likely that clients who start treatment with scores above the clinical cutoff will show declines in their well-being over the course of treatment, with the greatest risk being associated with the highest intake scores. Clinicians may want their initially high-scoring clients to be aware of this and discuss what that means for their treatment.

Clinicians can use the clinical cutoff and benchmark scores to generate a count of how many clients start therapy below the clinical cutoff and end therapy above the cutoff; or what percentage of clients reach or exceed the benchmark (expected) score by the end of therapy. The next sections provide more details about how to do this.

Summary and Recommendations

Graphs of alliance and outcome data can greatly facilitate discussions between clients and therapists about the process and progress of treatment. These tools can amplify and clarify subtle patterns of change and improve clinicians' vision and hearing about what is happening in the lives of their clients that might otherwise be missed. The more that clinicians know about the construction of these tools, the better able they will be to provide appropriate ways of understanding what they mean. To that point, therapists should be familiar with the signaling or alert systems provided in outcomes-management software, and with any other reference points used in the graphing of outcome data that are meant to enhance the results that clients receive.

3. Understanding clinical significance: The clinical cutoff, reliable change and other concepts

In outcomes measurement and reporting, different statistics can show different things about a clinician's effectiveness. Statistics can focus on how many people have changed in a meaningful way, and other statistics can show how big the changes are that a clinician (or clients) are experiencing. A statistic that is commonly used to show the number of people who have changed following treatment is called "clinically significant change."

Clinically Significant Change:

Neil Jacobson and his colleagues (e.g., Jacobson & Truax, 1991) designed various formulas to determine a score for any given clinical measure or instrument that would serve as a dividing line between people who are in the "clinical" range and those who are in the "normal" or "community" range. Jacobson and colleagues argued that although the *effect* size statistic (discussed in Section 4) does show how much of a difference there is between a clinical and nonclinical group, or between a group of clients prior to therapy and after therapy, the effect size does not provide perspective on how clinically meaningful or important that difference is (for an effect size, the amount of variation between people's scores in a group of clients can have a big impact on how big the effect size is). Jacobson et al. argued that large effect sizes could be found that were clinically trivial (if the groups had very low variability between their scores), and that effect sizes don't provide a good way of knowing when a treatment should be considered "effective" from a common sense (rather than a statistical) perspective. Instead, they defined effective through the concept of "clinically significant change," which they measured in several ways. Their basic idea was that for treatment to be considered "clinically significant," the client should experience an amount of change that is beyond a trivial amount of "day-to-day" fluctuation, and the client's distress should change from being within a "clinically distressed" range of scores to being within a typical "community" range of scores. For example, if a weight-loss treatment led to consistent but small changes (e.g., 5% of body weight) in weight for a group of obese patients, this might lead to a large effect size if the variability between patients was small. However, it would not be a clinically significant change for these patients.

Another way of describing these elements is to say that a nontrivial amount of positive clinical change is an "improvement" or a "reliable change" (e.g., 5% of weight); a nontrivial amount of negative clinical change is a "deterioration" or "reliable worsening"; and an "improvement" from a score in the clinical range

of scores to a score in the nonclinical range of scores could be considered a "recovery" because it represents a person's change that makes his or her score indistinguishable from a person in the community or nontreatment-seeking population (e.g., moving from within the "obese" range to the "overweight" range of weight, body mass index, etc.). Finally, an amount of change that is within a range that might be expected from normal variation or "error" in scores is called "unchanged" or "uncertain", and scores falling close to the clinical cutoff, whether before or after treatment (taking into account measurement error) would also be called "uncertain" or "unclassifiable" (though this last example is not commonly used).

The clinical cutoff:

The clinical cutoff is a statistic designed to help researchers and clinicians think about what separates seriously or "clinically" distressed people (that is, those who presumably want or would benefit from professional help of some kind) from people who are within the usual range of well-being. Although there are several kinds of clinical cutoff, the one most frequently used is "criterion c" which requires knowing the level of distress in a "functional" part of the population and the level of distress in a "dysfunctional" part of the population. The cutoff is essentially a midpoint between the average of each of these group's scores. So a score that is on one side of the cutoff would be more likely to come from someone in the dysfunctional group, and a score on the other side is more likely to come from someone in the functional group. The cutoff is the line that best separates scores between these groups.

Note: For the ORS, previous authors have estimated the clinical cutoff for adults to be 25. Total ORS scores above 25 resemble the scores that nonclinical samples of adults are likely to have, and scores below 25 more closely resemble the scores that people have when they come for their first therapy session. For adolescents aged 13-17, the clinical cutoff has been set to 28, and for children 6-12 years old completing the CORS, the clinical cutoff is 32.

Reliable change:

To know whether the amount of change that a client experiences is beyond the "normal" fluctuations of well-being that anyone might experience from week to week, the Reliable Change Index (RCI) was devised. The RCI estimates the amount of change (number of points) on a measure beyond which one can be confident that the change is more than just measurement error (e.g., chance, maturation, and noise). A client whose change is "reliable," based on this number of points, is considered to be "improved" or "reliably improved," while a

client whose score declines by at least the RCI is categorized as “reliably worse.” This improvement is not the same as “clinically significant change” because (as discussed above) clinically significant change requires not just a statistically reliable amount of change, but also change from a clinical level of functioning to a nonclinical level of functioning (crossing over the clinical cutoff).

Note: For the ORS, previous authors have estimated a 5-point change to be a reliable change. Clinically significant change would be a score that changed from below the cutoff to a score that is equal to or greater than the cutoff, and also changed by at least 5 points. For example, an intake score of 19, and a termination score of 26 would represent clinically significant change. The intake score is below the clinical cutoff of 25, the termination score is at least 25 and the difference between the scores is at least 5 points. An intake score of 26 and a termination score of 37 would not represent clinically significant change because although the change was considerably more than 5 points (i.e., reliably improved), the client started in the nonclinical range and finished in the nonclinical range.

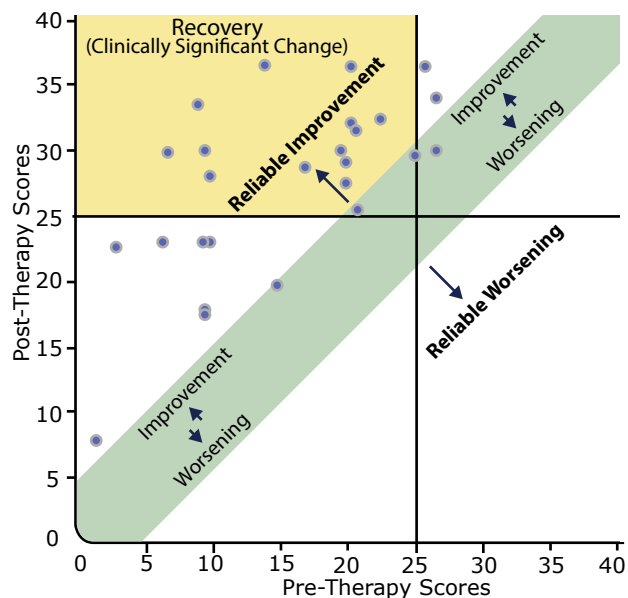
Statistically, “reliable change” is the amount of change (e.g., between pre-therapy and post-therapy scores), divided by the amount of “spread” in the scores that would be expected if no actual change occurred (this spread is called the “standard error of the difference” or *Sdiff*; Jacobson & Truax, 1991). If there were literally no spread or fluctuation in scores when no change occurred, one could assume that any difference in scores between the beginning and end of treatment was statistically “real” clinical change. But people vary from time to time in how they feel, even if not in a way that is clinically important. So therapists need to know how much change is meaningful change on a measure. The RCI is that “big enough change to pay attention to.”

The amount of fluctuation likely to be seen in a large group of people who are not in any kind of therapy or “change process” can show how much fluctuation is “normal” for the instrument, and therefore how much more change should be required to be considered important and meaningful. This is where the “standard error of the difference” or *Sdiff* comes in. The *Sdiff* is made up of a few things, but the two main elements are the standard deviation and the test-retest reliability of the measure (Jacobson & Truax, 1991). The bigger the standard deviation (bigger means more error) and the smaller the reliability of the measure (smaller means more error), the bigger change should be required of a measure to be considered “real” change or “reliable” change. Test-retest reliability is used because it is a measure of how much fluctuation in well-being is likely due to variations just from time passing, without any purposeful attempt

to create clinical change. Returning to the weight-loss example, if there is a lot of variation in weight between people at the start of a weight-loss study (i.e., a large standard deviation), and if it is common for people who are obese to fluctuate in weight by 3-5% from week to week (low test-retest reliability), we would need a larger amount of weight change to serve as a “reliable” change beyond the individual differences and the individual, week-to-week levels of change commonly seen. On the other hand, if the range of weight within the “obese” range is quite narrow (small standard deviation), and if it is common to not fluctuate more than 1-2% from week to week (high test-retest reliability), we would not need as large an amount of weight to signal that a reliable change had occurred.

Figure 8. Scatterplot of ORS scores, showing categories of change (adapted from Jacobson & Truax, 1991)

Figure 8 shows an example of a scatterplot (sometimes called a “Jacobson Plot”) which can be used to show which clients experience reliable change, clinically significant change, no change, unclassifiable change or worsening. By selecting



any pre-therapy score from the horizontal axis and a post-therapy score on the vertical axis and then locating the intersection between the two scores inside the graph, one can determine how many clients would be considered recovered, reliably improved or worsened, etc., based on the clinical cutoff and RCI.

If a clinician wants to tally his or her clients’ change without the use of this kind of graph, it is advisable to first separate those clients who started therapy in the clinical range from those who started therapy already above the clinical cutoff. The clinician can first tally how many “clinical” clients showed reliable improvements or worsening, and how many “nonclinical” clients showed reliable improvement and worsening. The clinician can count how many clients in each group showed no (reliable) change, and finally how many clients who started in the clinical range showed clinically significant change (or “recovery”).

4. Understanding effect size: Methods for calculation and the use of benchmarking and expected trajectories of change

A statistic that is often used to measure the amount of change (the size of change overall, rather than how many people changed) is called the effect size (ES). An effect size is a way of expressing how much of a difference has occurred between two groups of people (or a group of people at the start of therapy and that same group at the end of therapy) compared with the variation that normally occurs from person to person. For example, consider a study conducted to determine the effect of eating more vegetables on the number of common colds each participant has over five years. At the start of the study, the average participant had five colds in the previous five years (averaging one cold per year), and at the end of the five-year vegetable-eating study, the average person only had 3.5 colds. On the one hand, if virtually every person in the study had five colds before the study and three or four colds after the study, this consistent drop of 20-40% would be very impressive, given that virtually everyone could be assured of fewer colds. But on the other hand, if the number of colds the participants had in the previous five years averaged five colds, but ranged widely (between 0 and 16 colds over five years), and if some people had more colds at the end of the study (but the whole group still averaged 3.5 at the end), the effect would be less impressive even though the average amount of change was the same for the whole group. The effect would be less “big” in terms of importance because the difference occurred with a lot of variation and individual differences, and there would be little confidence about how eating more vegetables would affect any particular person.

The effect size for a group's change in well-being is considered a “within-group” or “repeated-measures” difference because it is a comparison of a group with itself rather than a comparison between two different groups. This kind of effect size is a measurement of the average change in well-being (from the start of therapy to the end of therapy), taking into account the amount of variation in the group members' well-being at the beginning. By taking into account how much variation there is among different people who start therapy, the average amount of change that a clinician's clients show can be expressed in terms of whether this is a relatively big difference or partly a matter of a naturally big range and fluctuation of well-being among people to begin with. Calculating the “raw” effect size merely requires subtracting one score from the other (the average termination score “m2” minus the average intake score “m1”) and dividing that by the standard deviation of all of the intake scores). The standard deviation “standardizes” the change by expressing it in terms of

the amount of variation that is typically seen among people using that measure, before any treatment intervention has occurred (an intervention like therapy will typically increase the variation by causing scores to spread: some people will respond a lot and some not at all to an intervention).

$$\text{Raw ES} = \frac{(m2-m1)}{SD_{\text{intake}}}$$

In this section, methods for calculating raw effect sizes in Microsoft Excel will be described. Excel formulas are entered in an empty cell starting with an equals sign followed by the appropriate formula or function to be calculated. The “Formulas” tab at the top of the Excel toolbar provides a wide range of formulas and the statistical formulas are listed under “More Functions.” Below are instructions for calculating the means, standard deviations and raw effect size for a sample of ORS data.

Data should be arranged so that clients are in rows, and client data are in columns (e.g., Client ID in column A, Intake Scores in column B, Termination Scores in column C):

Row 1	Column A	Column B	Column C
Row 2		Intake Sore	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3

To calculate the mean of the Intake Scores in Column B, for Clients 1-3, the following formula is typed into an empty cell: =average(B3:B5) The location of the cell used for the formula is unimportant except for the user’s convenience, because the formula contains the information for which cells have the data to be calculated. For this example, the mean will be calculated in Cell B6 (column B, row 6):

Row 1	Column a	Column b	Column c
Row 2		Intake Score	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3
Row 6		=average (B3:B5)	

When the return key is pressed after entering this formula, the cell shows the result:

Row 1	Column a	Column b	Column c
Row 2		Intake Score	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3
Row 6		15.43333	

To calculate the mean of the Termination Scores in Column C, for Clients 1-3, the following formula is typed into Cell C6 (column C, row 6): =average(C3:C5)

Row 1	Column a	Column b	Column c
Row 2		Intake Score	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3
Row 6		15.43333	=average (C3:C5)

When the return key is pressed after entering this formula, the cell shows the result:

Row 1	Column a	Column b	Column c
Row 2		Intake Score	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3
Row 6		15.43333	30.9

To calculate the standard deviation (SD) of the Intake Scores in Column B, for Clients 1-3, the following formula is typed into Cell B7: =stdev(B3:B5)

Row 1	Column a	Column b	Column c
Row 2		Intake Score	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3
Row 6		15.43333	30.9
Row 7		= stdev (B3:B5)	

Parentheses must be used carefully, so that Excel will carry out the operations in the right order, and this is especially important in more complicated formulas. To calculate a raw effect size (specifically, a repeated measures ES using the SD of the pretreatment scores), the following formula is typed into Cell B8:

$$=(C6-B6)/B7$$

Row 1	Column a	Column b	Column c
Row 2		Intake Score	Termination Score
Row 3	Client 1	14.2	36.7
Row 4	Client 2	9.7	28.7
Row 5	Client 3	22.4	27.3
Row 6		15.43333	30.9
Row 7		6.43920	
Row 8		2.40195	

This result is the difference between the intake and termination scores, divided by the standard deviation of the intake scores, just as required by the raw effect size formula.

The means and SD do not need to be calculated in separate cells (e.g., in Cells B6, C6 and B7 above) in order to calculate an ES. The entire ES formula can be typed within a single cell if the proper syntax is used and parentheses are correctly placed:

$$=(\text{average}(\text{C3:C5})-\text{average}(\text{B3:B5}))/\text{stdev}(\text{B3:B5})$$

Using the effect size for benchmarking:

Effect sizes can be influenced by random variations in a clinician's caseload, so they are likely to be "unstable" or unreliable with caseloads of fewer than 30 clients. Caseloads of 60 or more clients are likely to yield effect sizes that are stable unless systematic changes in therapist functioning or caseload occur; and caseloads of 100 or more clients will provide especially robust or predictive effect sizes (again, unless substantial changes occur in the clinician's overall performance or caseload characteristics). For raw ES calculations, the closer a clinician's caseload mirrors the pretreatment mean and standard deviation (and other client characteristics) of published statistics, the more the clinician can rely on the raw ES as a good estimate of effectiveness, unbiased by an unusual or quirky sample. Typical ranges of pretreatment means for the ORS are approximately 18-19, and standard deviations typically range between 6.5 and 7.5.

ES has often been considered a "unit-less" and standardized measure of effect, to help with comparisons between different outcome measures with different ranges of scores. Yet, different outcome measures can have different sensitivity-to-change or measure different ranges of well-being, leading to different ESs, depending on the measure used. For example, in a study of arthritis treatment on client well-being, effect sizes from different measures of "pain severity" ran-

ged from 0 to 0.9 and measures of “function” or “doing things” ranged from 0 to 0.5. Clinicians are advised against cross-measure comparisons of well-being ESs until further research provides adequate data to support the comparability of effect sizes yielded by different outcome measures.

Interestingly, studies of clinical change in mental health settings have consistently shown that the greater a client’s distress is at the start of treatment, the more he or she is likely to show change by the end of treatment. Conversely, the more well-being a client has at the start of therapy, the less likely he or she will show a large amount of change by the end of therapy. This predictable finding has led some researchers to develop a new kind of effect size that takes into account the severity of a client’s distress at the start of therapy. Such an adjustment provides an assessment of the size of the change relative to the client’s functioning at the outset. In other words, a client with severe distress at the start of therapy who makes a modest amount of improvement – less than the average expected amount for that degree of distress – would have the change score for that client adjusted lower. A client starting therapy already feeling good who achieved a modest amount of improvement – but more than the expected amount of change for clients with low distress – would have the change score for that client adjusted higher. This kind of effect size in which each client’s change score is adjusted based on his or her amount of change compared with the expected amount of change for the initial severity is often called a severity-adjusted effect size (sometimes referred to as “case-mix-adjusted” effect size), and it is used to make fairer judgments about how statistically “easy” or “difficult” it is to show change given the different clinical distress that clients have at the start of therapy.

Severity-adjusted effect size formulas (to adjust an individual therapist’s or agency’s raw effect size) often are created from very large samples of clients. For an agency that has many clients with above-average or below-average distress at intake, a severity-adjusted effect size provides a more accurate sense of the meaningfulness of clients’ change. At the level of an individual clinician, the severity-adjusted effect size can give a fairer estimate of effectiveness relative to one’s caseload and other therapists, and can also help clinicians identify whether they are relatively better or worse than expected at helping either clinically distressed or nonclinically distressed clients so that the clinicians can more effectively focus their efforts at improving their service or so they can mentor others to improve their outcomes.

A formula that is similar to the severity-adjusted effect size (using the same kind of linear regression model) can be used to estimate an “expected trajectory of change” (or ETC) for any given intake score. An ETC (discussed in Section 2) is a line graph that shows how much change an average client is

likely to experience in each of the first six or seven sessions based on his or her first session score. The ETC is an average based on a large number of clients who have started with a wide range of intake scores, and takes into account that clients with severe distress at intake show early rapid change, and clients who start therapy with mild distress (on average) show relatively little change. The ETC is a benchmarking tool to help clinicians and administrators know whether a given client is tending to show more or less change than the average client early in treatment.

Another benchmark is the use of an expected termination score or benchmark score based on the client's intake score (a severity adjustment similar to the ones used in the ETC or the severity-adjusted effect size). The expected termination score does not take into account how many sessions the client has received but instead provides a "baseline" or "benchmark" for effectiveness that is the average effectiveness for therapists in a normative sample that was used to create the formula. Each client who finishes therapy can then be described as showing an outcome that was above or below the baseline or benchmark amount of change that would be expected from therapy given his or her severity of distress at intake. The expected termination scores can then be used to calculate the percentage of clients who have terminated therapy above or below this benchmark (mathematically, 50% of all clients would be expected to score higher – and 50% lower – than the benchmark score for any intake score, so a therapist's effectiveness can be judged in comparison to whether more or less than 50% of his or her clients reach the benchmark for their intake score.

Yet another alternative to using the more complicated severity-adjusted effect size is to use the clinical cutoff (see Section 3 of this manual) and measuring the raw effect size only for the clinically distressed clients, and not clients who had a level of well-being at intake that was above the cutoff, and thus similar to the nonclinical general population. The resulting effect size from this distressed sub-sample will be higher than a raw effect size that includes the clients with greater well-being (as many as a third of a typical caseload can contain clients who start therapy in the nonclinical range), and may be more comparable to research studies that only accept clients with significant clinical distress when measuring the impact of a treatment. The purpose of using this kind of effect size is to provide a metric for how effective a clinician is specifically with the clients who are most in need of services.

Table 7: Common measurements of change in psychotherapy

Statistic	Definition	Commonly expressed as:
Reliable Change Index (RCI)	A change in a score that is probably more than a statistical error; calculated at 5 points for the ORS by previous authors	Number of points on a measure; "percent of clients improved or worsened"
Clinically Significant Change (CSC)	Achieving a reliable change that is also a change from a score within the clinical range to a score in the normal range (beyond the clinical cutoff score of 25 on the ORS)	Number of percentage of clients achieving it; "percent of clients recovered or significantly deteriorated"
Effect size (ES; within-group or repeated-measures)	The difference between scores, based on the variation in the intake scores; also called "the standardized mean difference" between scores	Percentage of a standard deviation, expressed in decimals; e.g., "1.12"
Severity-Adjusted (or Case-mix adjusted) Effect Size (SAES)	An effect size that biases each client's amount of "raw" change by the severity of the intake score; expected amounts of change influence the final effect size	Percentage of standard deviation expressed in decimals; e.g. "0.74"
Expected Trajectory of Change (ETC)	Scores that are predicted to occur at Session 2, 3 etc. based on a given intake score and a linear-regression formula calculated from a large reference group of therapy clients	Line graph used as a benchmark of a client's data; see Figures 1 and 2
Benchmark Score, Baseline Score or Expected Termination Score	The termination score that is most likely to occur for a given intake score based on a large reference group's amount of therapeutic change for varying levels of distress at intake	Number or percentage of clients achieving it; e.g., "59% above benchmark a termination"

Summary

The purpose of collecting outcome data is to help clinicians know whether they are helping their clients so that they can make any necessary adjustments to their current work and also address their overall performance to achieve excellence in their professional life. As they collect data with their clients, clinicians must know how to calculate the basic statistics that will tell them something meaningful about the change or lack of change their clients are experiencing so they can know when it is time to alter their approach. The clinician must:

- establish a valid baseline with standardized measures that have validity and reliability while still being feasible to use at every session, being sure not to miss the essential first-session (baseline) measure of well-being;
- learn how to graph results and appropriately use and explain any signals or benchmarks that are displayed on the graphs; whether with paper and pen, a simple spreadsheet program like Microsoft Excel or sophisticated outcomes management software;
- understand clinical significance, the difference between reliable change and recovery, and some of the assumptions, pros, and cons of using clinical significance statistics; and
- know how to calculate a repeated-measures effect size, understand how expected trajectories of change and severity-adjusted effect sizes are used, and some of the assumptions, pros, and cons of using effect size statistics.

The world of outcome statistics is vast and changing. As with the study of any new material, becoming comfortable and familiar with the basics (as presented here) creates a foundation for further exploration into more advanced areas. It is helpful to reread this material as many times as needed until it becomes clear and familiar. Take the short quiz at the end of this manual, notice what was unclear and then reread the manual after a short break from it. The deliberate, focused engagement with difficult material – again and again until it becomes natural and internalized, and then pressing on to new material to master – is how excellence is built.

Manual 4 Quiz

Research indicates that people retain knowledge better when tested. Take a few moments and answer the following 10 questions. If you miss more than a couple, go back and reread the applicable sections. One week from now, complete the quiz again as a way of reviewing and refreshing what you have learned.

- 1. The relationship between reliable change (RC) and clinically significant change (CSC) is that:**
 - a. RC is a necessary part of CSC
 - b. RC requires measuring reliability, CSC requires asking the client to judge the importance of change
 - c. RC involves crossing the clinical cutoff, and CSC can occur without crossing the cutoff
 - d. The percentage of clients with CSC is always smaller than the percentage of clients with RC
- 2. It is important to assess a measure's validity because:**
 - a. Homemade measures cannot accurately measure real and relevant clinical distress
 - b. An outcome measure should be sensitive to meaningful change but less sensitive to smaller changes
 - c. It will be easier and faster to administer to clients
 - d. Validity increases interrater reliability, and high interrater reliability is an element of validity
- 3. Cronbach's alpha is a measure of:**
 - a. Test-retest reliability
 - b. Construct validity
 - c. How similarly a client answers the different items on a measure
 - d. The deviation of the reliable change from the expected amount of change
- 4. The typical relationship between distress at intake and how much change clients experience is:**
 - a. The higher the distress at intake, the lower the distress at termination
 - b. The higher the distress at intake, the greater amount of change at termination
 - c. The lower the distress at intake, the higher the effect size is likely to be
 - d. All of the above

- 5. Effect size provides the _____; clinically significant change provides the _____:**
- a. Preferred statistic for outcomes; informal statistic for outcomes
 - b. Magnitude of change; number of people changed
 - c. Standard error; benchmark score
 - d. None of the above
- 6. Effect size requires a _____; clinically significant change requires a _____:**
- a. Sample size of 200 or more; sample size of 100 or more
 - b. Nonclinical sample; inpatient normative sample
 - c. Reliable change index; pretreatment mean
 - d. Standard deviation and two means; reliable change index and clinical cutoff
- 7. The effect size of a clinician's ORS scores is comparable to:**
- a. The ES of other outcome instruments with similar characteristics such as the OQ-45.2
 - b. The ES of other clinicians' ORS scores, as long as all clinicians have sample sizes of 30 clients
 - c. The ES of other clinicians' ORS scores, as long as all clinicians have similar caseloads and settings
 - d. The ES of other clinicians' ORS scores, as long as all clinicians have similar caseloads and settings, large sample sizes, few missing data, careful administration and even then with caution
- 8. The expected trajectory of change (ETC):**
- a. Provides a guideline for interventions and conversations about change or lack of change early in treatment
 - b. Can provide specific decision-rules for when to terminate, transfer or increase the frequency of sessions
 - c. Provides long-term clients with feedback about the likely amount of change late in treatment given a particular level of distress at intake
 - d. Can accurately predict the individual client's trajectory of change from session-to-session near the start of treatment
- 9. The clinical cutoffs for adults, adolescents and children on the ORS and CORS are:**
- a. 36, 32, 25
 - b. 25, 28, 32
 - c. 5, 25, 36
 - d. 25, 25, 25

- 10. According to references cited in this manual, treatment alliance scores on the SRS and other alliance measures near the start of treatment correlate with eventual clinical outcome at termination with a coefficient of approximately**
- a. .25 to .30
 - b. .45 to .50
 - c. .60 to .65
 - d. .75 to .80

Answer Key

- 1. a
- 2. b
- 3. c
- 4. b
- 5. b
- 6. d
- 7. d
- 8. a
- 9. b
- 10. a

Question:

If my outcomes are not that great, should I be worried? What can I do about it?

Answer:

If you are using a valid, reliable outcome measure that is relevant to the clients with whom you work, then positive outcomes should certainly be your goal. Many factors influence the outcomes you obtain, and poor outcomes should lead you to ask: “What is contributing to the lower results that my clients are getting and what can I do about it?” If you are measuring the clinical alliance, the alliance scores may point to some problems that need attention (e.g., in making sure that you and your clients are on the same page or that you quickly and successfully repair ruptures). It is also possible that the fit between you and the setting you work in, or the way clients are screened and matched to you, may need to be changed. It is an excellent idea to seek an independent reanalysis of your data if you have doubts about the accuracy of your outcome statistics, as well as consultation or supervision to understand what may be hindering your clients’ experiences of change on the measures you use.

Question:

If my outcomes are especially good, should I be cautious about getting too excited and “believing my own press”? Can I compare my effect size or other outcome statistics with the statistics of other therapists?

Answer:

You should be cautious. There are several reasons to be careful about getting too excited or blowing your own horn when you have excellent outcomes, and there are ethical considerations in the way you report your results. For example, if you have a small sample size (e.g., fewer than 30 clients) it is likely that with more clients your results could change substantially. This concern dwindles if you have a sample of more than 100 clients. If your results involve clients who you worked with in one setting, this does not mean that clients you work with in another setting (who may have different reasons for starting therapy or who come from a different population or with whom you may interact differently) will achieve the same overall results. On the other hand, research does show that therapists’ overall results over an extended period of time tend to be stable year-over-year (in the same setting). Along the same lines, different clinicians and different agencies may work with different kinds of clients due to differences in intake procedures, screening, mandates, marketing, etc. Statistical differences in the samples can lead to an apples-to-oranges comparison rather

than an apples-to-apples comparison; so direct comparisons between clinicians and agencies should be made cautiously and with appropriate caveats about factors that might affect the validity of the comparison.

Question:

Can I compare my effect size (or other outcome statistics) with the effect sizes I read about in research articles? What about comparing with effect sizes that others have reported with measures that are different from the one that I use?

Answer:

Outcomes research often involves substantial differences in design from a simple pre-post measurement of change that most clinicians use in measuring their outcomes. Therefore, the effect size reported in a research article may be based on a different kind of calculation (e.g., a difference between a treatment group and a waiting list group rather than a difference between the first session and the last session for a single group of clients). Researchers may use different methods for recruiting or screening participants in outcome studies than clinicians would use for starting therapy with clients. These differences as well as other potential differences in settings, expectations, etc., may make it difficult to draw simple comparisons between clinical outcomes in “the real world” with the outcomes reported by researchers. One should also be very cautious about making comparisons between the effect sizes or other outcomes statistics of two different outcome measures. Different outcome measures have different “sensitivities” for measuring changes in well-being or other psychological factors, and may actually measure different constructs even while using a similar label such as “depression”, “anxiety” or “well-being”.

Question:

What does “percent of clients reaching target” or “percent of clients reaching baseline” mean in discussing the outcome statistics for a given clinician?

Answer:

“Percent of clients reaching target” means the number of clients whose scores improve by the end of treatment at least to a score that is expected given their well-being score in the first session (on occasion, other minor factors or “predictors” besides the intake score may also be used to predict the expected posttreatment score), divided by the total number of clients seen. In addition to “target,” the word “baseline” or “benchmark” may be used to denote the score that would be expected on average. Typically, the “expected” score is an approximation based on a very large reference pool of clients who start therapy at varying levels of distress and change to varying degrees by the end of treatment. The trend of change shown at different levels of intake distress is then

calculated as an equation and this equation is used to estimate an expected amount of change for a given score at the start of treatment. In this kind of equation, half of clients in the very large reference pool of clients are expected to score below the target and half are expected to score above the target based on any intake score.

Question:

Sometimes people refer to an effect size by translating it into the percentage of clients who are “better off from treatment” versus the average untreated client. Or the average client posttreatment may be better off than some percentage of clients who are untreated. What exactly does all this mean?

Answer:

“Untreated” in the case of clinical data comparing first-session and last-session scores refers to clients in their first session. There is a simple way to translate outcomes into a percentage of clients who have greater well-being than the average client did prior to treatment. (1) Calculate the average pretreatment score. (2) Count how many clients’ posttreatment scores are above the pretreatment average. (3) Divide that number of clients by the total number of clients. The result is the percent of treated clients who score above the average pretreatment score. There is a mathematical way of converting an effect size into this kind of percentage but it is advisable to avoid it because the formula for doing so relies on some assumptions that may not be accurate in your sample, and it is also relatively easy to directly calculate the figure without using the effect size.

Question:

Why is the pretreatment standard deviation (SD) used in calculating simple effect sizes?

Answer:

The SD is a measure of the amount of variation or “noise” in a group of scores. One argument for using the SD of the first-session or “pretreatment” scores rather than some other basis for the SD (such as the SD of the change or the SD of the posttreatment scores), is that the effect size should be calculated based on a specific aspect of the variation in scores: the spread in scores prior to any intervention. In other words, the SD used for calculating the effect size should account for how much of the change is due simply to the variation that exists between people at the outset of treatment. Being in treatment typically increases the spread of scores (the variation between scores increases because many clients feel substantially better from treatment and others may feel worse than they did at the start). The more effective treatment is, the higher the SD is likely to be. The higher SD in the denominator of the effect size would reduce

the effect size; but the increased variation that results from effective therapy should not count against the effect size. So, the variation in scores prior to the intervention is used as the measure of variation or “noise” among client scores.

References

- Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bringinghurst, D.L., Watson, C.S., Miller, S.D., & Duncan, B.L. (2006). The reliability and validity of the outcome rating scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 23-29.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1-9.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J., & Johnson, L.D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working alliance" inventory. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-11.
- Duncan, B., Sparks, J., Miller, S., 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(2), 71-87.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R.C., Shimokawa, K., Christopherson, C., & Burlingame, G.M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services, L.L.C. Available at: <http://www.oqfamily.com>
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R., Brown, G.S., & Chalk, M.B. (2006). Using outcome to inform therapy practice. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A., & Claud, D.A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy*

Feedback Informeret klinisk arbejde: specifikke populationer og behandlingskontekster

Introduktion

Formålet med denne manual er at give læseren en enkel, praktisk guide i forhold til integration af Feedback Informed Treatment (FIT) i arbejdet med specifikke populationer på tværs af forskellige behandlingskontekster. Selvom materialet er organiseret omkring brug af Outcome- og Session Rating Scales (ORS og SRS) kan principperne og den praksis, som beskrives, overføres til arbejdet med andre effektmålesystemer, f.eks. Outcome Questionnaire 45.2 (OQ45.2), Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE), samt allianceredskaber, f.eks. Working Alliance Inventory (WAI), som anvendes til at forbedre det kliniske arbejde med specifikke grupper eller behandlingstilbud.

Informationen i denne manual organiseres i følgende afsnit:

1. FIT i arbejdet med særlige populationer
 - A. Klienter diagnosticeret med alvorlige og langvarige psykiatriske lidelser.
 - B. Klienter med indlæringsmæssige begrænsninger eller kognitive funktionsnedsættelser.
 - C. Klienter, som er tvunget i behandling (mandated)
 - D. Klienter i misbrugsbehandling
 - E. Klienter, som oplever marginalisering
 - F. Partnervold
2. FIT i arbejdet med grupper
3. FIT i længerevarende terapeutiske forløb
4. FIT i specifikke terapeutiske kontekster
 - A. Flere samtidige behandlere
 - B. Intensiv dagbehandling, døgnbehandling
 - C. Ambulant behandling
 - D. Opsøgende arbejde

Umiddelbart synes populationerne og konteksterne meget forskellige, idet hver kontekst, på sin måde, kan udfordre behandlerens evne til at forstå klienter, hvis oplevelser og måder at skabe mening i deres liv på, er forskellig fra behandlerens egen. At forstå mennesker i deres kontekst, herunder hvordan de

forstår deres oplevelser og erfaringer, hvad der er vigtigt for dem, og hvad der hjælper dem til at skabe mening i deres liv, er afgørende i forhold til at skabe en feedbackkultur. At forbedre sin evne til at forstå, er et centralt element i faglig udvikling, og arbejdet med FIT giver mulighed for udvikling af denne evne. I samtaler, hvor der anvendes feedback fra klienten, får klienten mulighed for at fortælle behandleren, hvad han / hun behøver at forstå for at kunne være mest til hjælp.

Det er vigtigt at bemærke, at forståelse af klienten ikke nødvendigvis betyder at være enig med eller godkende, hvad han / hun siger. At forstå betyder at "skabe rum" for en måde at skabe mening i livet, som måske er anderledes fra – måske endda i konflikt med – behandlerens måde at skabe mening i livet.

De fleste professionelle tilstræber at "møde klienten der, hvor klienten er". Dette er netop denne manuals fokus: at møde klienten der, hvor denne er, selv om det betyder at gå i en retning, som den professionelle er uvant eller ukomfortabel med.

En stor del af manual 5 er organiseret omkring spørgsmål, som er specifikt udviklet med henblik på at gøre det muligt for læseren at udvikle sin evne til at forstå forskelle og kontekster, og derved udvikle evnen til at anvende FIT på tværs af forskellige behandlingskontekster og klienter.

Endvidere foreslås specifikke ideer til håndtering af ofte forekommende bekymringer eller spørgsmål fra klienten. Som de øvrige manualer i denne serie, afsluttes denne manual med en liste over ofte stillede spørgsmål (FAQ), en kort quiz og referencer.

1. FIT i arbejdet med særlige populationer

A. Klienter diagnosticeret med alvorlige og langvarige psykiatriske lidelser

Adskillige organisationer og terapeuter fra hele verden har anvendt ORS og SRS i arbejdet med klienter med alvorlige og langvarige psykiatriske lidelser. Som med en hvilken som helst anden klient, scores og administreres redskaberne, ligesom tallene drøftes med klienten i relation til dennes specifikke mål for behandlingen. Omfanget og intensiteten af behandlingen tilpasses klientens forventede forandringskurve, og samarbejdet ændres, når udviklingen er langsom, ujævn eller fraværende.

En hyppig bekymring hos terapeuter, som arbejder med klienter med alvorlige og langvarige psykiatriske lidelser, er, hvorvidt klienten er i stand til at give valid og troværdig feedback. Klinisk erfaring, kombineret med forskningsmæssig evidens viser imidlertid, at denne specifikke population er i stand til at give meningsfuld feedback omkring deres funktionsniveau samt deres oplevelse af samarbejdet, ligesom andre populationer. Behandlere, som arbejder med denne målgruppe, spørger løbende til deres velbefindende, hvad der fungerer, hvilke vanskeligheder de oplever, samt hvad de håber at få ud af behandlingen.

Til refleksion:

- Forestil dig, at du IKKE anvender ORS og SRS. Hvordan spørger du i dag dine klienter til deres liv? Til jeres samarbejde? Hvad tager du med i dine overvejelser, når du spørger dem?
- Hvad er vigtigt for dig, når du spørger til dine klienters perspektiv på deres liv?
- Når du spørger dine klienter om, hvordan de har det, hvad får dig til at tænke, at de ikke er i stand til at deltage i FIT?

Anvendelse af ORS og SRS er grundlæggende en måde at bringe klientens feedback i centrum af arbejdet, herunder at formalisere og skabe rutiner omkring dette. Arbejdet med formaliseret klientfeedback giver adgang til et sprog, både verbalt, numerisk og visuelt, som på en vis måde giver adgang til at forstå klientens oplevelser, både i og uden samtalerummet. Som beskrevet i de foregående manualer, er det at spørge klienten, hvad tallene på ORS og SRS betyder, helt centralt i FIT.

Case-eksempel

Daniel har fået diagnosen skizofreni, og har gennem en årrække været i behandling i flere forskellige programmer og behandlingstilbud. Aktuelt ser han

en psykiater ved et offentligt psykiatrisk center. Et stort tidspres begrænser mængden af tid, som psykiateren har til at se Daniel. Daniels psykiater anvender ORS og SRS med henblik på at få det bedst mulige ud af den tid, de har sammen, og for at få et hurtigt billede af, hvordan Daniel oplever, at det går.

Siden deres sidste møde er Daniels score på ORS faldet signifikant. Psykiateren har bemærket faldet på scoren, og har især talt med Daniel om de signifikante fald på underskalaerne "Individuelt" (personligt velbefindende) og "Generelt" (generel følelse af velbefindende). Da Daniel rapporterer en større grad af hørehallucinationer og paranoide følelser, anbefaler psykiateren en øget dosering af Daniels medicin.

Ved det korte besøgs afslutning, udfyldte Daniel SRS, og scorer "Tilgang eller metode" underskalaen lavt. Da psykiateren spørger til Daniels score, fortæller han, at selv om medicinen til en vis grad har været til hjælp, så har bivirkningerne været meget ubehagelige. Faktisk fortæller Daniel, at han ikke har taget den ordinerede mængde medicin, fordi han får det dårligt af den. Han har ikke sagt noget om dette tidligere, fordi han har set, hvor travlt psykiateren har, og da han ikke ønsker at være til besvær.

Som følge af denne feedback kunne psykiateren tale med Daniel om andre medicineringsmuligheder og strategier, som Daniel kunne anvende for at håndtere bivirkningerne. Efter have takket Daniel for hans feedback, forsikrer psykiateren ham om, at han vil finde en måde at få mere tid til samtalerne. Psykiateren aftaler at kontakte Daniel telefonisk, for at følge op på, hvordan det går. Medicinen blev justeret som følge af denne nye strategi, hvilket førte til, at Daniel både oplevede færre bivirkninger, og at medicinen fungerede bedre.

En ofte forekommende udfordring i arbejdet med denne målgruppe er, når klientens feedback i forhold til fremgang er i konflikt med behandlerens vurdering eller med familiens eller andre involverede professionelles oplevelse. I sådanne tilfælde kan det være en fristelse at modsige eller påtvinge klienten andres perspektiv. Vi vil minde om det, som vi skrev i Manual 1, nemlig at klientens eget engagement er den stærkeste proces-relaterede faktor, som kan forudsige et godt resultat. Forudsat at klienten ikke er i umiddelbar fare for sig selv eller andre, må første skridt være at arbejde på at forstå scoren *fra klientens perspektiv*. Ellers er der risiko for, at klienten mister sit engagement. På dette grundlag kan terapeuten og klienten udbrede dialogen til, hvordan andre (f.eks. familie, læge, venner etc.) vil udfylde skemaet og hvorfor.

Case-eksempel

Angela har fået diagnosen PTSD, bipolar lidelse og konversionssyndrom. Hun bliver indlagt på psykiatrisk afdeling i gennemsnit tre gange om året. For nyligt

blev hun overfaldet uden for sin lejlighed, og hendes pung blev stjålet. Overfaldet udløste en række dissociative oplevelser, flashbacks og psykogene anfald, som førte til en 4 dages hospitalsindlæggelse. Hendes sagsbehandler, Valerie, besøger hende ved indlæggelsens anden dag. Valerie beder Angela udfylde ORS, som de plejer at gøre ved deres månedlige samtaler. En af sygeplejerskerne på afdelingen deltager i samtalen, og han udtrykker bekymring i forhold til, om Angela ville være i stand til selv at udtrykke sine behov på en meningsfuld måde, da hun sammen morgen var blevet oplevet dissocierende.

Valerie beder sygeplejersken om at dele sin oplevelse af, hvordan Angela har det, ved at udfylde ORS skemaet sådan, som han oplever Angela. Sygeplejerskens samlede score er 3,7. Da Valerie beder ham forklare scoren, udtrykker han en stor bekymring for Angela, og siger, at hun i øjeblikket er ”meget sårbar overfor fortsatte flashbacks og psykogene anfald”, og siger, at han vurderer, at overfaldet vil ”sætte hende en del tilbage”.

Derefter taler Valerie med Angela: ”Jeg hørte, at du havde en svær morgen, er det rigtigt?”

”Ja”, Angela nikker. ”Jeg oplevede nogle af de slemme erindringer. De er så virkelige. Nu føles de langt væk. Personalet sagde, at jeg talte meget højt i dagligstuen i morges, og at jeg græd, og råbte på hjælp”.

”Føler du dig bedre tilpas nu? Nok til at tænke på, hvordan du overordnet har haft det, siden alt dette skete?” Da Angela bekræfter dette, giver Valerie hende ORS-skemaet, og beder hende udfylde det.

Angelas samlede score på ORS er 12,4. Valerie fortsætter: ”Du har lige haft nogle virkelig skræmmende dage. De fleste ville kalde dem traumatiske, og ville måske forvente en lavere score”. Hun spørger Angela, om hun gerne vil vide, hvad andre tænker. Sammen kigger de på sygeplejerskens score.

”Jeg spurgte Joe, sygeplejersken, hvordan han tror, at du har det, og han scorede 3,7. Hvad tror du, at Joe tænker på, eller bekymrer sig for, når det gælder dig? Kan du hjælpe mig med at forstå, hvad din scorer betyder for dig?”

”Det overrasker mig ikke, at Joe scorer mig lavt. Han bekymrer sig, og du ved, han er jo sygeplejerske, og det er deres job at tænke på det, der kan gå galt. Men selv tænker jeg, at ja, jeg blev overfaldet, men jeg er i live, og jeg slog fra mig overfor fyren.”

”Så, det at være i live og at have slået fra dig er det, der betyder noget for dig?”

”Ja, det gør. Kan du huske den ulykke, som jeg kom ud for, for et par år siden? Den fik mig virkelig ned. Og jeg ved, at jeg har nogle af de samme tanker lige nu, men jeg har ikke brug for al den medicin, som jeg fik for to år siden.”

”Så, når din score er på 12,4, mener du, at du tænker på, hvordan du har det nu sammenlignet med, hvordan du havde det tidligere, da du oplevede noget rigtig ubehageligt?”

”Ja, det er rigtigt.”

”Hvis du havde udfyldt ORS efter ulykken for to år siden, hvordan ville du da have scoret?”

”Jeg ved det ikke – enten var jeg bedøvet af medicin, eller også var jeg i fuld swing! Jeg vil vædde på, at Joe havde scoret mig på minus 10!”

Kommentar:

Afslutningsvis vil vi nævne noget om at anvende ORS og SRS sammen med mennesker, som er psykotiske. Det kan være til hjælp at inddrage sin egen viden og sine egne erfaringer. F.eks. hvordan plejer jeg at interagere med mennesker, som er midt i en akut psykotisk periode? Hvor meget tid plejer jeg at bruge på at stille spørgsmål i forhold til at yde støtte, mindske uroen og på at skabe sikkerhed? Det er klart, at det at udfylde skemaerne ikke nødvendigvis er det, som vi prioriterer højest. Men når personen er mere modtagelig, stabil og tryk, er det både vigtigt og meningsfuldt at engagere ham / hende i FIT-processen. Klienten får da mulighed for at deltage i sin egen behandling, og dermed stiger engagementet og ejerskabet.

B. Klienter med indlæringsmæssige begrænsninger eller kognitive funktionsnedsættelser.

ORS og SRS forudsætter et vist niveau af læsefærdighed og forståelse. Flesch, Flesch-Kincaid har testet læsbarheden af voksenversionerne af ORS og SRS (inklusiv GSRS), og det indikerer, at redskaberne svarer til 6. klasses læseniveau. Konsistent med det anbefalede aldersinterval, bør voksenudgaverne af skemaerne kunne forstås af gennemsnitlige læsere på 13 år og derover.

Hvis klienten har vanskeligt ved at læse, kan den mundtlige version af redskabet anvendes (kopier kan downloades gratis på: www.centerforclinicalexcellence.com), eller Child Outcome Rating Scale (CORS), Child Session Rating Scale (CSRS) eller Young Child Outcome Rating scale (YCORS) eller Young Child Session Rating Scale (YCSRS).

I de tests, som Flesch, Flesch-Kincaid har lavet, placerer de CORS og CSRS svarende til 2. klasses læseniveau. Det er konsistent med det anbefalede aldersinterval for skalaerne, nemlig 8 - 12 år. YCORS og YCSRS indeholder færrest ord og ingen komplekse sætninger, med tydelig visuel støtte, hvorfor de kræver den mindste grad af læsefærdighed.

På nuværende tidspunkt har der ikke været gennemført forskning eller test af redskaberne i forhold til mennesker med specifikke indlæringsmæssige, kognitive eller neurologiske udfordringer eller begrænsninger. Behandleren må derfor, på baggrund af ovenstående, vurdere, hvilke skemaer, der vil fungere bedst for den enkelte klient. Hvis graden af færdigheder, som er påkrævet for

at kunne deltage i behandlingen (f.eks. samtaleterapi) modsvares, eller er større end redskabernes læse- og forståelsesniveau, bør der ikke være grund til at undlade at benytte redskaberne.

I situationer, hvor graden af begrænsninger udelukker brug af redskaberne, bør den professionelle søge feedback fra andre omkring klienten. For eksempel kan terapeuten bede de mennesker, som er mest bekymrede for klienten (f.eks. forældre, læreren, den henvisende læge) om regelmæssigt at udfylde skemaerne.

Uanset om redskaberne bruges eller ej, kræver det, at behandleren er kreativ og dygtig til at kunne forstå mennesker med forskellige kognitive og intellektuelle begrænsninger og til at kunne skabe en alliance. Behandlere beskriver, at følgende tilpasninger kan foretages med henblik på at opnå en meningsfuld feedback fra klienten:

- Anvend de mundtlige versioner eller en af børneversionerne
- Tilføj tal eller billeder (f.eks. smileys) på skalaerne
- Anvende et kvalitativt sprog (f.eks. "lille, mellemstor, stor, kæmpestor", rigtig slemt, slemt, OK, godt, virkelig godt", "frysende koldt, koldt, varmt, virkelig varmt", "rød, hvid, blå", etc.)

Det kan være til hjælp at overveje de mange måder, som behandleren på en respektfuld måde i forvejen tilpasser sit samarbejde med klienter, som har indlæringsmæssige eller kognitive vanskeligheder.

Til refleksion:

- Forestil dig, at du IKKE anvender ORS og SRS. Hvordan spørger du i dag dine klienter til deres liv? Hvordan spørger du til jeres samarbejde? Hvad tager du med i dine overvejelser, når du vælger, hvordan du vil spørge dem?
- Hvad er du opmærksom på, og hvad lytter du efter i forhold til dine klienters oplevelser? Hvad hjælper dig til at beslutte, hvordan du bedst kan kommunikere med dem? Vær specifik – hvad lægger du mærke til ved deres beskrivelser, omfanget af deres engagement, deres sprogbrug, og deres interesser?
- Tænk tilbage på, da du begyndte at arbejde med klienter med indlæringsmæssige eller kognitive vanskeligheder. Hvilke overvejelser havde du omkring deres (manglende) evne til at kommunikere deres ønsker og behov til dig? Hvad har du lært siden? Hvordan har du lært dette?

Case-eksempel

Ruben er en 37-årig mand, som pådrog sig en hjerneskade i forbindelse med en motorcykelulykke. Skaden påvirker hans funktionsniveau i de fleste daglige funktioner, herunder: længden af tid, som han er i stand til at deltage i en samtale eller i en opgave; hans korttidshukommelse, sproglige opfattelse og udtryk (en vurdering indikerer 6. klasses læseniveau). Skaden påvirker også Rubens evne til at håndtere sociale situationer. Den sidstnævnte bekymring har været særligt problematisk for Ruben, idet han har oplevet en større grad af angst og selvusikkerhed, som gør deltagelse i samtaler og sociale aktiviteter vanskelig. Nogle gange er Ruben meget opgivende i forhold til sine evner. Hans tendens til verbalt at lange ud efter andre har gjort ham mere og mere isoleret.

Rubens sagsbehandler, Marcus, plejer at bruge ORS og SRS. Marcus forklarer Ruben, at han har et skema, som han vil bede ham om at udfylde, for at hjælpe Marcus med at finde ud af, om han er Ruben til hjælp på den måde, som han har brug for og ønsker. "Du kan enten udfylde skemaerne selv, eller jeg kan læse spørgsmålene op for dig. På begge måder vil dine svar hjælpe mig med at forstå, hvordan jeg bedst kan være dig til hjælp. Begge måder er OK for mig", forklarer Marcus.

Ruben svarer, at han gerne selv vil udfylde skemaerne, hvis bare "de ikke er for svære, eller der er for mange ord." Ruben siger, at han aldrig har brudt sig om "for mange ord" – heller ikke før ulykken. Marcus er enig i, at "for mange skemaer har for mange ord", og derefter forklarer Marcus, at Ruben kan vælge mellem to forskellige skemaer: Et som har ord og linjer, og et andet, som har billeder i stedet for nogle af ordene.

Marcus viser Ruben både voksen og børneversionerne af ORS, idet han siger: "En del synes, at det er bedre at bruge skemaet med ansigterne, fordi der ikke er så mange ord. Andre kan bedre lide skemaet uden ansigter. Begge dele er ok – hvad kan du bedst lide?"

Ruben bliver helt stille, da han ser på skalaerne. Efter et øjeblik spørger Marcus, om det er svært at vælge, eller om Ruben har skiftet mening, og hellere vil have læst spørgsmålene op. Da Ruben viser, at han har skiftet mening, svarer Marcus, "Det er helt i orden, tak for at du fortæller mig det", og læser spørgsmålene op:

"Ruben, nul til ti, hvor nul er lavt, rigtig lavt, og ti er højt, det allerbedste, hvis jeg spørger dig, hvordan det går, hvad vil du så svare?" De fortsætter med den mundtlige version af ORS, samtidig med, at Marcus forklarer og opmuntrer undervejs.

Ved samtalens afslutning, spørger Marcus, om Ruben vil svare på nogle "nul til ti" spørgsmål om den samtale, de har haft. Da Ruben spørger, om der er nogen "særlige skemaer" til disse spørgsmål, viser Marcus ham både vok-

sen- og børneversionen af SRS. "Det er mange ord", siger Ruben, og peger på voksenversionen, "Lad os lave den med ansigterne". Markus forklarer, hvordan skalaen skal udfyldes, og fremhæver, at ansigtet med mundvigene nedad, på redskabets venstre side er "ligesom et nul" og det smilende ansigt på den højre side er "ligesom ti".

Med pennen i hånden, overvejer Ruben først skalaen, og skriver derefter tallene fra 0 til 10 på alle 4 linjer. Da han er færdig, sætter han en cirkel om det smilende ansigt på "Lyttede", og på "Hvor vigtigt", og "6" på "Det vi lavede" og "Generelt"- skalaerne. Da den samlede score (32) er under cutoff, taler Markus med Ruben om, hvad de kan gøre anderledes næste gang, så Ruben er mere tilfreds med, hvordan de bruger tiden. Ruben siger, at han godt kan lide at tale med Marcus, "fordi du lytter, og spørger til, hvordan jeg har det, i stedet for at fortælle mig, hvad jeg skal gøre", men at han gerne vil tale "mere om problemerne derhjemme".

Marcus takker Ruben for at fortælle ham dette, og skriver en besked til sig selv, for at huske at spørge Ruben om problemerne derhjemme næste gang, de ses. Marcus spørger også, om det vil være til hjælp for Ruben at drøfte disse problemer med sin behandler. Ruben siger, at det vil han gerne.

C. Klienter, som er tvunget i behandling (mandated)

Behandlere siger ofte, at de er tilbageholdende med at anvende skalaerne sammen med mennesker, som er henvist til behandlingen mod deres vilje, fordi de er bekymrede for, at de ikke er ærlige, og derfor ikke giver en "valid" feedback. Der er en tendens til at betragte høje scoringer på skalaerne med en mistanke om, at klienterne: (a) benægter deres problemer, eller (b) giver "socialt acceptable" svar, for at undgå konsekvenserne af deres handlinger. Uanset årsagen, er det vigtigt at huske, som beskrevet i Manual 1, at nøglen til en succesfuld behandling er klientengagement. At tage sig tid til at skabe mening i klientens egen forståelse af sin score, kan være til hjælp, når det handler om at "møde klienten der, hvor han eller hun er". Hvis vi ikke reflekterer over dette, risikerer vi sandsynligvis, at alliancen og effekten af behandlingen bliver bragt i fare.

Til refleksion:

- Når du tænker på dine egne personlige relationer, hvordan beslutter du dig for at være ærlig over for mennesker i dit liv? Hvad gør mennesker i dit liv for at fremme eller modvirke ærlighed?
- Når du tænker på dine klienter, hvad kan der være på spil for dem, hvis de er ærlige? Hvad kræver det af dem at være ærlige?
- På hvilken måde forstår du eller anerkender du dine klienters forbehold i forhold til at være ærlige?

- Når du tænker på dit samarbejde med klienter, som er tvunget i behandling, hvordan håndterer du deres forsigtighed i forhold til at være ærlige, uden at bruge ORS og SRS?
- Hvis du forestiller dig at bruge ORS og SRS, hvordan ser du dig selv arbejde anderledes, og hvordan vil du betragte din aktuelle måde at arbejde på?

I praksis scorer klienter, som er tvunget i behandling ofte over cutoff på ORS ved behandlingens start (Mee-Lee, McMillan og Miller 2009, Miller et al. 2005), hvilket afspejler deres oplevelse af en ringe grad af forpinthed eller belastning i deres generelle funktionsniveau. Fremfor at udfordre disse klienter til at erkende problemer, som andre er bekymrede for, bør fokus være på at forstå forskellen på deres perspektiv og den henvisende person eller institutions perspektiv. Her kommer nogle forslag til at engagere klienter i at deltage i denne type samtale:

- Tal med klienten om, hvordan han eller hun forstår grunden til henvisningen, samt hvordan han eller hun har det med det. Fokuser på at forstå og skabe plads til klientens perspektiver, ikke på at udfordre eller overbevise klienten om noget andet.
- Bed klienten om at udfylde ORS fra den henvisende persons perspektiv (parallelbedømmelse/ collateral rating). Det kan være den egentlige henviser, andre som er involveret i, eller som følger sagen, og dem, som kan træffe afgørelse om at afslutte behandlingen.
- Undersøg, hvordan klienten ser på forskellen imellem sine egne og andres scorer, og fokuser på klientens forståelse af, hvad han eller hun behøver at gøre, for at reducere henviserens bekymringer.
- Bed også andre (f.eks. henviser eller netværk) om at udfylde ORS undervejs i samarbejdet, og tal med klienten om deres score, og om hvad der skal til for at reducere deres bekymringer.
- I løbet af behandlingen stræbes efter at komme til at arbejde med alle de problemer, som klienten ønsker tale om. Tal med klienten om, hvordan disse vanskeligheder viser sig i ORS-scoringerne.
- Vær opmærksom på SRS-scoringerne. I faglitteraturen fremhæves vigtigheden af at skabe en samarbejdsalliance med klienter, som er tvunget i behandling, med henblik på at holde dem engageret og løse det, der medførte, at klienten blev henvist.

Case-eksempel

16-årige Angela er blevet henvist af retten til et projekt for unge, som har begået hærværk. Det er et krav, at Angela og hendes forældre deltager i et

gruppeforløb en gang om ugen i 12 uger. Angela skal også udføre 8 timers samfundstjeneste, og hendes lærere skal dokumentere hendes deltagelse i skolen. Hun må ikke have nogen form for fravær uden en lægeerklæring i løbet af de 12 uger. Endelig kræver programmet tre samtaler med en behandler, med henblik på at "vurdere" Angela i forhold til misbrug af stoffer og risiko for yderligere kriminalitet.

Angela er blevet pågrebet, da hun, sammen med nogle venner, spraymalede bænke og legeredskaber i en park. Det er hendes første lovovertrædelse. Hun kunne vælge at gennemføre programmet i stedet for at komme i ungdomsfængsel. Efter tilfredsstillende gennemførelse af programmet vil hendes straffesag blive slettet, hvilket er meget vigtigt for både Angela og hendes mor.

Da Angela starter i programmet, er der gået to måneder siden anholdelsen. Ved den første samtale med behandleren, Reggie, er Angelas samlede ORS-score 29,7. Reggie kommenterer scoren, og bemærker, at Angela oplever, at hun fungerer godt.

"Ja, det går rigtig godt". Alt det her med dommen er virkelig nedtur og pinligt, og min mor var sur. Men det går bedre nu".

"Så, det går bedre nu? Var det ikke så godt for et stykke tid siden?", spurgte Reggie.

Ja, det var total nedtur, da jeg blev taget. Jeg troede, at jeg skulle dø, da de tog mig til ungdomsfængslet. Det er slet ikke mig..."

"Ok, så hvis jeg havde bedt dig om at udfylde disse skalaer, da du blev taget..."

Angela afbryder, før Reggie er færdig. "Jam on ikke - her på alle linierne!" Hun peger på ORS skemaet, og viser, at hun ville have scoret tæt på 2 på alle linierne. Angela fortæller, at der er sket mange forandringer siden anholdelsen. Den vigtigste er, at hun ikke længere er sammen med de andre unge, som var med til at lave hærværket.

"Må jeg spørge dig?", siger Reggie. "Hvis jeg bad din mor om at udfylde skemaet, hvordan vil hun så sige, at du har det? Og hvordan ville din sagsbehandler i kriminalforsorgen vurdere, at du har det? - Hvad ville hun sige?"

"Min mor ville score på samme måde, som jeg gør", sagde Angela, og tager pennen, "men hende fra kriminalforsorgen... Det er en anden sag..."

"OK, så din mor er ikke så bekymret for dig, men sagsbehandleren i kriminalforsorgen?"

"Hun er bare for meget..."

"Hvordan tror du, at hun ville udfylde skemaet?"

"OK, for jeg er helt uenig med hende". Angela udfylder ORS, som hun tænker, at sagsbehandleren fra kriminalforsorgen ville udfylde den. Den samlede score er 14,8 med en særlig lav score på "Socialt". Resten af samtalen undersø-

ger Reggie, hvad Angela tror sagsbehandleren er bekymret for og forventer af hende. Sammen kommer de frem til en række ting, som Angela kan gøre, for at sagsbehandleren vil score højere på ORS.

D. Klienter i misbrugsbehandling

Forskning viser, at de forskellige behandlingstilgange indenfor misbrugsområdet, opnår de samme resultater (Wampold, 2001, Imel, Wampold, Miller & Fleming, 2008, Mee-Lee et al., 2009). Sagt på en anden måde: alle tilgange kan fungere med en given klient. Det vigtigste er at finde ud af, hvad der fungerer for det enkelte menneske, der opsøger hjælp.

I overensstemmelse med principperne for og de konkrete fremgangsmåder i FIT, fandt man i Project MATCH, en af de største forskningsstudier til dato, at klientens oplevelse af den terapeutiske alliance var det, der bedst kunne forudsige: (1) engagement i behandlingen, (2) forbrug af alkohol under behandlingen, og (3) forbrug af alkohol ved 12 måneders opfølgning (Project MATCH Research Group, 1993). Baseret på disse fund, anbefaler Mee-Lee et al. (2009), at behandlere forsøger at tilpasse behandlingen til klienten ved at:

1. Udvikle individualiserede behandlingsplaner
2. Anvende formaliseret, løbende feedback med henblik på kontinuerligt at vurdere indsatsen og tilpasse behandlingen,
3. Integrere behandlingsplanen og klientens feedback i en overordnet behandlingsplan, som maksimalt tilpasses den enkelte klient.

FIT er et redskab til at operationalisere disse anbefalinger. Gennem formaliseret og løbende monitorering af den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen, får behandleren mulighed for at skræddersy indsatsen og tilpasse tilgangen, når der er behov for det.

De, som arbejder med misbrugsbehandling, udtrykker mange af de samme bekymringer, som de behandlere, der arbejder med klienter, der er tvunget i behandling (se afsnit C). Bekymringerne inkluderer klienter, som: (1) ikke giver "ærlig" feedback på ORS og SRS, (2) afviser, at de har et misbrugsproblem, (3) minimerer alvoren eller betydningen af problemet for dem selv eller andre, og (4) modsætter sig at tale om og forsøge at tage hånd om de "underliggende" grunde til deres forbrug af alkohol og stoffer.

De almindelige holdninger og antagelser i forhold til denne gruppe udfordres af Miller et al. i deres forskning, som finder, at den gennemsnitlige start-score på ORS for den stofbrugende klient er signifikant højere (dvs. indikerende færre belastninger) sammenlignet med typiske klienter i behandlingssystemet generelt (ORS ved første samtale: 24.1 i forhold til 19.6). Det er imidlertid

væsentligt at fremhæve, at undersøgelsen fandt, at den misbrugende klients ORS-score forbedredes over tid, uanset om klienten startede over cutoff eller ej. I modsætning til dette fund, finder man at de sædvanlige klienter behandlingssystemet har en tendens til at få det værre over tid, når den indledende ORS score var over 25.

Ikke overraskende, viste undersøgelse af Miller et al. (2005), at de klienter, som gennemførte behandlingen, i gennemsnit oplevede signifikant større forandringer, end dem, som droppede ud af behandlingen. Undersøgelsen viste også, at kontakt igennem længere tid med klienter med et stofmisbrug førte til bedre behandlingsresultater, hvorimod klienter med de mest almindelige psykiske vanskeligheder, oplever at deres forbedring hurtigere rammer et "plateau", efter at de har opnået den hurtige fremgang i løbet af de første samtaler.

Sådanne fund gør det klart, at nøglen til succes i arbejdet med klienter med et stofmisbrug, ligger i deres engagement. Dropout er langt den største trussel i forhold til effekt af indsatsen, end nogen andre af de ovenfor nævnte bekymringer. Den feedbackbaserede behandlers primære opgave er at forsøge at forstå, fremfor at søge efter "sandheden". Uanset om man er enig med klientens score på ORS og SRS, bør behandleren:

- Drøfte med klienten, hvordan han / hun forstår og oplever det at være i behandling. Fokus bør være på at forstå, frem for at udfordre eller overbevise.
- Undersøge og anvende det, som motiverer klienten til at deltage i og gennemføre behandlingen. Hvad er klientens håb og mål? Hvordan vil han eller hun vide, at behandlingen har været til hjælp?
- Bede klienten om at udfylde ORS fra andre involveredes perspektiv (f.eks. partner, børn, forældre, kolleger – en parallelbedømmelse/ collateral rating). Undersøge hvad klienten tænker om eventuelle forskelle mellem egne og andres scoringer.
- Når klienten er tvunget i behandling (mandated), bede klienten om at udfylde ORS set fra henviserens perspektiv (parallelbedømmelse/ collateral rating). Fokuser på, hvad klienten mener, der skal til, for at behandlingen kan afsluttes. Hvis klienten ikke ved det, eller er usikker, kan man bede henviser om at udfylde ORS, som de vurderer, at klienten har det (parallelbedømmelse/ collateral rating). Tale med klienten om scoringerne, og undersøge hvad der skal til, for at behandlingen kan afsluttes.

Case-eksempel

Audrey er 48-år gammel, og arbejder som personalechef. Hun lod sig indskrive i et døgnbehandlingstilbud for mennesker med et misbrug efter flere måneders pres fra hendes ægtefælle, Doug og deres to døtre, Cassie på 21 og Kelly på 18 år.

Da Audrey udfylder den første ORS, er hendes score 34.1. Da hendes behandler, Carlos, forklarer, at denne score er karakteristisk for mennesker, som oplever, at deres liv fungerer godt, giver Audrey udtryk for, at det passer.

Carlos fortsætter "Nogle gange betyder en score over linjen (peger på klinisk cutoff), at mange ting fungerer, men at der måske er et enkelt problem eller en bekymring, der skal tages hånd om. Uanset hvad, er det oplagte spørgsmål, hvad der få dig til at lad dig indskrive her?"

Audrey giver umiddelbart udtryk for, at det er hendes familie, som tænker, at hun har brug for behandling. "Jeg er ikke sikker på, hvorfor de synes, at jeg har et problem. De er hele tiden på nakken af mig". Hun forklarer videre, at hendes mand to uger forinden har givet udtryk for, at nu var det "sidste chance", efter at en ven havde kørt hende hjem efter en fest. "Jeg gjorde det rigtige! Jeg fik en ven til at køre mig hjem. Vi fejrede en kollegas 10 års jubilæum, og det er vigtigt at deltage i den slags. Det var jo en fest, for pokker! Jeg stod op og trænede næste dag, spiste brunch med Doug og vores nevø, gjorde rent, holdt weekend, og var på arbejde igen mandag morgen kl. 7.45. Alt er fint, men min familie overdriver det her helt vildt".

På dette tidspunkt kan det være fristende at konfrontere Audrey eller i det mindste påbegynde en udredning med fokus på at vurdere omfanget af hendes alkoholproblem. I stedet vælger Carlos at fokusere på Audreys motivation for behandling, idet han bruger ORS til at italesætte, hvad hun behøver at gøre, for at reducere hendes families bekymringer. "Så, din familie sagde, at de ville have dig til at begynde i behandling her, og komme til samtaler med behandlere. Sagde de, hvad de vil have dig til at gøre, og hvad vi skal tale om?"

"De mener åbenbart, at jeg har et alkoholproblem, og de ønsker at du og dine kolleger overbeviser mig om det. Men jeg kan sige jer, at det har jeg ikke. Så meget drikker jeg ikke. Jeg er her for at berolige dem, og for at få en ende på det her."

Carlos giver hende ORS skemaet, og spørger, "Så, hvis de skulle udfylde dette skema, hvordan ville Doug og dine døtre sige, at du fungerer?". Audrey udfylder ORS igen, og hun markerer hver linje i den lave ende af skalaen. "De mener det samme", siger hun, "så det er nok med én score for dem alle tre".

Carlos anerkender forskellene i Audreys og hendes families perspektiver, og sagiger så: "For at berolige dem, og for at gøre dem tilfredse, så du ikke længere behøver komme her, bliver de nødt til at tro på, at tingene er, sådan som du siger. De bliver nødt til at score dig nærmere 30, end her nede omkring 10".

Da Audrey udtrykker enighed, fortsætter Carlos: "Så, det vi skal finde ud af er, hvad der skal til for at få dem til at se tingene, sådan som du ser det. Hvad er det, som de ikke ved om dig, som du ved om dig selv, og som, hvis de begyndte at kende til det, ville ændre deres score?" For eksempel ved jeg allerede

om dig, at du har fortalt mig, at du har venner, at du kan lide at fejre deres succeser, og at du ikke drikker så meget”.

Audrey udtrykker igen enighed og resten af samtalen går med at identificere, hvad hendes familie har brug for at vide om hende, for at deres scorer kan gå op.

Ved samtale afslutning giver Carlos Audrey SRS-skemaet, og forklarer, hvor vigtigt det er for ham at få hendes feedback på samtalen. Audreys score på SRS er 34,4. Carlos spørger, hvad han kan gøre, for at det kan blive endnu bedre, idet han især bemærker, at markeringen på det første emne i forhold til relationen er lavest. Audrey giver udtryk for, at hun i øjeblikke har oplevelsen af, at Carlos ”taler ned til hende”. Hun siger, at hun i kraft af sin uddannelse og erfaring ikke har brug for at få tingene forklaret så langsomt og omhyggeligt. Efter at have takket Audrey for hendes feedback, siger Carlos, ”Det ville have været nemt for dig at forlade samtalen og tænke, ’Fint, endnu en, som ikke forstår mig!’ Men nu har jeg en klarere idé om, hvordan du gerne vil have, at vi taler sammen. Bliv endelig ved med at fortælle mig det, hvis jeg ikke er på sporet”. Audreys engagement blev større ved hver af de efterfølgende samtaler.

E. Klienter, som oplever marginalisering

Som en pan-teoretisk tilgang, kan Feedback Informed Treatment bruges til at monitorere og forbedre effektiviteten af behandlingstilgange på tværs af kontekster og med mennesker, som oplever en række forskellige vanskeligheder.

Nogle behandlere spørger, om det er hensigtsmæssigt at anvende ORS og SRS, samt om de mulige begrænsninger, der er ved at bruge et effektmåleredskab sammen med mennesker, der oplever at være marginaliserede på grund af deres køn, seksuelle orientering, flygtninge- eller indvandrerstatus, handicap, religiøse overbevisning, etnicitet eller en kombination af disse. Selvom udgangspunktet varierer, er udfordringen den samme: At kunne forstå mennesker, hvis oplevelser og verdensbillede er forskelligt fra ens eget.

Den professionelle er, ligesom sine klienter, formet af sin egen sociale og økonomiske klasse, etnicitet, seksualitet, samt af sit køn, handicap, sin alder og sine religiøse traditioner. Det er ikke muligt at se bort fra disse erfaringer og slippe deres indflydelse på, hvordan man forstår verden. For at kunne tilbyde en behandling, som er lydhør over for klientens karakteristika, kultur og præferencer, må behandleren selv være opmærksom på, hvilken indflydelse hans eller hendes egen kultur og verdensbillede har på det, som han eller hun hører og ser (eller ikke hører og ser), anser for at være vigtigt, giver opmærksomhed eller ignorerer.

Lydhørhed, sensitivitet og åbenhed for feedback er centralt i forhold til arbejdet med FIT-principperne og marginaliserede grupper. Det forudsætter løbende læring, refleksion og opmærksomhed på feedback fra andre, såvel som

en målrettet stræben mod at blive bedre til at forstå, og mindre tilbøjelig til at vide eller føle sig sikker. Det afgørende er, at kulturel lydhørhed ikke er det samme som ”kulturel turisme”, hvor et ”specifikt syn eller en specifik metode” anvendes i arbejdet med alle fra en given gruppe. Ud over at reducere mennesker til en ensartet gruppe, tilbyder ”kulturel turisme” ingen selvrefleksion eller stræben efter at forstå mennesker, som er marginaliserede.

I sidste ende er kulturel lydhørhed central i forhold til at skabe en feedbackkultur. Behandlere, som anvender feedback, ved, at behandlingen bliver mindre effektiv eller engagerende, når den begrænses til behandlerens egen viden, erfaringer og kulturelle forståelse. Klientens perspektiver er, måske i særlig grad, når de er udfordrende for terapeuten, afgørende for at opnå en vellykket og etisk behandling.

Nedenfor vil vi beskrive og diskutere to af de mest almindelige betænkkeligheder, som klienter kan have i forhold til brugen af ORS og SRS i behandlingen. Vi kommer med en række forslag til, hvordan det kan forstås og spørgsmål til selvrefleksion, som kan hjælpe behandleren til at blive kulturelt lydhør og opmærksom.

Bekymringer i forbindelse med effektmåling og evaluering.

Effektmåling og evaluering er almindelig praksis i terapeutisk arbejde, ligesom sammenligning med normmateriale er. Uheldigvis er det også en realitet, at denne praksis er blevet anvendt på skadelige måder gennem tiderne rundt omkring i verden (Parker, 2007, Smith, 1999). I dag er mange mennesker, som søger terapeutisk behandling, nødt til at få lavet tests eller blive udredt psykiatrisk, for at få den behandling, som de har brug for. På trods af, at sådanne oplevelser ikke har noget med ORS og SRS at gøre, kan det til dels forklare, hvorfor nogle mennesker er tilbageholdende i forhold til, eller modsætter sig, at blive målt eller ”udnyttet” i det medicinske eller sociale hjælpesystem (Jackson, 2002).

En anden bekymring i forbindelse med effektmåling og evaluering hænger sammen med at blive sammenlignet med ”det normale”. Den kliniske cutoff for ORS og den forventede behandlingseffekt (ETR) er afgørende i forhold til at afgøre, om en indsats er til hjælp for en given klient. Når det er sagt, så har marginaliserede mennesker gode grunde til at modsætte sig sammenligning med normer, baselines og gennemsnit. For mange bliver sådanne sammenligninger en bekræftelse på, at de ikke ”passer ind”, at de bliver afvist, kontrolleret eller på anden måde bliver placeret uden for det, som er socialt eller kulturelt acceptabelt.

For en behandler, som anvender FIT, er hovedopgaven at forstå, hvad det betyder for klienten at indtage den position, som han eller hun har, og at samarbejde om at udvikle deres alliance.

Hvordan kan man håndtere dette?

- Lær om, hvordan forskning (generelt og særligt den medicinske/ psykiatriske) og målinger forstås fra marginaliserede menneskers perspektiv, f.eks.
 - Historien bag brug af forskning og evaluering med indfødte populationer
 - Brugen af uddannelsesmæssige evalueringer, intelligenstagstests og psykologisk assessment med den oprindelige befolkning i USA, med farvede, fattige, immigranter og flygtninge, folk med handicaps, homoseksuelle, biseksuelle, transkønnede og personer, som identificerer sig som queer.
 - I USA har regeringen sponsoreret medicinsk testning af afrikanske-amerikanske mennesker og har støttet andre overgreb af og med det medicinske system.

Til refleksion

- Hvis overvejelserne, som er blevet præsenteret og diskuteret i denne afsnit aldrig har slået dig tidligere, så overvej disse spørgsmål til refleksion:
 - Hvad betyder det mon om dine oplevelser med og forståelse af de forskningsmæssige praksisser?
 - Hvorfor tror du, at du aldrig har hørt om historien omkring undertrykkelse i forbindelse med forskning, evaluering og måling?
 - Hvordan kan denne information påvirke måden, du arbejder med mennesker på?

Når effektmåling er fremmed eller ikke kulturelt relevant

ORS og SRS er produkter af en vestlig empirisk videnskab. Forskning har fundet, at ORS og SRS er effektive i forhold til at forbedre kvalitet og effekt af behandlingsarbejde. Men samtidig er det blot en måde at organisere, forstå og tale om verden på. I mange kulturer er det uforståeligt, at man kvantificerer (verbalt eller numerisk) sine oplevelser af verden og sine relationer til andre. Det er simpelthen ikke sprogligt muligt. Det er lige så fremmed, som at forsøge at gøre sig forestillinger om oplevelser på en lineær og afgrænset måde (f.eks. lige linjer med fastsatte start og endepunkter som på ORS og SRS). I visse kulturer er det for eksempel ikke muligt at besvare spørgsmålet "Hvordan har du det?" uden for en relationel sammenhæng, og uden at man også spørger, hvordan de nærtstående personer har det.

Hvordan kan man håndtere dette:

- Anvend en person fra lokalsamfundet som konsulent, når du vil begynde at anvende ORS og SRS. Da udfordringen er at lære, hvordan andre skaber mening, behøver denne person ikke at have en behandlerbaggrund.
- Foretag et mentalt skifte fra at ”lære om” til at ”lære af” klienten.
- Fokuser på at forstå den enkelte i sin kulturelle sammenhæng, i stedet for at have en ”kulturel turisme-tilgang”.

Til refleksion

- Hvis du ikke tidligere har sat spørgsmålstegn ved ideen om et ”selv” uafhængigt af andre mennesker i dit liv, så overvej, hvordan denne eller andre kulturelle antagelser måske ubemærket påvirker dit terapeutiske arbejde.

Hvad angår anvendelsen af ORS og SRS i samarbejdet med mennesker, som oplever marginalisering:

- Vær nysgerrig og respektfuld i forhold til klientens forsigtighed, og se det som en vigtig modstandshandling overfor oplevelsen af undertrykkelse og / eller som udtryk for et forsøg på at passe på sig selv og for kritisk tænkning.
- Undersøg hvad klienten tænker om effektmåling generelt, og om ORS og SRS i særdeleshed:

Jeg er virkelig interesseret i at høre din mening om det her, og jeg respekterer din forsigtighed. Hvilke oplevelser har du med redskaber af denne slags, som gør dig betænkelig nu?

- Forsøg ikke at overtale, forklare, retfærdiggøre eller overbevise. Stil i stedet spørgsmål, som viser åbenhed, respekt og interesse for klientens oplevelse:
- Vær ydmyg og tag ansvar, når der opstår misforståelser. Forsøg at forstå hvordan klienten oplevede det, fremfor at forsøge at forklare, hvad der var hensigten.
- Hvis alliancen er i fare, læg da redskaberne væk. Find andre måder at samarbejde på, som passer bedre med klientens værdier og måder at skabe mening.

Hvis vi lægger linjer og tal væk, hvilke andre måder tænker du, at vi kan anvende, for at holde øje med om jeg er dig til hjælp?

Hvordan kan vi tale om og forstå de bekymringer, som får dig til at komme her påvirker dig og hvordan vores samtaler er til hjælp i forhold til disse bekymringer?

Hvis vi tænker om linjerne og tallene på skemaet som en form for sprog, hvilket sprog kan vi skabe, som giver dig mulighed for at tale om dine oplevelser, på en måde som passer bedre til dig? Er det et sprog med farver, former, billeder eller...?”

F. Partnervold

Behandlingsarbejde med mennesker, som enten har været ofre for, eller har begået, vold i et forhold eller i en nær familierelation, indebærer mange alvorlige overvejelser. Desuden er der mange forskellige og komplekse etiske, politiske og kulturelle perspektiver i forhold til, hvordan man bedst kan indgå i dette arbejde. I denne sammenhæng er det vigtigt at minde om, at FIT ikke er en behandlingsmetode. ORS og SRS er beregnet til at facilitere dialogen og styrke alliancen mellem klienten og behandleren uanset hvilken metode eller hvilket problemet, der arbejdes med.

Case-eksempel

Den 29-årige Tim er blevet dømt til at deltage i et program mod partnervold i forlængelse af, at han er blevet arresteret for at have truet sin kæreste med en kniv. Han var forpligtet til at deltage i en psykoedukativ gruppe i 8 uger, efterfulgt af 12 individuelle terapeutiske samtaler. Ved den første samtale oplyser Tim, at han kun er der, fordi han ikke ønsker at komme i fængsel, og ikke fordi han har et "vredesproblem".

Stephen, som er behandler, præsenterer Tim for ORS, og beder ham om at udfylde skemaet. Efter at have overvejet skemaet et øjeblik, sætter Tim sine markeringer på skalaerne, og giver skemaet til Stephen. Han har lavet to markeringer på hver linje!

Da Stephen beder ham om at forklare markeringerne, siger Tim, "De høje markeringer står for, når jeg tænker over, hvordan jeg i VIRKELIGHEDEN har det – jeg har det godt. De lavere markeringer viser, hvordan det, at skulle klare alt det her lort, påvirker alting."

Stephen overfører begge sæt markeringer til grafen, og giver dem to forskellige farver. Han kommenterer, at Tims score på 33,5 er en score, som indikerer, at personen klarer sig godt. Tims samlede score på ORS, når han tænker på, "hvordan alt det her lort påvirker alting", er på 17,5. "Føles det som en lige så stor forskel, som de to scorer viser?", spørger Stephen.

"Ja, jeg vil sige, at mit liv er omkring halvt så godt, efter at hun absolut skulle gøre et stort nummer ud af ingenting".

"Så, hvis den lave score kom tættere på den høje, ville det være noget, du kunne ønske at få ud af at deltage i det her program? Eller har du andre tanker om det?"

"Jeg kunne godt tænke mig én score, og det er den høje, og hvis jeg kan komme af med den lave score ved at komme her, så er det fint. Men jeg kan ikke se, hvordan det skulle kunne ske".

Stephen fortsætter med at spørge Tim om at udfylde en ORS-scoren, denne gang som han tænker at retten og den tilsynsførende ved kriminalforsorgen

tænker, at han har det (parallelbedømmelser / collateral ratings). Han scorer begge til 7,7.

Stephen beder Tim forklare, hvorfor han tror, at de, som er ansvarlige for at have sendt ham i behandling, tænker, at han har brug for hjælp.

"Det er fordi de synes, at jeg er et monster, som går amok, og slet ikke kan styre sit temperament, og går rundt og slår kvinder!"

"Så, det ville være vigtigt at få dem til at tænke anderledes?"

"Det kan man godt sige".

Stephen og Tim taler lidt mere om de forskellige perspektiver på Tim situation. Stephen afslutter den første samtale med at bede Tim om at udfylde SRS. Tim scorer 38,7 på SRS, og takker Stephen for, at han ikke "beskyldte mig for alt mulig lort".

Mange behandlere, som arbejder med mennesker, der er i behandling for partnervold, er bekymrede for at man risikerer, at "skyde skylden på ofret", når man bruger ORS. I den henseende er det vigtigt at huske, at ORS ikke blev udviklet med henblik på at være et diagnostisk eller undersøgende værktøj. Tværtimod er redskabet beregnet til, at klienten beskriver sin samlede oplevelse af forpint-hed eller velbefindende. ORS placerer således ikke problemet "i" eller "hos" nogen, og kan således anvendes målrettet til at fremme klientens perspektiv.

Case-eksempel

William på 55 år forlod for nyligt sin mangeårige partner, Drew, efter flere år med følelsesmæssige og fysiske overgreb. Efter et meget alvorligt overfald, blev Drew arresteret og fængslet, og han fik forbud mod at kontakte William. Aktuelt er Drew prøveløsladt, og afventer at påbegynde et partnervold-program og en psykologisk udredning.

William pådrog sig skader ved det sidste overfald, som påvirker hans evne til at gå og til at arbejde. Hans yngre bror Mike og svigerinde Debbie har opfordret ham til at se en terapeut. Ved det første møde beder terapeuten, Diana, William om at udfylde ORS, idet hun især understreger, hvor vigtig hans oplevelse, perspektiv og præference er for hende og for deres samarbejde. Williams scorer på Individuelt, Socialt og Generelt i den lave ende, mellem 2,5 og 3,5. Emnet Nære relationer scorer han tæt på nul.

Diana spørger William, om han ønsker at fokusere på de nære relationer i samtalen, i betragtning af den lave score. William svarer, "Det er for sent. Den score repræsenterer bare, at jeg har mistet Drew. Jeg ønsker at få ham tilbage, men jeg tror, at du kunne kalde mig "et nul" i relationer."

Markeringerne på ORS giver på en afgørende måde en indgang til at forstå og arbejde med de komplekse følelser, der er forbundet med hans forhold til

Drew. Diana anerkender først tabet af parforholdet, og bruger derefter scoren til at konkretisere og udvide samtalen.

"Jeg tænker på det der nul, William. Siger du, at du er "et nul", og at du havde noget at gøre med, at Drew overfaldt dig? Eller mener du, at det går rigtig dårligt på dette område af dit liv, og at alle dine nære relationer er på nul på skalaen?"

Efter at have tænkt over det, siger William, "Jeg har følt mig som et nul. Men sandheden er, at jeg har nogle virkelig gode, nære relationer. Så mange venner og hele min familie, de holder mig oppe lige nu". Efter en pause fortsætter han, "Måske er det ikke..., nej, det er helt klart ikke et nul. Og det er jeg heller ikke."

Ved samtaleens afslutning udfylder William SRS skemaet, og han markerer 8,6 på "Relations-skalaen". Da Diana spørger, om der var noget, som hun havde gjort eller ikke gjort i samtalen, som fik ham til at opleve, at hun ikke lyttede eller forstod ham, svarer han hurtigt "Nej, det er bare mig. Jeg har paraderne oppe. Det er mig. Du var helt OK".

Diana forklarer, at SRS kan hjælpe hende med at blive mere klar over, hvad hun gør i samarbejdet, og at hun ønsker at få "den mest ærlige feedback" fra ham, (du kan ikke sære mine følelser), for at kunne være mest mulig til hjælp. Hun siger også, at hvis han følte, at "paraderne kom op", vil hun være interesseret i at vide, hvad der var hendes bidrag til at det skete, eller hvad hun kan gøre for at undgå, at paraderne kommer imellem dem i fremtidige samtaler. Hun spørger også, hvornår nogen sidst har bedt William fortælle, hvis han ikke var tilfreds. Diana forklarer William, at hun vil blive ved med at bede ham om feedback, fordi hans tanker og oplevelser er meget vigtige.

OPSUMMERING AF ANBEFALINGER VEDRØRENDE ARBEJDET MED FIT OG SÆRLIGE POPULATIONER

- Feedback informeret arbejde handler om at være lydhør, fleksibel og reflekterende, og dermed optimere matchet mellem behandlere og de forskellige klienter, som søger hjælp.
- FIT kan anvendes, når som helst og med hvem som helst, og i alle sammenhænge, hvor feedback kan være til hjælp i forhold til at øge kvaliteten af behandlingen.
- ORS og SRS er samtaleredskaber, hvis formål er at facilitere samtaler med klienter, fremfor at vurdere eller diagnosticere dem.
- At forstå er ikke det samme som at være enig
- Uanset om ORS og SRS anvendes til at vejlede ens praksis, er det at reflektere over de antagelser og ideer, som påvirker og begrænser ens arbejde, vigtigt i forhold til at opnå en optimal klinisk praksis.

2. FIT i arbejdet med grupper

Både individuel terapi og gruppeterapi har vist sig at være virksomme for klienter (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998). Da det giver mulighed for at arbejde med flere klienter ad gangen, betragter mange institutioner og praktiskere det at arbejde med grupper, som den mest effektive behandlingstilgang. I visse kontekster er gruppeterapi således blevet den primære behandlingstilgang på grund af begrænsede økonomiske og personalemæssige ressourcer. I manual 2 er der tillige en kort oversigt over, hvordan man kan tilpasse FIT til arbejdet med grupper.

Her følger mere detaljeret information om, hvordan man kan anvende FIT i arbejdet med grupper, samt ideer til, hvordan man kan håndtere en række ofte forekommende spørgsmål, som rejser sig, når FIT-tilgangen tilpasses til grupper.

Essensen af FIT er at anvende den information, som man får, ved løbende at indhente klientens vurdering af den terapeutiske alliance og af effekten, for at kunne justere behandlingen. ORS-skemaet anvendes til at måle gruppedeltageres fremskridt individuelt. Der er udviklet en særlig skala, Group Session Rating Scale (GSRS) med henblik på at måle kvaliteten af alliancen i grupper (Duncan & Miller, 2007). GSRS giver ikke alene information om alliancen mellem den enkelte klient og gruppelederen, men også flere andre variable, som er forbundet med effektiv gruppebehandling: (1) kvaliteten af relationen mellem gruppedeltagerne, (2) gruppens evne til at fungere sammen, og (3) klimaet (stemningen) i gruppen (Burlingame, McClendon, Theobald & Alonso, 2011).

I en stor international undersøgelse fandt forskerne Quirk, Miller, Duncan og Owen (2012), at GSRS er pålidelig og gyldig, samt i stand til at forudsige effekten af behandlingen på et tidligt stadie i behandlingen. Dette er en afgørende faktor i forhold til engagement og effekt af behandlingen.

Man anvender de samme instruktioner i forhold til udfyldelse af skalaerne, som når der arbejdes med redskaberne i individuelle samtaler (se manual 2). Gruppelederne kan vælge at bede gruppedeltagerne udfylde ORS umiddelbart før gruppen går i gang, eller i starten af gruppens arbejde, afhængigt af gruppens størrelse og den tid, der er til rådighed. Begge disse tilgange anvendes i klinisk praksis. En anden strategi, som har vist sig at være effektiv, er at lære deltagerne at udfylde ORS og overføre deres score til grafen ved gruppens første møde. Der kan udleveres en mappe med skemaerne samt en blyant og en lineal til alle gruppedeltagerne ved starten af alle møder i gruppen. Hvis man anvender skalaerne elektronisk, kan gruppedeltagerne instrueres i at udfylde skemaerne på en computer eller tablet (som f.eks. iPad) inden gruppeterapien

starter. GSRS anvendes på samme måde som ved individuelle samtaler ved afslutningen af gruppesessionen. Deltagerne kan få hjælp til at lære at udfylde og beregne deres egne scorere med henblik på at spare tid, eller kan udfylde skemaerne elektronisk.

Når det gælder fortolkningen af scorerne og brugen af de forskellige statistiske beregninger, gælder det samme i arbejdet med grupper, som i arbejdet med den individuelle klient. Det kliniske cutoff er således 25 for voksne (18 år og opefter), 28 for teenagere (13-17 år) og 32 for børn (6-12 år). Scorer under det kliniske cutoff er karakteristisk for mennesker, som søger hjælp. En indledende klientscore over den kliniske cutoff er almindeligt, når klienten ikke oplever at være forpint, når klienten er tvunget til at deltage i behandling, eller søger hjælp i forhold til et enkelt, isoleret problem. Den kliniske cutoff på GSRS er 36. Ved at anvende og tale om GSRS-scoren, skabes der et fokus på og gives mulighed for at tage hånd om alliance og samhørighedsproblemer blandt de enkelte gruppemedlemmer og i gruppen som helhed.

I almindelighed gælder det, at:

- GSRS-scorer, som starter lavt og forbliver lave, er forbundet med højere dropout rater samt et ringe eller negativt udbytte af behandlingen.
- GSRS-scorer, som starter højt og forbliver høje, associeres med et positivt udbytte af behandlingen.
- GSRS-scorer, som starter lavt, men forbedres, associeres med lavere dropout rate og et større udbytte af behandlingen.
- GSRS-scorer, som starter højt, men som falder, er forbundet med højere dropout rater samt et ringe eller negativt udbytte af behandlingen.

Nøglen til en effektiv anvendelse af ORS og GSRS i grupper er at sikre, at processen faciliterer en åben dialog mellem gruppedeltagerne og gruppelederne. I arbejdet med ORS, kan deltagerne ved håndsoprækning give udtryk for, om ORS er blevet bedre, om det er det samme, eller om den eventuelt er faldet siden sidste session. Gruppelederen kan herefter bede deltagerne om at beslutte, hvad der skal arbejdes med først.

I arbejdet med GSRS kan gruppelederen på samme måde bede deltagerne fortælle, om deres score er over eller under cutoff. De, som scorer højere end 36, kan opfordres til at fortælle, hvad de oplevede, fungerede godt i gruppen, mens de, som scorede under cutoff, kan fortælle, hvad de savnede ved gruppens arbejde i dag. Af hensyn til både tidspres og de bekymringer, som nogle gruppedeltagere kan have for at give en negativ feedback til gruppen eller til de andre gruppedeltagere, bør gruppelederen følge individuelt op på alle, som scorer under 36 på GSRS efter gruppesessionen.

Case-eksempel

Susan er gruppeleder i en terapigruppe for mennesker, der kæmper med depression. Gruppen mødes en gang om ugen. Susan beslutter sig for at anvende ORS og GSRS. Ved det første møde i gruppen giver hun hver deltager en mappe, en lineal, en blyant, papirversioner af ORS og GSRS samt en graf til at føre scoren ind på.

Susan forsøger at skabe en "feedback-kultur" ved at forklare, hvordan skemaerne fungerer, samt betydningen af at holde øje med og registrere deres oplevelse af effekt af gruppen og følge op på alliancen med henblik på, at gruppen bliver til hjælp for alle deltagerne.

Da alle har udfyldt skemaerne, taler Susan med gruppen om deres scorer, idet hun beder deltagerne tale om de områder, som i særlig grad har betydning for dem.

Ved gruppens afslutning introducerer Susan GSRS, og beder deltagerne kommentere deres egne scorer. Susan er især opmærksom på dem, hvis score ligger under den kliniske cutoff. Hun anvender gruppens feedback til at tale med gruppen om, hvordan processen i gruppen kan forbedres. Ved de efterfølgende gruppemøder gør de det samme. Feedback i forhold til effekt og alliancen bruges til at skabe fokus på og forbedre de enkelte gruppemedlemmers oplevelse af gruppen.

3. FIT i længerevarende terapeutiske forløb

Som vi beskrev i Manual 1, viser omfattende forskning, at en behandlingsindsats, som ender med at lykkes, vil vise positiv effekt tidligt snarere end senere i forløbet. Hvis der ikke sker en fremgang tidligt i behandlingen, forbindes det med en større sandsynlighed for, at behandlingen afsluttes uden signifikante forbedringer af klientens funktionsniveau. Samtidig viser den forskning, som vi omtalte i Manual 4, at der kan forekomme væsentlige variationer fra klient til klient i forhold til, hvornår forandring sker. Sagt på en anden måde, oplever nogle klienter en bedring hurtigt, mens andre bruger lidt længere tid (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen og Nielsen, 2009).

At kunne balancere mellem forventningen om en tidlig positiv effekt og en opmærksomhed på individuelle variationer i forandringshastighed, er en vigtig klinisk færdighed. I alle tilfælde er samarbejde nøglen til succes, idet klientens oplevelse sammenholdes med de etablerede normer. Ved løbende at "tjekke af" med klienten, viser man en respekt og interesse. Vi vil igen minde om, at formålet med at få feedback ikke er at accelerere hastigheden af forandring, men snarere at tilpasse behandlingen til den enkelte klient.

Anvendelse af ORS i forhold til at identificere effekt i længerevarende behandlingsforløb kan give anledning til et antal udfordringer. For eksempel vil det ofte ændre sig med tiden, hvad klienten oplever som væsentligt at arbejde med. Et indledende fokus på et specifikt problem eller mål baner måske vejen for et nyt. En klients oplevelse af hans eller hendes overordnede velbefindende ændres måske i takt med, at der arbejdes med mere udfordrende eller komplekse temaer i klientens liv. Klienter, som starter med at have ganske lave forventninger til effekten af behandlingen, ændrer måske deres opfattelse af, hvad der vil være et godt resultat af behandlingen i takt med, at de oplever en positiv effekt.

Hos en del klienter kan scoren på ORS falde eller stagnere, samtidig med at de giver udtryk for fremskridt fra samtale til samtale. Det kan være fristende at bruge mindre tid på at tale om scorer, som når et "plateau", eller som forbliver på et bestemt niveau. Ofte er klientens score på ORS og SRS i overensstemmelse med deres beskrivelser af effekten og processen, andre gange vil det være i konflikt med deres beskrivelser. I sådanne tilfælde, er det af afgørende betydning at tjekke af med klienten, om redskaberne afspejler klientens oplevelse af fremskridt og alliance.

Case-eksempel

Carl bliver henvist af sin læge til behandling for sine mangeårige problemer med agorafobi. Hans score på ORS falder fra 14.3 til 6 i løbet af 8 sessioner, samtidig med at hans SRS score ligger over cutoff. Da behandleren spørger Carl om, hvad der kan forklare den faldende score, begrundet han det med tiltagende konflikter i sit ægteskab. Carl giver tillige udtryk for, at den faldende score på alle 4 områder skyldes, at konflikterne påvirker alle områder i hans liv.

På trods af flere samtaler og et nyt fokus i behandlingen forbliver Carls score lav. Da Carl giver udtryk for en begyndende tvivl om, hvorvidt behandlingen kan være ham til hjælp, tager behandleren initiativ til en drøftelse af SRS. Hvordan kan Carl blive ved med at score sessionerne så højt i betragtning af den tvivl, som han har om processen? Efter at have set sine markeringer på SRS, giver Carl udtryk for, at selv om han ikke er sikker på hvordan, er det hans fornemmelse, at der er brug for en tilpasning af måden de samarbejder på. Carl og behandleren undersøger sammen, hvad der kan øge Carls oplevelse af, at behandlingen er på rette vej. Dette fører dog kun til få og små nye ideer, og ORS-scoren forbliver lav ved de næste 5 sessioner.

Til sidst vender behandleren tilbage til et tidligere forslag om at tage sammen til et nærliggende indkøbscenter med henblik på at prøve ”eksponering i virkeligheden”. Selv om han har vægret sig ved tanken, da ideen første gang blev præsenteret, giver Carl udtryk for, at han er villig til at prøve det. Adskillige måneder senere – og i forlængelse af en væsentlig fremgang – giver Carl udtryk for, at uden samtalerne om den lave ORS- og høje SRS-score, ville han ikke have været villig til at risikere at besøge indkøbscentret. Det var en erfaring, som han betragtede som værende af central betydning for hans fremgang, og uden den ville han formentlig have afbrudt behandlingen.

Kommentar:

Samtaler om manglende fremgang eller problemer i alliancen fører ikke altid til, at man udvikler ideer til at korrigere i samarbejdet. Nogle klienter har brug for tid til at tænke og til at prøve ting af. Andre finder måske aldrig frem til en specifik vanskelighed i den terapeutiske alliance, som er årsagen til den manglende fremgang. I sådanne tilfælde bliver behandleren nødt til at fokusere mere på processen og mindre på indholdet, og anvende måleredskaberne som en fælles referenceramme i samtalerne, snarere end et redskab til at finde retning i behandlingen.

Case-eksempel

Sabina har deltaget i flere behandlingsforløb uden at få hjælp til at håndtere sine humørsvingninger, hvorfor hun udtrykker skepsis i forhold til at indlede

endnu et behandlingsforløb. Hun har erfaret, at ingen behandler endnu har forstået hende, men hver gang i stedet er endt med at presse hende til at tage medicin eller deltage i en eller anden form for "koncept-behandling". Hun fortæller, at det er sket mere end en gang, at en behandler har prøvet at slippe af med hende, når hun nægtede at deltage i "noget dumt", som de foreslog.

Det var derfor ikke underligt, at Sabrina var tilbageholdende i forhold til at anvende ORS og SRS. Efter en omhyggelig drøftelse af formålet med skalaerne indvilliger hun dog i at anvende dem "på forsøgs basis".

De første 10-12 sessioner er hende til stor hjælp. Sabrina fortæller om forskellen mellem den nuværende behandling og de tidligere oplevelser, og fremhæver, hvordan skalaerne hjælper hende til at modvirke dødvande og til at føle sig forstået. Efterfølgende begynder hendes ORS-scorer at ændre sig, nogle gange svinger den med mere end 15 point fra samtale til samtale. Sabrina fastholder, at grafen meget præcist repræsenterede hendes oplevelser, hvor høje scorer viser, at hun er virkelig glad, og lave scorer er en reaktion på oplevelser, der efterlader hende med følelsen af stor håbløshed.

De næste 30 samtaler har fokus på at hjælpe Sabina med at regulere sine følelser, at "holde fast i det gode, midt i det svære". Med tiden bliver de store udsving i hendes score på ORS mindre, og hendes gennemsnitlige score bevæger sig højere op og ind i det ikke-kliniske område, over cutoff.

Når hun ser tilbage på forløbet, giver Sabrina udtryk for, at et fokus på hendes scorer ved hver session har bidraget til hendes fremgang, og har hjulpet hende til at acceptere de intense følelsers flygtige natur, og til at lade sig påvirke mindre af "op- og nedturene". Fra at svinge mellem overstadighed og fortvivelse, oplever hun, at hun ikke længere føler, at hun bliver defineret af sine følelser på et givent tidspunkt, men i stedet endelig føler sig mere afbalanceret.

4. FIT i specifikke terapeutiske kontekster

A. Flere samtidige behandlere

Det er almindeligt forekommende, at klienter deltager i flere behandlingstilbud inden for den samme organisation eller behandlingskontekst. En klient kan for eksempel modtage individuel rådgivning og samtidig deltage i gruppebehandling, samt have samtaler med en tredje behandler (f.eks. psykiater eller socialrådgiver). I sådanne situationer er det fortsat vigtigt at anvende effekt- og allianceredskaber, men det kan naturligvis være mere kompliceret. Løsningen på dette er koordinering; hvornår skal skalaerne anvendes, af hvem, og hvordan forvaltes adgangen til resultaterne?

ORS blev oprindeligt udviklet til at skulle anvendes ved hver samtale eller ”service-enhed (f.eks. en uge)”. Samtidig vil det være ødelæggende for anvendeligheden af skemaerne, hvis de gives til klienten mere end en gang om ugen. Dette vil kunne føre til, at klienten bliver træt af den konstante effektmåling, og det vil også kunne betyde, at klientens score på ORS mere vil afspejle hverdagens almindelige svingninger, snarere end en stabil forandring over tid. For at undgå disse komplikationer bør organisationer, som tilbyder forskellige ydelser, leveret af forskellige behandlere, anvende ORS til at registrere klientens samlede fremgang, frem for en enkelt behandlers eller ydelses effekt. Situationen svarer til en hospitalskontekst, hvor forskellige behandlere leverer forskellige ydelser, og hvor alle har adgang til undersøgelsesresultater vedrørende patientens samlede helbredssituation og funktionsniveau.

Her følger nogle ideer til, hvordan man kan koordinere anvendelsen af FIT-redskaberne i en kontekst, hvor flere deler behandlingsopgaven:

- Nogle institutioner anvender elektroniske systemer, som gør det muligt at forbinde alle behandlere med klientens resultater på ORS og SRS, hvilket gør det muligt at udveksle information om ORS- og SRS-scorer.
- Der bør være klare retningslinjer, så behandlerne ved, hvornår de skal anvende redskaberne, og hvem der er ansvarlig for at indsamle data, og tale med klienten om deres feedback.
- En nøgleperson / hovedansvarlig tildeles opgaven at være ansvarlig for at varetage administration af redskaberne med klienten, samt orientere de øvrige behandlere / tilbud om klientens fremgang, og drøfte og videregive information om eventuelle behov for at tilpasse behandlingen til klienten.
- En særlig gruppe kan varetage opgaven at sikre administration og drøftelse af ORS og SRS. Resultaterne sammenfattes og skrives ind i klientens

journal, og der gives adgang til alle i organisationen, som er involveret i klientens behandling.

- Man kan spørge klienten, om han eller hun ser andre behandlere i organisationen, og om redskaberne anvendes sammen med denne behandler. Sammen med klienten besluttet det, hvilken behandler, der skal være ansvarlig for administration af redskaberne.
- Hvis organisationen benytter et elektronisk system til håndtering af data (f.eks. fit-outcomes.com, OpenFIT, myoutcomes.com), kan systemet give alle behandlere adgang til data for organisationens klienter gennem et fælles login. Sådanne systemer gør det nemmere at dele informationer om fremskridt og alliance, når klienten bevæger sig mellem forskellige behandlere eller programmer.

B. Intensiv dagbehandling, døgnbehandling.

FIT anvendes med god effekt i mere intensive behandlingskontekster, herunder dagbehandling, døgnbehandling og i afgiftningsforløb. Som tidligere nævnt må hyppigheden af redskabernes administration i sådanne kontekster overvejes. ORS er udviklet til at registrere udvikling, ikke klientens oplevelser fra dag til dag. Skalaerne kan anvendes individuelt eller i en gruppe, idet ORS anvendes ved ugens start, og SRS ved ugens slutning.

Anvendelse af effekt- og allianceredskaberne i en afgiftningskontekst kan indebære særlige udfordringer. Hvornår det er det rette tidspunkt at introducere redskaberne til en klient under afgiftning er en vigtig overvejelse. Længden af opholdet kan variere fra få dage til flere uger afhængig af typen af misbrug og klientens helbredstilstand. Kliniske erfaringer indikerer, at administration af ORS og SRS med klienter i en akut afgiftningsfase ofte ikke er meningsfuldt. I de akutte stadier af afgiftningen oplever mange et invaliderende omfang af fysiske symptomer og et varierende omfang af kognitive vanskeligheder. Når dette er sagt, vil de fleste være i stand til at udfylde redskaberne indenfor 48 timer efter indskrivningen.

Det anbefales at anvende ORS inden udskrivning eller overførsel til andet behandlingstilbud. Information om omfanget af forandring og klientens aktuelle funktionsniveau kan bidrage til beslutning omkring den videre behandlings omfang og intensitet.

Case-eksempel

En kvinde med et stofmisbrug henvises til det lokale stofbehandlingstilbud med henblik på afgiftning. Efter 48 timer er klientens akutte abstinenser aftaget, og behandleren introducerer klienten for ORS. Under samtalen med klienten taler de om hendes score. Behandleren bliver opmærksom på, at klientens primære

udfordring i forbindelse med udskrivning er, at hun at hun mangler et sted at bo. Dette fokuserer de på, og klienten bliver meget glad, da det lykkedes at finde et sted at bo, hvor behandlerne er villige til at tage imod kvinden, når hun udskrives fra afgiftningsbehandlingen.

Under den resterende del af klientens indskrivning, deltager hun i en række tilbud, herunder i en recovery-gruppe og i akupunkturbehandling. ORS og SRS bliver anvendt jævnligt, og behandlerne taler med klienten om både fremskridt og om behov for at løse eventuelle vanskeligheder i samarbejdet mellem hende og behandlerne.

Efter 10 dages indskrivning bliver der afholdt et statusmøde, hvor ORS og SRS bliver anvendt. ORS-scoren indikerer, at klienten fortsat har det rigtig svært, og hun tilbydes derfor en mere intensiv behandlingsindsats, hvilket hun accepterer.

C. Ambulant behandling

FIT anvendes i stort omfang i ambulant behandling. Oftest administreres ORS og SRS i et mindre omfang end ved intensiv dagbehandling eller i forbindelse med døgnindskrivning, for at undgå ”evalueringstræthed”. Hvor ofte skal ORS og SRS administreres? Svaret er højest en gang om ugen, ORS ved ugens begyndelse og SRS ved dens afslutning.

Visse behandlere udtrykker betænkelighed ved at anvende redskaberne ved den første samtale, idet de er bekymrede for, at skalaerne står i vejen for udvikling af en relation til klienten. Forskning og klinisk erfaring indikerer noget andet. Ved at introducere ORS og SRS tidligt i samarbejdet, etableres en feedback-kultur, som styrker alliancen, ligesom chancen for en succesfuld effekt øges. Ved den første samtale registreres start-scoren (baseline score), som den fremtidige fremgang og udviklingen af alliancen holdes op mod. Dette beskrives i flere detaljer i Manual 2.

D. Opsøgende arbejde

Enkeltheden i administration af ORS og SRS-skalaerne gør dem tillige ideelle til brug i kontekster som opsøgende arbejde. Forskellige ideer til administration af skalaerne uden for traditionelle behandlingskontekster inkluderer:

- Kreativ tilpasning til situationen, f.eks. en reduktion af skalaerne til en papirstørrelse, som kan medbringes i lommen.
- Mundtlig administration af ORS og SRS.
- Opbevaring af klientscorer i en lille notesbog.
- Finde et stille hjørne i en park til at tale med klienten om ORS og SRS.
- Anvende et elektronisk system til administration af FIT på smartphone, iPad eller andre tablets.

Forskning peger på at folk bibeholder viden bedre, når de får deres viden afprøvet. Tag et øjeblik og besvar de følgende 10 spørgsmål. Hvis du svarer forkert på et par stykker, kan du gå tilbage og genlæse det afsnit, spørgsmålet drejer sig om. Om en uge kan du tage quizzen igen og genopfriske det, du har lært.

11. Cutoff for Gruppe Session Rating Scale (GSRS) er:

- e. 26
- f. 32
- g. 36
- h. Der er endnu ikke fundet en cutoff for GSRS

12. Når klienten indgår i flere forskellige tilbud, hos forskellige behandlere inden for organisationen:

- f. Er det for kompliceret at arbejde med ORS og SRS
- g. Anvendes ORS og SRS ikke, da effektmåling ikke er valid, når mere end en behandler er involveret
- h. Er koordinering af dataindsamling afgørende
- i. Må effektmåling af den enkelte behandlers arbejde vige, til fordel for måling af effekten af institutionens samlede tilbud
- j. Både a og c
- k. Både c og d

13. Når ORS og SRS administreres i samarbejde med klienter med alvorlige og langvarige psykiatriske lidelser, er uoverensstemmelser mellem klientens udfyldelse af ORS / SRS og behandlerens observationer:

- a. En indikation af redskabernes manglende validitet i arbejdet med disse populationer.
- b. Ofte relateret til klientens diagnose.
- c. Tegn på at klienten er psykotisk, og ude af stand til at vurdere, hvordan han / hun har det i forhold til spørgsmålene på ORS samt til at vurdere oplevelsen af behandlingen.
- d. Alle ovenstående.
- e. Ingen af ovenstående.

14. Hvis klienten ikke kan læse eller skrive eller har kognitive begrænsninger:

- e. Anvendes ORS og SRS ikke.
- f. Kan ORS og SRS administreres mundtligt.

- f. Kan ORS og SRS-versionerne, som er beregnet til børn, anvendes i stedet for voksenversionerne.
- h. b og c.

15. Når FIT anvendes i samarbejdet med klienter, som er tvunget i behandling (mandated), er det vigtigt for behandleren at være opmærksom på at:

- e. Tvungne klienter sjældent oplever en effekt af behandlingen.
- f. Tvungne klienter ofte scorer under cutoff på ORS.
- g. Det er næsten umuligt at fastholde denne populations engagement i behandlingen.
- h. Fastholdelse af disse klienters engagement er nøglen til effekt af samarbejdet.

16. Klienter i misbrugsbehandling har ofte en tendens til:

- f. At få det værre, hvis deres ORS-score er over cutoff ved indskrivning.
- g. At opleve effekt ved de første få samtaler, men herefter ikke.
- h. At opleve effekt uanset om deres ORS-score ved indskrivning er over cutoff eller ej.
- i. Ingen af ovenstående.

17. Ved indskrivning i døgnbehandling for misbrugs:

- f. Administreres ORS og SRS kun ved ind- og udskrivning.
- g. Administreres ORS ikke.
- h. Kan ORS administreres, når de akutte abstinenser ophører, typisk efter 48 timer.
- i. Administreres ORS først ved udskrivning.

18. Hvilke af følgende udsagn er sande i arbejdet med klienter, som er blevet udsat for vold:

- e. Offeret skal ikke udfylde ORS, fordi det vil indikere, at der er noget i vejen med offeret.
- f. En klient dømt til behandling bør ikke udfylde ORS, da han / hun næppe vil tale sandt.
- g. ORS kan anvendes til at undersøge mål for samarbejdet, men rettens mål bør indtænkes.
- h. ORS kan anvendes til at undersøge den dømtes mål for behandlingen, men ikke rettens eller offerets.

19. Ved indskrivning i døgnbehandling anbefales det at:

- e. ORS og SRS administreres ved ind- og udskrivning.
- f. ORS administreres ved ugens begyndelse, og SRS administreres ved ugens afslutning.
- g. ORS administreres ved dagens begyndelse, og SRS ved dagens afslutning.
- h. Ingen af ovenstående.

20. FIT-praktikere kan blive mere kulturelt sensitive ved at:

- e. Opsøge viden om hvordan forskning og effektmåling forstås fra marginaliseredes perspektiv.
- f. Deltage i et kursus om kulturelle kompetencer.
- g. Undersøge, hvilken mening de forbinder med redskaber som ORS og SRS.
- h. Alle ovenstående.

SVAR

- 1. c
- 2. f
- 3. d
- 4. d
- 5. d
- 6. c
- 7. c
- 8. c
- 9. b
- 10. d

FAQ (ofte stillede spørgsmål)

Spørgsmål:

Er der en gruppe-ORS?

Svar:

Nej, ORS er et redskab til måling af den enkelte klients omfang af forpinthet, uanset om han eller hun er i en gruppe eller ej. Hvis man ønsker at undersøge effekten af arbejdet med en specifik gruppe (f.eks. hvor effektiv angst- og depressionsgruppen er), vil dette kunne gøres ved at lægge gruppemedlemmernes score sammen, med henblik på at udregne en gennemsnitsscore for gruppen. I elektroniske datasystemer kan man typisk udskille data separat fra specifikke gruppetilbud.

Spørgsmål:

Hvorfor er der ingen tal på skalaerne?

Svar:

Der er ingen tal på skalaerne, fordi tal påvirker hvordan mennesker forstår og fortolker ting. Både ORS og SRS er visuelle, analoge skalaer. Sådanne skalaer oversætter et begreb til en enkel visuel repræsentation. Ved ORS og SRS for voksne er det visuelle symbol en 10 cm. linje. Ved YCORS og YCSRS (for helt små børn) anvendes ansigter.

Spørgsmål:

Er det i orden at lade klienter skrive tal på skalaerne, for at vise hvordan de har det? Nogle af mine klienter skriver tal på skalaen, selv efter at jeg har forklaret, hvordan de skal udfylde den. Hvordan undgår jeg, at mine klienter skriver tal på skalaerne? Hvorfor kan jeg ikke bare skrive tal på skalaerne?

Svar:

Behandleren bør ikke skrive tal på skalaen. Dels er det et brud på licensbetingelserne, men mere vigtigt er det, at det påvirker redskabernes pålidelighed. En måde at hjælpe klienten til at forstå, hvordan redskabet skal udfyldes, er at have et eksempel på en udfyldt ORS og SRS, som kan vises til klienten. Når det er sagt, hvis en klient sætter tal på skalaen, så anvend klientens tal, når redskabet tælles sammen. Et alternativt er at bruge en lineal til at måle, hvor klienten har sat tallet, og tale med klienten om forskellen mellem tallets placering og den målte score. Husk, at ORS og SRS primært har til formål at engagere klienten i en dialog om behandlingen.

Spørgsmål:

Må jeg tilføje flere spørgsmål til ORS, for at måle udvikling i forhold til andre specifikke emner eller problemer, f.eks. spørge ofre for vold om deres oplevelse af sikkerhed eller misbrugsklienter til deres tro på at forblive stoffri?

Svar:

Behandleren må, som tidligere nævnt, ikke ændre i ORS eller SRS. Der er imidlertid intet til hinder for, at behandleren anvender andre specifikke redskaber ved siden af arbejdet med ORS og SRS.

Spørgsmål:

Er ORS og SRS tilgængelig på andre sprog?

Svar:

Ja, voksen, børne-, småbørns- og gruppeversioner af ORS og SRS er blevet oversat til mange forskellige sprog. De oversatte redskaber kan downloades på hjemmesiden: www.centerforclinicalexcellence.com.

Spørgsmål:

Bør jeg begynde at anvende ORS og SRS med klienter, som jeg allerede har arbejdet med et stykke tid?

Svar:

Vær forsigtig med det. Hvis man har en klient, som har været i behandling et stykke tid, og som beklager sig over manglende fremskridt eller en problematisk alliance, kan det være hjælpsomt at begynde at anvende skalaerne som en systematisk måde at have en dialog om dette på. Hvis klienten imidlertid ikke beklager sig, og der i øvrigt sker fremskridt i samarbejdet, kan introduktion af skalaerne være forstyrrende. Ved at begynde at anvende ORS og SRS i forløb, som allerede har været i gang et stykke tid, kan de forventede forandringskurver (ETR) ikke længere anvendes.

Spørgsmål:

Er det tilrådeligt at introducere ORS og SRS til klienter, som møder til samtale i oprevet tilstand?

Svar:

Nogle behandlere kan være bekymrede for, at introduktion af skalaerne til klienter i en sådan tilstand er forstyrrende. Også her viser forskning og klinisk erfaring noget andet. Jo mere komfortabel en behandler er med redskaberne, jo nemmere er det for behandleren at arbejde med skalaerne i en situation, hvor klienten er meget følelsesmæssigt berørt. F.eks. er ansatte ved alarmcentraler i stand til at få en tilstrækkelig detaljeret information, til at kunne tilvejebringe den nødvendige hjælp. På samme måde kan behandlere anvende ORS til at opnå

information fra klienter, som er meget berørte følelsesmæssigt, og anvende informationen til at tage hånd om deres umiddelbare behov. Hvis papirversionen eller elektronisk administration af skalaerne er vanskelig i situationen, kan den mundtlige version anvendes.

Anbefalet litteratur om arbejdet med marginaliserede grupper:

- Adams, M., Blumenfeld, W. J., Castañeda, C., & Hackman, H. W. (Eds.). (2010). *Readings for diversity and social justice* (2nd Ed.). New York: Routledge.
- Jackson, V. (2002). In our own voice: African-American stories of oppression, survival and recovery in mental health systems. *International journal of narrative therapy and community work*, 2, 11-31.
- McGoldrick, M., & Hardy, K. V. (Eds.). (2008). *Revisioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Monk, G. D., Winslade, J. M., & Sinclair, S. L. (2008). *New horizons in multicultural counseling*. Thousand Oaks: Sage.
- Parker, I. (2007). *Revolution in psychology: Alienation to emancipation*. London: Pluto Press.
- Rothman, J. C. (2008). *Cultural Competence in Process and Practice: Building Bridges*. Boston: Allyn & Bacon.
- Smith, L. (1999). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*. London & New York: Zed Books.

Referencer

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D., Olsen, J.A., & Nielson, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203–211.
- Burlingame, G.M., McClendon, D.T., eobald, D., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48, 34–42.
- Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2007) e Group Session Rating Scale. Chicago, IL: International Center for Clinical Excellence. <http://centerforclinicalexcellence.com/performance-measures/>
- Imel, Z.E., Wampold, B.E., Miller, S.D., & Fleming, R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533–543.
- Jackson, V. (2002). In our own voice: African-American stories of oppression, survival and recovery in mental health systems. *International journal of narrative therapy and community work*, 2, 11–31.
- Mee-Lee, D.A., McLellen, T., & Miller, S.D. (2009). What works in substance abuse and dependence treatment. In Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (Eds.), *e heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd Ed.) (pp. 393–417). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R., & Brown, G.S. (2005). e Partners for Change, Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199–208.
- McRoberts, C., Burlingame, G.M., & Hoag, M.J. (1998). Comparative e cacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics*, 2, 101–117.
- Parker, I. (2007). *Revolution in psychology: Alienation to emancipation*. London: Pluto Press.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130–1145.
- Quirk, K., Miller, S.D., Duncan, B.L., & Owen, J. (in press). Group Session Rating Scale: Preliminary Psychometrics. *Counselling and Psychotherapy Research*.
- Smith, L. (1999). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*. London & New York: Zed Books.
- Wampold, B.E. (2001). *e great psychotherapy debate: Models, methods, and ndings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Implementering af Feedback Informed Treatment på arbejdspladser og i organisationer

Introduktion

I denne manual udforskes implementering af Feedback Informed Treatment (FIT) på arbejdspladser, i organisationer og i behandlingssystemer. Målet er at vejlede organisatoriske medarbejdere igennem implementeringsprocessen. For hvert stadie af implementering gives praktiske strategier i forhold til forberedelse, planlægning og vedligeholdelse. Denne manual indeholder også en udforskning og diskussion af potentielle udfordringer, såvel som forslag til at løse de mest almindelige vanskeligheder, som opstår når man implementerer FIT i kliniske kontekster. Manualen afsluttes med (1) En kort quiz, (2) Ofte stille spørgsmål (FAQ) og (3) en liste af referencer.

Oversigt

Vellykket implementering af FIT kræver tid og planlægning. En plan signalerer et engagement i at kunne vise effekten af sit arbejde, ansvarlighed omkring resourceforbrug og at der kommer en effekt af de penge, der investeres. Selvom fordelene ved FIT er blevet dokumenteret i adskillige randomiserede kliniske studier, præsenterer det at implementere FIT i kliniske arbejds kontekster adskillige udfordringer. Forskning og erfaring tilbyder indsigt i processen, såvel som praktiske strategier for at sikre succes. Udfordringer og mulige løsninger adresseres i denne manual i fem dele:

1. Oversigt over implementering på arbejdspladser og i organisationer
2. Udforskning
3. Installation
4. Begyndende implementering
5. Fuld implementering

Hver del repræsenterer en vigtig komponent af implementering. Arbejdspladser og organisationer opfordres til at være grundige i deres gennemgang af delene, og bør tage tid til fuldt at reflektere over baggrundsinformationerne og anbefalingerne. De bør derudover reflektere over det engagement, der er nødvendigt for både vellykket implementering og vedligeholdelse af implementeringen over længere tid.

1. Oversigt over implementering på arbejdspladser

Implementering består af et specifikt sæt af målrettede aktiviteter på praksis-, program- og systemniveau, designet til at etablere et program eller en intervention med fidelitet. Implementering involverer ofte etablering, re-definition og skift i kultur. I organisationer og på arbejdspladser kan det være vanskeligt at ændre denne kultur fra status quo, men det er nødvendigt for succesfuldt at kunne implementere enhver given innovation (Bertolino, 2011). Succesfuld implementering af FIT er en proces, som kræver planlægning, tålmodighed, engagement og støtte. I deres gennemgang af implementering i offentligt terapi- og behandlingsarbejde siger Bohanske og Franczak (2010):

“Tænk evolution, ikke revolution. Offentlige terapi- og behandlingsorganisationer er blandt de mest regulerede og kontrollerede enheder i sundhedssektoren. De er i et afhængighedsforhold til talrige interessenter og tilsynsmyndigheder. Grundlæggende ændringer i programmer og procedurer vil derfor sandsynligvis provokere modstand fra højest til lavest i organisationen” (s. 313).

En vej til at forstå, hvordan nye ideer eller praksisser (innovationer) adopteres i organisationer (sociale systemer) finder vi i Rogers (2003). Han identificerer fem egenskaber ved nye ideer eller praksisser, som kan påvirke ”adoption-raten”. Succesfulde arbejdspladser overvejer disse egenskaber, når de designer en implementeringsplan. Rogers’ fem egenskaber gennemgås i det følgende, sammen med eksempler på hvordan hver egenskab informerer planlægning og implementering af FIT:

1) Relative fordele:

I hvilken grad den nye idé/praksis opleves som bedre, end den idé/ praksis den erstatter. Planlægningsdokumenter og implementeringsprocesser skal adressere mangler ved den nuværende praksis (f.eks. drop-out rater, manglende er ujævn effektmåling, effektmålingsredskaber som tager tid fra klinisk arbejde eller som ikke er anvendelige i klinisk praksis, osv.) og skal beskrive hvordan adoptionen af FIT vil bidrage med forbedringer. Hvis arbejdspladsens medarbejdere (f.eks. ledere, mellemledere, behandlere) kan se den relative fordel ved den nye praksis, er dette positivt sammenhængende med adoption af den nye praksis.

2) Kompatibilitet:

Hvorvidt den nye praksis er kongruent med nuværende organisatoriske og individuelle værdier og med de oplevede behov i organisationen. Planlægningsdokumenter og implementeringsprocesser skal adressere, i hvilken grad FIT praksis er kongruent med nuværende krav, missioner og/ eller visioner, strategiske planer, nuværende trends i globalt terapi- og behandlingsarbejde, faglig etik, initiativer i forhold til faglig udvikling, akkreditering/ licenseringskrav, og forbedret effekt (effektivitet) for klienter. Jo højere grad af kompatibilitet af den nye praksis i forhold til de nuværende værdier, og jo mere den nye praksis opleves at adressere behov i organisationen, jo større er sandsynligheden for adoption.

3) Komplexitet:

Nye praksisser, der opleves som for komplekse, bliver med mindre sandsynlighed adopteret. Planlægningsdokumenter og implementeringsprocesser relateret til FIT skal adressere spørgsmål relateret til ligheder med nuværende praksisser, f.eks. hvor der findes passende muligheder for træning og integrationsstøtte (f.eks. coaching, kompetence-baseret supervision, osv.), hvor realistisk tidshorisonten for implementering er, hvordan implementeringen skal foregå på tværs af organisationen, for at maksimere træning og ressourcer, muligheder for at give formel feedback relateret til implementeringsprocessen, muligheden for at få tilgang til ”praksisfællesskaber” (f.eks. grupper af mennesker, som deler en fælles optagethed af eller passion for noget de gør, og hvordan de kan gøre det bedre i et fællesskab hvor de har regelmæssig kontakt), og adgang til træningsmaterialer (f.eks. videoer, manualer, forskningsdokumenter, artikler, osv.).

4) Afprøvningsmuligheder:

Hvor stor mulighed, der er for at eksperimentere med og afprøve den nye praksis, har stor betydningen for, hvor succesfuld den efterfølgende adoption er. Jo større mulighederne for afprøvning er, jo større er sandsynligheden for succesfuld adoption. Planlægningsdokumenter og implementeringsprocesser relateret til FIT, skal adressere specifikke behov for trænings- og integrationsstøtteprocesser. Disse etableres for at sikre, at der er mulighed for at udvikle færdigheder indenfor FIT, før klinikere forventes at bruge og integrere løbende effektmålings- og alliancemålingsredskaber, ligesom der skal være mulighed for at adressere de spørgsmål til praksis, der dukker op igennem kompetence-baseret supervision og i ”praksisfællesskaber”.

5) Observerbarhed:

I hvor stor udstrækning resultater af den nye praksis er synlige for en selv og andre, påvirker den efterfølgende adoption. Både klienter og behandlere har brug for at se nytten af effektmålings- og alliancemålingsredskaberne, i forhold til at forbedre behandlingen, for dermed at sikre, at klienterne giver valide svar. Planlægningsdokumenter og implementeringsprocesser skal adressere, hvordan FIT praksis bidrager til bedre resultater, herunder den løbende mulighed for identifikation af sager i risiko for ingen eller negativ effekt, muligheden for en enkel/ ikke tidskrævende indsamling af effektdata, muligheden for direkte feedback fra systemet (afhængig af hvilket data-indsamlingssystem, der implementeres), som kan guide klinisk praksis og udvikling/ evaluering af programmer, og muligheden for at sammenligne sine effektdata med normer for effekt baseret på store databaser.

Rogers fem egenskaber tydeliggør de ressourcer, graden af engagement, og den tid, der er nødvendig, for at skabe den nødvendige kulturændring i forhold til FIT. Vellykket implementering opnås sjældent, hvis nogensinde, i løbet af uger eller måneder. Deltagelse i workshops eller træninger er heller ikke tilstrækkeligt – hvor lange og udførlige de end måtte være. Fixsen et al. (2005) beskriver, at processen i en implementering forløber i fem stadier, som typisk varer flere år. Disse kan bruges som en køreplan for vellykket implementering.

De 5 stadier i implementering er:

1) Udforskning:

Primært spørgsmål: ”Er disse de rette måleinstrumenter på det rigtige tidspunkt?”

Udforskning involverer aktivt at overveje forandring: Indsamle viden om innovationen, vurdere kapacitet, opbygge konsensus og træffe beslutninger.

2) Installation:

Primært spørgsmål: ”Hvordan strukturerer vi dette så vi er succesfulde?”

Installation involverer at forberede implementering af den nye praksis: At lave de nødvendige justeringer af organisationens eller arbejdspladsens infrastruktur, udvikle træning og integrationsstøtte, og køre små pilot projekter.

3) Begyndende implementering:

Primært spørgsmål: ”Hvordan får vi tilgangen til at fungere i den ”rigtige verden”?”

Som overskriften antyder, er begyndende implementering, når kræfterne lægges i at lære at bruge og understøtte den nye praksis. I denne fase forventes

alle at benytte den nye praksis, og strukturer er etableret for at understøtte den nye praksis og løse de problemer, der måtte opstå.

4) Fuld implementering:

Primært spørgsmål: "Hvordan kommunikerer vi omkring den nye "norm"?".

I fuld implementering vil ændringer i politikker og praksisser reflekteres på alle niveauer af organisationen (ledelse, mellemledere, praktikere), og der er etableret mekanismer til at monitorere og sikre fidelitet. Man fokuserer på at holde sig opdateret med nye udviklinger relateret til den nye praksis, og integrerer disse løbende.

5) Vedligeholdelse:

Primært spørgsmål: "Hvordan holder vi det i gang og undgår at implementeringen går tabt"?

Vedligeholdelse involverer et løbende engagement i fidelitet og positive resultater. Det blev tidligere opfattet som et separat stadie, men i dag er man opmærksom på at vedligeholdelse bør adresseres på hvert af de ovenstående stadier (Blase, 2008; Duda, 2008).

Duda (2008) fremhæver at de fem stadier ikke nødvendigvis optræder i rækkefølge. Organisationer og behandlingssystemer kan finde det nødvendigt til tider at træde tilbage i processen. Meget få implementeringsplaner er i stand til at identificere og adressere alle udfordringer, der er forbundet med en fase, første gang man er i fasen. De fleste, for eksempel, har behov for at genbesøge konsensus-opbygning og installation flere gange før implementeringen er succesfuld.

Med Rogers (2003) og Fixsens (2005) arbejde i baghovedet, er følgende anbefalinger udformet, baseret på implementeringserfaringer i forhold til FIT fra ICCEs Certificerede Trænere og medlemmer fra forskellige kontekster rundt om i verden.

1. I stort set alle kontekster har der været behov for mindst 3 år (ofte op til 7 år), for at opnå fuld implementering af FIT og skabe lokale vedligeholdende mekanismer.
2. Det er essentielt for implementering, at ledelse og implementeringsteam modellerer og demonstrerer FIT principper i deres arbejde. Dette vil både skabe goodwill hos arbejdspladsens medarbejdere, og vil reducere forsvarsreaktioner i udforsknings- og installations faserne. Det er særligt afgørende at skabe en organisations-feedback kultur (se manual 2).

3. Modvilje mod at forandre sig eller inerti kan være meget stærke kræfter i organisationer. En beslutning om at bevæge sig fremad mod en fuld implementering af FIT praksis, som på sigt skal kunne vedligeholdes, kræver urokkeligt lederskab og villighed til at ændre implementeringsplanen undervejs.
4. Implementering af FIT praksis kræver ressourcer og økonomiske midler, som er fast forankrede i organisationens budget, ikke som et tidsbegrænset projekt. Det er afgørende, at være forberedt på, at der vil være behov for at gentænke roller, skemaer og tidsforbrug for en del af personalet i installation, træning og begyndende implementering. Ved at tage højde for dette, vil der være tid for personalet til at modtage træning og integrationsstøtte – begge disse vil kræve økonomisk støtte og/ eller tilpasning af arbejdsbyrde.
5. Når en beslutning er truffet om at starte en implementering, må der udvikles en skriftlig plan, som skitserer (1) de oplevede behov og bekymringer omkring status quo (hvad mangler, savnes i den nuværende måde at arbejde på), (2) de forventede gavnlige effekter af FIT i relation til disse behov og bekymringer, (3) en beskrivelse af, hvordan FIT vil understøtte en forbedring af behandlingstilbuddet (f.eks. behandlingsmæssig styring og effektmåling), (4) den planlagte implementeringsproces og (5) de planlagte vedligeholdelsesmekanismer.
6. Det er vigtigt at træne de behandlingsmæssige ledere (f.eks. mellemledere) og ledelsesteamet først, så hver af dem er bekendt med og har grundigt kendskab til ICCE Kerne Kompetencerne (se Appendix B).
7. Ved at integrere behandlingsmæssige ledere i træning af, og coaching af medarbejdere, vil man forøge adoptionen af FIT signifikant.
8. Ved at adressere ICCE Kerne Kompetencerne (se Appendix B) regelmæssigt igennem kompetence-baseret supervision, herunder klinisk konsultation, coaching sessioner og formelle supervisionssessioner, vil man støtte adoptionen af FIT.
9. Implementering i store systemer er sjældent vellykket. Mellemstore til store organisationer vil oftere lykkes bedre med en trin-for-trin implementering (også kaldet en trinvis udrulning), for at sikre, at der er passende ressourcer til træning og supervision, samt at vanskeligheder identificeres og adresseres med det samme. Typisk vil træning af grupper på op til 15-20 behandlere fungere bedst, fulgt af tre måneder med supervision hver anden ugen og periodiske opfølgende træninger.
10. Det er et must at have en tydelig kommunikationsstrategi for hele organisationen. At sikre at der er en plan for at alle bliver informeret igennem implementeringsprocessen, herunder også de teams, som ikke lige nu forbereder sig på at implementere FIT.

11. Brug FRIFM til at vurdere parathed til at implementere, fremskridt i implementeringsprocessen og fidelitet i forhold til FIT tilgangen.

Feedback Readiness Index and Fidelity Measure (FRIFM) – Feedback parathedsindeks og fidelitetsmåling.

Feedback Readiness Index and Fidelity Measure (FRIFM) er en parathedstjekliste og -evalueringsredskab for organisationer i terapi- og behandlingsorganisationer, som er særligt designet til at være et hjælperedskab i implementering af FIT. FRIFM adresserer seks områder, som hver især er vigtige organisatoriske komponenter, når man skal evaluere et systems parathed til at implementere FIT, eller hvis man skal evaluere fidelitet overfor FIT i behandlingsarbejdet.

De seks områder er:

- Område 1** – kliniske implikationer: Elementer relateret til behandlere/terapeuter: supervision af medarbejdere, uddannelse af medarbejdere.
- Område 2** – administrative/ledelsesmæssige implikationer: Elementer relateret til arbejdspladsens eller organisationens strukturer og niveau af engagement.
- Område 3** – informationssystemer / papirarbejde / dokumentation / IT: Elementer relateret til retningslinjer for dataindsamling.
- Område 4** – Lovgivningsmæssige- og akkrediteringsimplikationer: Elementer relateret til lovgivningsmæssige og akkrediterings enheder.
- Område 5** – Forbrugere / Borgere/ Klienter: Elementer relateret til forbrugere som interessenter.
- Område 6** - Finansiering: Elementer relateret til betalende instanser.

FRIFM afdækker detaljerede indikatorer for temaer/ situationer, som sandsynligvis vil hæmme succesfuld implementering af FIT praksis. Ved at udfylde instrumentet, kan ledere af arbejdspladser hurtigt og let:

- (1) Identificere et systems styrker og svagheder i relation til at anvende FIT.
- (2) Prioritere de områder, hvor der er behov for konsultation og træning.
- (3) Sætte de specifikke mål, som er nødvendige for succesfuld implementering af FIT og
- (4) måle fremgangen af implementeringsprocessen, og identificere barrierer i løbet af implementeringen.

Ved at anvende skalaen og derefter sammenligne svar fra det kliniske personale, mellemledere og ledere, kan man identificere og skabe diskussioner omkring

successer, udfordringer og barrierer i forhold til implementering af FIT. Det anbefales at FRIFM ikke bare bruges som et instrument til at evaluere parathed til at implementere FIT, men også som en metode til at evaluere, om alle nødvendige skridt og strukturer er på plads, for at understøtte FIT på arbejdspladsen igennem installations- og implementeringsfaserne. FRIFM dokumentet skaber et klart billede af, hvad det kræver, for at en arbejdsplads opnår ”fuld og holdbar implementering af FIT”. FRIFM og detaljerede instruktioner for anvendelsen af FRIFM findes i Appendix I.

2. Udforskning

Parathedsvurdering og strategisk planlægning (kortlægge territoriet)

Implementering af FIT begynder med en udforskning og vurdering af arbejdspladsens parathed og motivation i forhold til at implementere FIT. Mange faktorer kan påvirke implementering af en ny praksis, herunder sociale, økonomiske og politiske temaer og påvirkninger (Bohanske & Franczak, 2010; Fixsen et al., 2005). Forståelse af arbejdspladsens nuværende betingelser og kultur kan hjælpe i den strategiske planlægning. Som beskrevet tidligere, gør forskning og erfaringer det tydeligt, at succesfuld implementering af FIT ikke bare kræver et skifte i praksis, men i hele arbejdspladsens kultur (Bertolino, 2011). Jo mere grundig planen er, jo større er chancerne for succes.

De følgende afsnit dækker den vigtigste information, som bør overvejes i løbet af udforskningsfasen ved implementering af FIT. FRIFM bruges til at strukturere diskussionen og sætte fokus på de væsentlige faktorer, som sandsynligvis vil påvirke implementeringen i denne fase.

FRIFMs rolle i udforskningsfasen

Det er vigtigt at huske, at udforskningsfasen karakteriseres ved at man indsamler information, bygger konsensus og tager beslutninger omkring den innovation, man ønsker at implementere. I denne periode er fokus på at udforske årsagerne til den ønskede forandring (f.eks. overveje samfundets/ borgernes/ klienternes behov, behandlingsprogrammets behov, behov i forhold til den professionelle praksis, ressourcer, støtte fra interessenter, etc.), at identificere de forventede fordele og potentielle barrierer for den nye praksis, og vurdere organisationens kapacitet for forandring. Den afsluttes med, at der træffes en beslutning omkring, hvorvidt man skal tage den nye praksis til sig. I de fleste tilfælde, udføres aktiviteterne i udforskningsfasen af en lille gruppe mennesker (Initielt Implementerings Team (IIT)), som deler en interesse for, eller viden om, den nye praksis, er tæt involveret i arbejdspladsens arbejde eller besidder strategiske visioner.

I løbet af denne begyndende fase, er det hjælpsomt at IIT udfylder og gennemgår FRIFM, særligt i dialog med personalerepræsentanter fra forskellige dele af arbejdspladsens arbejdsområder. Dette kan hjælpe med at:

- At identificere indikatorer for alle komponenter og processer, som skal være på plads, for at sikre succesfuld tilegnelse af FIT (et "kort" over fuld og holdbar implementering).
- At skabe en model for at identificere nuværende ressource mangler, som

skal adresseres (og finansieres), for at kunne opnå fuld og holdbar implementering.

- At identificere områder af implementeringen, hvor det kunne være gavnligt at søge hjælp fra en konsulent/ træner (en vidensspecialist), som har specifik viden i forhold til at hjælpe arbejdspladser med at opnå fuld og holdbar FIT implementering.
- At identificere de dele af arbejdspladsens politikker, mission statements og forretningsplaner, som må ændres.
- At klargøre forventninger, som man må adressere, i diskussioner med betalende instanser, akkrediteringsorganer og lovgivende instanser og andre interessenter.
- At klargøre arbejdspladsens rationale for at tilegne sig FIT praksis, med særligt fokus på at identificere mangler i eller utilfredshed med kvalitet og effekt af den nuværende ydelse.
- I det materiale, som følger, tilbydes ideer for, hvordan man adresserer den vigtige opgave i udforskningsfasen (informationsindsamling og konsensuskabelse) for hvert område af FRIFM.

Område 1: Kliniske implikationer

Implementering af FIT er mere succesfuld når IIT:

- Rådfører sig med behandlere og mellemledere om FIT, særligt i relation til kliniske arbejdsgange.
- Udforsker attituden blandt mellemledere og behandlere omkring løbende effektmåling og FIT. Forståelsen kan variere på en arbejdsplads. Traditionelle metoder (som før- og efter-målinger, periodevis opfølgning) er meget anderledes, end at bruge her- og nu- feedback processer til at guide behandlingen. Samtidig giver FIT mulighed for at måle og sammenligne effektdata for hver enkelt behandler, hvilket kan være vigtigt at drøfte allerede i denne fase.
- Gør sig bekendte med ICCE Kerne Kompetencer (Appendix B), så de kan anvende denne viden til at tilbyde et meningsfuldt input til diskussionerne af implikationerne ved at integrere FIT i arbejdspladsens nuværende praksis.
- Involverer alle naturlige kliniske ledere og/ eller interne trænere i udforskningsprocessen.
- Opsamler medarbejdernes oplevelser omkring tidligere implementeringsprojekter, og demonstrerer en åbenhed overfor feedback og en villighed til at lære fra tidligere fejl.
- Begynder at identificere potentielle ”praksisforkæmpere” (eller champi-

ons) – mellemledere og klinikere, som vil kunne facilitere senere implementeringsindsatser.

- Konsulterer med arbejdspladser, som har implementeret FIT, enten personligt eller via det sociale netværk og praksisfællesskab, som er tilgængeligt på ICCE websiden (www.centerforclinicaexcellence.com).
- Udforsker de forandringer i arbejdspladsens kultur, som vil være nødvendige for succesfuld implementering af FIT. Alt for ofte kører implementeringsindsatser af sporet i løbet af udforskningsfasen, når interventionen søges tilpasset til den eksisterende arbejdspraksis og struktur. FRIFM kan hjælpe til, at man undgår denne almindelige fejl, ved at holde fokus på at udforske de handlinger, som er nødvendige for at sikre fidelitet overfor FIT praksis.

Område 2: Administrative / ledelsesmæssige implikationer

At skabe et miljø, der understøtter FIT praksis, vil kræve ændringer på alle organisatoriske niveauer. I udforskningsfasen er det vigtigt at IIT:

- Inkluderer medlemmer fra ledelsesgruppen, med autoritet til at træffe beslutninger.
- Inkluderer ledere fra alle behandlingsprogrammer indenfor arbejdspladsen eller organisationen.
- Udvikler et skriftligt dokument, der identificerer rationalet og målene med en implementering af FIT på hele arbejdspladsen eller behandlingssystemet.
- Udvikler et skriftligt dokument, der sammenligner FIT praksis med arbejdspladsens nuværende vision eller mission statement.
- Udforsker de økonomiske omkostninger forbundet med implementering samt tilgængelige ressourcer.
- Gennemgår alle tidligere forsøg på at implementere FIT (eller andre effektivitets- eller kvalitetssikringsinitiativer).
- Overvejer hvordan implementering af FIT kan fremme eller være i konkurrence med andre initiativer i forhold til organisatorisk forandring.

Område 3: Informationssystemer / papirarbejde/ dokumentation/ IT

Forskning viser at behandlere bruger op til 30% af deres arbejdstid på at udfylde den dokumentation, som kræves af lovgivere og betalende instanser. I udforskningsfasen vil det succesfulde IIT:

- Udvikle en grundig forståelse af behandlernes arbejdspress, inklusiv dokumentations- og produktivitetskrav.

- Udforske behandlernes holdninger til og forbehold overfor at tilføje FIT til deres nuværende arbejdspress, dokumentations- og produktivitetskrav.
- Udforske arbejdspladsens kapacitet til at kunne tage ekstra dokumentation og arbejdspress på sig, i forhold til implementering af FIT (f.eks. at administrere, score, tolke resultater, indsamle data, og udregne statistik, osv.)
- Overveje mulige løsninger (som f.eks. software, webbaserede programmer, integration i elektronisk journal) for dataindsamling og håndtering i relation til FIT.
- Konsultere med andre arbejdspladser, der anvender FIT og/ eller en træner/ konsulent, som har viden om betydningen af FIT for behandlerens arbejdspress, såvel som data indsamlings- og datahåndteringsmuligheder.

Område 4: Lovgivningsmæssige og akkrediteringsimplikationer

Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser har en stor påvirkning på praksis indenfor terapi- og behandlingsarbejde. De fleste af disse instanser er stærke fortalere for brugerinddragelse i terapien og i evaluering af brugerens tilbud. Arbejdspladser, der anvender FIT og som er blevet underlagt en akkrediteringsprocess, opdager typisk, at der er meget få konflikter imellem standarder og lovgivningsmæssige krav og anvendelsen af FIT. Faktisk vil de typisk opleve, at de igennem arbejdet med FIT overgår de formelle krav. Ikke desto mindre er det vigtigt for det succesfulde IIT i udforskningsfasen at:

- Sikre at medlemmerne har en grundig forståelse for nuværende standarder, forventninger og krav.
- Bruge FRIFM til at udforske områder, hvor der kan opstå konflikt imellem eller inkongruens med nuværende lovgivningsmæssige og akkrediteringsstandarder og fuldt implementeret FIT (dette vil ofte omfatte, at undersøge standarder og krav fra flere lovgivningsmæssige enheder, hvis flere forskellige faggrupper er involveret i implementeringen).
- Indhente medarbejdernes input i forhold til potentielle konflikter mellem FIT og nuværende lovgivningsmæssige og akkrediteringsstandarder.
- Konsultere med og søge input fra lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser, for at løse mulige konflikter mellem nuværende standarder og FIT praksis.

Område 5: Forbrugere / Borgere/ Klienter

Involvering af forbrugere/ borgere / klienter i udviklingen og evalueringen af behandlingsindsatser er en global trend i sundhedsvæsenet generelt og i særligt indenfor terapi- og behandlingsarbejde. FIT praksis er i spidsen af denne bevægelse. De fleste arbejdspladser og behandlingssystemer har politikker

og praksisser, som beskriver hvordan de indsamler brugernes feedback, og håndterer klager. Dette inkluderer ofte et formelt dokument over brugerens / klientens rettigheder, udskrivningsbreve, tilfredshedsundersøgelser ved afslutning af behandlingen, eller en forbruger advokat eller gruppe. I praksis rapporterer arbejdspladser meget få forbehold fra forbrugerne, i forhold til at skulle anvende FIT. Men på grund af den centrale rolle forbrugerne spiller i FIT, vil det succesfulde IIT:

- Inkludere forbrugere/ borgere / klienter eller repræsentanter for disse i udforskningsprocessen.
- Gennemgå nuværende politikker og praksisser i forhold til at indhente feedback, for at identificere områder, hvor disse overlapper eller udgør potentielle konflikter i forhold til FIT.
- Benytte de eksisterende forbruger/ klient feedback mekanismer til at identificere styrker, behov og områder for potentiel forbedring, som herefter anvendes til at forfine arbejdspladsens rationale for at adoptere FIT. Hvis der ikke eksisterer formelle praksisser for at indhente forbruger/ klient feedback, etableres uformelle interviews, fokusgruppeinterviews, spørgeskemaer og udskrivningsbreve.
- Overveje enhver tilpasning, der skal gøres, for at implementere FIT (indhente feedback) fra alle forbrugere på arbejdspladsen (f.eks. børn, folk med synsned sættelser, folk med kognitive eller uddannelsesmæssige udfordringer).

Område 6: Finansiering

Betalende instanser udgør, ligesom lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser, en betydelig påvirkningsfaktor på arbejdspladsens politikker, praksisser og kultur. Typisk er betalende instanser interesserede i mål for effekten, herunder antal forbrugere, der betjenes og effektiviteten af behandlingsindsatsen. Disse data kan genereres og er tilgængelige i realtid, når FIT implementeres. Derfor er FIT generelt en attraktiv mulighed, fordi den tilbyder et værdi-baseret mål, som kan ligge til grund for finansieringsbeslutninger.

I løbet af udforskningsfasen vil det succesfulde IIT:

- Invitere og inkludere repræsentanter fra de forskellige betalende instanser
- Gennemgå omkostninger og fordele ved FIT med betalende instanser
- Udforske de værdi-baserede mål, som bliver mulige, ved at indsamle og beregne (aggregere) data fra FIT (f.eks. effekt størrelse, sammenligning af

resultater mellem og blandt behandlere og programmer, resultat per forbrugt krone, osv.).

- Indsamle input fra betalende instanser omkring potentielle forhindringer og konflikter mellem FIT og dokumentations krav (f.eks. behov for at ændre standardiserede rapport formater, osv.).
- Overveje, sammen med betalende instanser, tilpasninger som må gøres i ydelses-aftaler (resultater og ydelser) i løbet af installations- og implementeringsfaserne. At arbejde med at tilegne sig FIT vil med stor sandsynlighed påvirke produktiviteten på kort sigt, ved at kræve arbejdstid for personalet og andre ressourcer fra den direkte ydelseslevering.

3. Installation

Når beslutningen er truffet omkring at bevæge sig videre med at tilegne sig en ny praksis, begynder installationsfasen. I løbet af denne fase er IIT og arbejdspladsen i forberedelses-mode, og arbejder med at sætte den nødvendige struktur op, for at kunne understøtte implementering. Installation er ofte den mest omkostningsfulde fase i processen. Produktiviteten kan og vil ofte falde, og ressourcer skal investeres i planlægning, træning og organisationsudvikling. Selvom det ofte forsøges, kan sådanne udgifter ikke undgås, da det er i løbet af denne fase, at fundamentet lægges for FIT implementeringen. De fleste fejlslagne implementeringer kan spores direkte tilbage til utilstrækkelig forberedelse i løbet af installationsfasen af implementeringen.

Typiske aktiviteter i installationsfasen inkluderer:

- Udvikling og redigering af arbejdspladsens politikker
- Organisering af en "Projekt Styregruppe" (PS) som skal være ledende for hele implementeringen og vedligeholdelsesfasen.
- At sikre finansiering af uddannelsesinitiativer.
- At organisere dækning for de medarbejdere, som er involverede i implementeringen.
- At skabe begyndende retningslinier for FIT, både for behandlere, mellemledere og ledere.
- Gennemgå personaleressourcer
- Arrangere intensiv træning for de kliniske ledere (f.eks. mellemledere, praksisforkæmpere (champions) (behandlere med stor interesse i FIT), og ledere med ansvar for specifikke programmer).
- Lave fokusgrupper af medarbejdere fra arbejdspladsen.
- Udvikle kommunikationsstrategier omkring FIT og implementeringsprocessen.
- Udvikle og implementere træningsmateriale for behandlere
- Udvikle en detaljeret implementeringsplan, som identificerer rammer for mål, opgaver, tidsplan og rapportering.
- Etablere den nødvendige IT støtte.
- Holde møder med interessenter, for at gennemgå udviklingen i projektet og håndtere potentielle risici.
- Køre mindre pilotprojekter.

Etablering af en Projekt Styregruppe

Når først der er en klar ledelsesmæssigt forpligtelse til at skulle implementere FIT, er det vigtigt at etablere en "Projekt Styregruppe" (PS). Typisk består PS af medlemmer fra IIT, behandlere (medarbejdere), mellemledere, kvalitetssikringspersonale, arbejdspladsens ledelse (eller repræsentanter med ledelsesmæssig mandat til at træffe beslutninger), rådgivere indefra og udefra organisationen og alle interessenter med interesse i FIT. PS mødes regelmæssigt og hyppigt igennem installerings- og begyndende implementeringsfaserne, og er ansvarlige for at udvikle og holde øje med den formelle implementeringsplan. Sagt på en anden måde er PS' job at planlægge, organisere, holde øje med, problemløse og koordinere kommunikation omkring alle aspekter ved implementeringen og vedligeholdelsen af FIT praksis på arbejdspladsen eller i organisationen (se Appendix 3). PS er også ansvarlig for at (1) komme med anbefalinger til beslutningstagere omkring ændringer af de eksisterende politikker for organisationen og for den faglige / kliniske praksis, samt ændringer af de strukturer, som skal understøtte FIT og (2) monitorere færdiggørelsen af opgaver fra individer eller grupper på arbejdspladsen. Når først PS er organiseret og i gang, er ITTs job færdigt.

FRIFMs rolle i installationsfasen

Husk at installation omhandler at lægge fundamentet for succesfuld implementering. I løbet af denne fase, skal tilpasninger af arbejdspladsens infrastruktur og træning gøres og støtte til integration identificeres og udvikles, og små pilotprojekter startes. Ved at give indikatorer for specifikke opgaver, som skal opnås og strukturer, som skal være på plads, tjener FRIFM samtidig som en guide i forberedelsesindsatsen og som en metode til at vurdere udviklingen.

Område 1: Kliniske implikationer

I løbet af installationsfasen:

- Behandlere trænes i FIT:
 - Introduktions- og videregående workshops afholdes flere gange årligt i USA og Skandinavien af ICCE (for mere information gå til: www.centerforclinicalexcellence.com). Arbejdspladser kan sende medarbejdere til disse træninger, eller invitere en ICCE "Certified Trainer" (CT), som kan tilbyde konsultation og træning lokalt, på telefon eller via en e-lærings platform. ICCE CT's er grundigt funderede i FIT Kerne Kompetencer, har bestået en eksamen og demonstreret kompetence i at træne andre i FIT, samt i at hjælpe med implementering. De er også bekendte med og i stand til at bruge FRIFM til at guide og støtte implementeringsindsatser.

- Intensive kurser indenfor Avanceret Intensiv FIT træning, implementering af FIT, supervision af FIT og træning af trænere er tilgængelige – alle disse med det formål at forberede deltagerne i at kunne træne og supervisere andre og varetage implementering af FIT i større organisationer (for mere information, gå til: www.centerforclinicalexcellence.com).
- Træningsmateriale er tilgængeligt for at støtte FIT praksis og implementering. De, som har ansvar for træningen, kan bruge ICCE Kerne Kompetencer og ”model for FIT træning” som inspiration (se appendix II og IV)
- Formelle processer etableres for at monitorere integrationen af FIT praksis i den løbende behandling (f.eks. igennem supervision, kvalitetssikring, osv)
- Den kliniske ledelse og/eller mellemledere modtager videregående træning og løbende konsultation i FIT supervision, særligt i forhold til tolkningen af feedback data (f.eks. klient grafer, statistiske enheder (se manual 2 og 4)). Som indikeret i manual 3, spiller mellemledere en afgørende rolle i FIT implementeringen. Når mellemledere demonstrerer sikkerhed og kompetence i FIT, er de bedre i stand til at skabe kompetence-baseret supervisionsmodeller, som guider og støtter udviklingen af en FIT praksis med behandlerne.
- Kliniske mellemledere integrerer FIT praksis i alle diskussioner omkring klientarbejde (på personalemøder, ved sagsgennemgang, ved konferencer, ved medarbejderudviklingssamtaler – se manual 3). Erfaringen viser tydeligt, at kliniske ledere med større sandsynlighed vil lykkes, når de, udover at have videregående viden omkring FIT og tolkning af FIT data, også anvender FIT til at guide deres eget arbejde.
- Regelmæssige muligheder tilbydes, hvor man kan gennemgå den grundlæggende forståelse af FIT med deltagerne i pilot-projektet.
- Dataindsamlingssystemer etableres, for at kunne monitorere anvendelsen, scoringen, tolkningen og beregningerne af information fra den rutinemæssige anvendelse af effekt- og allianceskemaer, herunder integration i praksis, når først implementeringen med klienter begynder.

Område 2: Administrativ/ ledelsesmæssigt

I løbet af installationen:

- PS gennemgår arbejdspladsens vision og/ eller missionserklæring, politikker og procedurer, dokumentationskrav og kvalitetssikringspraksisser

(f.eks. papirarbejde) for at sikre at det er overensstemmende med FIT:

- * De komponenter af FIT praksis, som er identificeret i FRIFM kan ganske enkelt indarbejdes i eksisterende politikker- og procedurebeskrivelser eller nye kan skabes.
- * Skabeloner til dokumentation (f.eks. sessionsdokumenter, handleplaner) overensstemmende med FIT praksis kan findes i appendix D og E.
- PS udvikler tydelige politikker på skrift omkring FIT, herunder:
 - * Forventninger til brug af effekt- og alliancemålinger i klinisk praksis.
 - * Formålet med og brug af data genereret igennem rutinemæssige effekt-monitorering.
- PS og ledelsen udvikler et budget, der omfatter udgifter til:
 - * Personale-tidsforbrug i PS og relaterede opgaver (træning, konsultation, udvikling af politikker og retningslinjer for kliniske praksis.
 - * Uddannelse af personale i FIT
 - * Nedsat produktivitet for personalet involveret i pilotprojekter af FIT
 - * Udvikling/brug/uddannelse i dataindsamling og computersystemer.
- PS udvikler formelle kliniske retningslinjer, der anviser retningen for brug af FIT på arbejdspladsen såvel som specifikke behandlings-programmer:
 - * Tilbyder rationale, anvendelsesprocedurer for behandlings-programmer og personale, som påvirkes af pilotprojektet. For eksempel, hvis en klient møder flere professionelle på arbejdspladsen, må retningslinierne identificere hvem der administrerer, indtaster og nedskriver effekt- og alliance scorer og feedback.
 - * Tilbyder detaljerede instruktioner omkring integrationen af data i klinisk praksis og hvordan det kan informere den kliniske beslutningstagen.
- PS indsamler feedback fra personalet og fra ledere af behandlingsprogrammer involveret i pilotprojektet, for at sikre at politikker, procedurer og retningslinjer er forståelige og anvendelige.
- PS gennemgår og reviderer klinisk og administrativt workflow:
 - Strømliner papirarbejde;
 - Fjerner udnødvendige rapporteringskrav.
- PS etablerer en ramme for at holde medarbejdere og ledelse informeret omkring implementeringen. Dårlig kommunikation er en alvorlig trussel i installationsfasen. For at undgå de negative følelser, modløshed og mistro, som kan skabes af dårlig kommunikation, bør de følgende kommunikationsstrategier anvendes:
 - Hold regelmæssige møder med behandlerne, og tilbyd rigelige muligheder for diskussioner af succeser og udfordringer.

- Forbliv åben overfor og bliv ved med at opfordre medarbejderne til at dele deres frygt og bekymring omkring FIT.
- Tilbyd klare udsagn omkring intentionen med at implementere FIT (f.eks. at gøre effekten af arbejdet bedre, ikke for at kunne belønne medarbejdere på baggrund af deres præstation).
- Tilbyd regelmæssig opdatering i løbet af implementeringen (f.eks. ugentlige nyhedsbreve, nyheds-afsnit på arbejdspladsens intranet, osv.).
- Planlæg løbende konsultation med en videns-ekspert/ konsulent udenfor arbejdspladsen, som kan adressere bekymringer og udfordringer.
- Tildel PS medlemmer ansvaret for aktivt at opsøge kritisk feedback fra personale og ledere omkring implementeringen.
- Hold FIT i centrum af kliniske diskussioner, ved at tilbyde en lokal månedlig træning omkring et emne eller en udfordring, der er central for behandlerne i arbejdet med FIT.

Område 3: Informationssystemer/ papirarbejde/ dokumentation/ IT:

En væsentlig fordel ved FIT er muligheden for at monitorere klienternes fremgang og engagement i behandlingen løbende og her-og nu, og at kunne sammenligne effekten af behandlere og programmer. At beslutte hvordan data indsamles, følges, beregnes og rapporteres er en del af installationsfasen i implementeringen. FRIFM tilbyder indikatorer for de foretrukne komponenter i data-administrations systemer, med det formål at sikre brugbarheden for klienter og behandlere. Der er en række muligheder at overveje:

- Man kan indsamle ORS og SRS scorer på papir-skemaer og taste dem ind i et excel-ark, for at kunne følge, beregne og analysere (f.eks. gennemsnitlig start-score, beregne effektstørrelse for enkelte programmer eller arbejdspladser). Selvom det er simpelt og billigt, er denne tilgang også meget arbejdskrævende. Derudover er det en væsentlig begrænsning, at det ikke giver mulighed for at sammenligne resultaterne med normative data eller at skabe grafer for den forventede forandring (ETR) for en given klient (se manual 2 og 4).
- Man kan tegne licens til et web-baseret system. Disse systemer er tilgængelige, når der er forbindelse til internettet. De kan anvendes på stationære computere, bærbare computere, tablet-pc'er eller smartphones. Disse systemer giver klienten eller behandleren mulighed for at udfylde ORS og SRS, sætter automatisk scorerne ind på en graf, sammenligner fremgangen med den forventede forandringskurve (ETR), beregner statistiske data for individuelle behandlere, behandlingsprogrammer og hele organisationen. De kan identificere og advare behandlere og mellemledere om klienter "i

risiko” (for et ikke-hjælpsomt behandlingsforløb eller for drop-out), og kan beregne en række hjælpsomme statistiske enheder (effektivitet, drop-out-rate, osv) De fleste arbejdspladser og organisationer anvender sådanne systemer. Licensen omfatter typisk teknisk støtte og web-baseret træning. Systemerne er brugervenlige og generelt er der ikke problemer med kompatibilitet med eksisterende computersystemer på arbejdspladsen. Selvfølgelig betyder valget af denne mulighed, at man skal indregne den årlige licensomkostning i implementeringsplanen. Uanset hvilket dataadministrationssystem, der vælges, må PS vælge personer, som er ansvarlige for at holde øje med systemet. Opgaver for denne/ disse personer inkluderer:

- Kontakt med udbyderen af software
- Sætte forskellige typer af adgang op i systemet for behandlere, medlemledere og ledere.
- Tilknytte nye brugere til systemet
- Deaktivere behandlere, når de forlader arbejdspladsen.
- Sikre at det årlige abonnement fornyes.
- Hjælpe med at overføre klient-data fra et behandlings-program eller en behandler til en anden.
- Rapportere statistiske data regelmæssigt til PS og ledelsen.

Område 4: Lovgivningsmæssige og akkrediteringsimplikationer:

I løbet af installationsfasen adresseres og løses alle konflikter mellem FIT og lovgivningsmæssige og akkrediteringsstandarder, som identificeres i løbet af udforskningsfasen. PS:

- Inviterer repræsentanter for lovgivningsmæssige og/ eller akkrediteringsinstanser til at deltage i PS.
- Deler information med lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser omkring, hvordan FIT møder eller overstiger de nuværende forventninger og standarder.
- Arbejder med repræsentanter fra lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser for at løse mulige konflikter.
- Skaber formelle aftaler, der sikrer klare forståelser af de foreslåede løsninger.
- Søger de nødvendige fritagelser fra konkrete lovgivningsmæssige og akkrediteringskrav i installationsfasen og den begyndende implementeringsfase.

Område 5: Forbrugere/ Borgere/ Klienter

I løbet af installationsfasen bruges FRIFM som indikator i forhold til forbrugere/ borgere/ klienter, for at:

- Udvikle forbruger / klientrettede retningslinier for klinisk praksis (se område 2 ovenfor).
- Arbejde med at revidere arbejdspladsens politik, vision og missionserklæring, så det kommer til at afspejle forbrugerens/ klientens centrale rolle i et feedback informeret system.

Område 6: Finansiering

I løbet af installationsfasen, kan implementering af FIT påvirke ydelses-aftaler. PS:

- Inviterer repræsentanter betalende instanser til at deltage i PS.
- Deler information med betalende instanser, som dokumenterer besparelser og øget effektivitet forbundet med fuld implementering af FIT.
- Udvikler en klar forståelse for og en plan for at adressere de potentielle påvirkninger, FIT vil have på ydelses-aftaler på kort sigt.
- Arbejder med repræsentanter fra betalende instanser, for at forhandle en formel aftale omkring forventede vanskeligheder med at møde ydelses-mål.

Etablere et pilotprojekt for FIT:

Ved at køre et ”pilotprojekt”, bliver det muligt at identificere potentielle barrierer for implementering. En gruppe eller et program indenfor behandlingssystemet indvilliger i at implementere FIT fuldt i deres arbejde. Problemer identificeres af projektdeltagerne og rapporteres tilbage til PS. Løsninger udvikles i PS og sendes tilbage til pilotgruppen, så de kan teste dem. Store organisationer og klinisk forskellige systemer kan med fordel køre pilotprojekter i flere behandlings-programmer samtidig. Selvom længden af et pilotprojekt varierer, vil de fleste arbejdspladser kræve mindst 6-12 måneder for at kunne identificere systemspecifikke udfordringer, som vil kunne hæmme fuld implementering. I denne fase er nøglen til succes at holde en åben kommunikation, således at problemer og konflikter kan identificeres og løses.

PS må være parat til og i stand til at:

- Revidere arbejdspladsens mission, politikker og kvalitetssikringsstandarder og forventninger.
- Revidere arbejdsgange og traditionelle mål for produktivitet.
- Kommunikere opdateringer til alle medarbejdere på arbejdspladsen omkring fund fra pilotprojektet.

4. Begyndende implementering

I løbet af fasen for begyndende implementering, implementeres FIT i hele organisationen. Personalet (behandlere, mellemledere og ledelsen) er blevet uddannet, stukturer, som understøtter FIT praksis, er på plads og pilot projektets fund er blevet inkorporeret i implementeringsplanen (se appendix III). Af de 5 faser, er denne fase den mest ressource- og arbejdskrævende. Betydelig indsats må ydes af alle involverede personer (PS medlemmer, ledere, mellemledere [kollektivt omtalt som ”integrations-støtte”]) for at sikre, at den nye praksis bliver brugt konsekvent. FRIFM og kompetencebaserede supervisionsmetoder kan bruges til at sikre (1) troskab overfor retningslinjerne for klinisk praksis og (2) at man anvender den data, som opnås med FIT, til at informere det kliniske arbejde og evalueringen af behandlingsprogrammer.

Kommunikation, problemløsning og løbende træning samt udvikling af færdigheder er centralt. Fixsen et al. (2005) citerer adskillige studier, der viser, at netop adgang til - og interaktion med - alle de mulige integrationsstøttende tiltag, den øverste ledelse samt mulighed for teknisk assistance fra vidensspecialister i løbet af denne fase, er direkte relateret til, i hvilken grad implementeringsindsatsen lykkes. Forskning og erfaring viser tydeligt, at den begyndende implementering tager tid. Behandlere og mellemledere gennemgår forskellige niveauer af vanskeligheder i forhold til at integrere FIT i behandlingen. Selvom det kan variere, er der meget få organisationer, som lykkes med at gennemføre den begyndende implementering på under 12 måneder. Hvis en organisation anvender en gradvis implementeringstilgang, må det forventes at de forskellige dele af organisationen / de forskellige behandlingsprogrammer vil være i forskellige faser af implementering, hvor nogle vil være i installation mens andre er i begyndende eller fuld implementering.

FRIFMs rolle i den begyndende implementering:

En central opgave i begyndende implementering er at monitorere individuel- og organisatorisk præstation. Fixsen et al. (2005) beskriver at monitoreringsindsatser falder i tre forskellige kategorier: (1) kontekst målinger (dvs. sikre at den nødvendige støtte er på plads og at installationsopgaven er løst), (2) mål for hvor meget og hvordan den nye praksis anvendes (compliance) (dvs. sikre at behandlerne bruger ICCE Kernekompetencer og undgår praksisser, som ikke er i overensstemmelse med FIT) og (3) kompetence målinger (dvs. evaluering af de færdigheder, som demonstreres i anvendelsen af metoden i praksis). FRIFM giver en struktur for at monitorere præstation indenfor alle tre kategorier. Den giver mulighed for hurtigt og effektivt at vurdere troskab overfor FIT samt

kvaliteten og effektiviteten af arbejdspladsens struktur og integrationsstøtte. Ved at repræsentanter fra PS, integrationsstøtten (administrative medarbejdere) og behandlere regelmæssigt gennemgår instrumentet, hjælpes man til at holde fokus på centrale implementeringsopgaver, og derved undgår man at implementeringen skrider, hvilket kan være en risiko i løbet af denne fase.

Område 1: Kliniske implikationer

I løbet af den begyndende implementering, forventes det at alle behandlere anvender de færdigheder og opgaver, som hører til FIT praksis, herunder at anvende effekt og alliance skemaer, integrere klientfeedback i behandlingen og behandlingsplanlægningen. I løbet af denne periode er supervision afgørende for succes. PS sikrer at supervisorer:

- Har adgang til konsultation og træning i FIT og i kompetencebaserede supervisionstilgange med vidensspecialister/ konsulenter.
- Er rollemodeller for åbenhed overfor feedback.
- Anvender FIT i deres egen kliniske praksis.
- Hjælper behandlere med at inkorporere FIT i deres praksis.
- Monitorerer behandlernes praksis, for at sikre troskab overfor FIT tilgangen.
- Adresserer alle vanskeligheder, som behandlerne måtte opleve i forhold til at anvende effekt- og alliancemåleredskaber, eller i forhold til tolkning og tilpasning af behandlingen som respons på klienters feedback.
- Anvender ICCE Kernekompetencer til at identificere og adressere mangler i behandlernes viden eller færdigheder.
- Tilbyder regelmæssig mulighed for at gennemgå retningslinjerne for klinisk praksis og organisationens uddannelsesmateriale i forhold til FIT.
- Faciliterer regelmæssige diskussioner og kollegial supervision i små grupper med behandlerne omkring FIT.
- Anvender individuel klient data og statistisk data til at guide supervisionen (bemærk: supervisorer bør være forsigtige, når de tolker en behandlers statistiske data (f.eks. effect size, procent af klienter, der når målet) i denne fase, da tallene vil være præget af en stor statistisk usikkerhed, når antallet af sager i datasystemet er lille og mængden af forkert anvendelse af systemet kan være stor (se manualerne 2 og 4)).
- Anvender datasystemet til at identificere og adressere sager som er ”i risiko” for drop-out eller ingen eller negativ effekt, og som derfor kræver supervision.
- Er opmærksomme på behovet for at tilpasse behandlernes arbejdspress og produktivitetskrav, for at facilitere integrationen af FIT i praksis.

Område 2: Administrative / ledelsesmæssige implikationer

At tilegne sig en ny praksis er sjældent en lineær proces. Når implementeringsfasen starter, vil mange organisationer/ arbejdspladser have behov for at vende tilbage til tidligere faser. Derfor er det væsentligt at fastholde en PS i den begyndende implementeringsfase. I takt med at FIT rulles ud over hele arbejdspladsen / organisationen, må PS:

- Bruge alle tilgængelige midler (træning, supervision, løbende kommunikation, mv.), for at fastholde et fuldt engagement i at implementere alle komponenter af FIT.
- Sikre at strukturer er etableret, for at understøtte implementeringen (f.eks. supervision, datasystem, kvalitetssikringsmetoder / undersøgelse af graden af compliance, sagsgennemgang, osv.), herunder eksplicitte politikker og praksisser, der kan hjælpe behandlere og mellemledere, som ikke lever op til kompetencekravene (f.eks. træning eller mentorordninger).
- Fungere som bindeled mellem de kliniske supervisionsfunktioner og ledelsesmæssige ansvarsområder, i forhold til at tilpasse arbejdspladsens politikker eller kliniske retningslinjer.
- Søge regelmæssig feedback fra behandlere og mellemledere omkring implementeringsprocessen, og adressere de forhindringer og proceduremæssige udfordringer, der opstår.
- Holde øje med organisationens politikker og processer i forhold til sager med risiko for negativ eller ingen effekt, eller drop-out.
- Arbejde med ledelsen, for at tilpasse organisationens forretningsplan og sikre de nødvendige ekstraressourcer, for at implementeringen kan lykkes.

Område 3: informationssystemer/ papirarbejde/ dokumentation/ IT:

Begyndende implementering er den første mulighed for fuldt at teste dataindsamlings og –håndteringsprocessen. PS har en fortsat vigtig rolle at spille på dette område:

- Adressere udfordringer i forhold til arbejdsgange og datarapportering.
- Sikre at meningsfulde data præsenteres for behandlere, mellemledere og ledere løbende.
- Sikre at den obligatoriske dokumentation støtter fremfor at hindre FIT praksis (se Manual 2).

Område 4: Lovgivningsmæssige og akkrediteringsimplikationer

I løbet af den begyndende implementering må PS:

- Lave rapporter, som opsummerer organisationens effektdata.
- Dokumentere, hvordan arbejdspladsen møder eller overstiger forventninger og krav.
- Udvikle en plan for at forbedre arbejdspladsens / organisationens effekt (f.eks. procent af klienter, der når målet eller effectsize).
- Dele rapporten omkring effektdata og planen for forbedringer med lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser.

Område 5: Forbrugere / Borgere/ Klienter

I løbet af den begyndende implementering må PS:

- Anvende de eksisterende mekanismer til at indsamle klienternes feedback, til at få feedback fra klienter omkring implementeringsprocessen og deres oplevelser med FIT praksis.
- Udføre aktiviteter til udvikling af fællesskabet (fokusgrupper, spørgeskemaundersøgelser, udskrivningsinterviews, osv.) for at få klienternes feedback vedrørende implementeringsprocessen og deres oplevelse med FIT.
- Behandle klienternes feedback og indarbejde resultaterne i fremtidig træning og i retningslinjer for klinisk praksis.

Område 6: Finansiering

I løbet af den begyndende implementering må PS:

- Lave og dele rapporter, der opsummerer arbejdspladsens/ organisationens effektdata med betalende instanser.
- Dokumentere, hvordan organisationen forbedrer sin effektivitet og værdi for betalende instansers investering.
- Udvikle og dele en plan for at forbedre organisationens effekt (f.eks. procent af klienter, der når målet, effectsize, osv.) med betalende instanser.
- Anvende effektrapporten og forbedringsplanen til at søge ændringer/ frigtagelse for de dokumentations- og rapportkrav, som stilles af betalende instanser, som kan hæmme FIT praksis.

5. Fuld implementering

I den fulde implementering, er alle opgaver knyttet til de tidligere faser løst. FIT er fuldt integreret i organisationens vision, kultur, politik og praksis. Resultaterne af den nyligt implementerede praksis bør nu nærme sig de resultater, der ses i det oprindelige evidensbaserede program. De vigtigste aktiviteter i denne fase involverer:

- Fortsat monitorering af præstation på både individuelt og organisationsniveau.
- Anvendelse af effektdata til initiativer omkring at udvikle og forbedre behandlingsprogrammer og til medarbejdernes professionelle udvikling.
- Indarbejde løbende udvikling af den nye praksis i de eksisterende praksisser og politikker.
- Overveje potentielle tilpasninger (eller innovation) for specialiserede programmer / populationer.

FRIFMs rolle i fuld implementering:

En væsentlig udfordring i den fulde implementering er at opretholde engagementet. Da PS i de fleste organisationer opløses på dette tidspunkt, er det afgørende, at strukturer er etableret til at kunne monitorere præstation. Implementering kan let falde fra hinanden, når monitoreringen kun fokuserer på den behandlingsmæssige præstation og udelukker de ledelsesmæssige, administrative og system-støttende præstationer. En regelmæssig gennemgang af FRIFM sikrer, at alle relevante områder, der kan støtte FIT praksis, forbliver og er effektive. Når FIT er fuldt implementeret kan opmærksomheden rettes mod innovation og vedligeholdelse.

I løbet af fuld implementering:

- Alle produktivitetskrav, der blev nedsat eller dispenseret fra i de tidligere faser, genoptages nu.
- Behandlere har igen en fuld sagsmængde og anvender ORS og SRS med hovedparten af deres klienter. Forskning og erfaring viser, at det er rimeligt at forvente, at redskaberne anvendes med 90-95% af alle klienter.
- Monitorering af korrekt anvendelse af FIT (compliance) og kompetence er en rutinemæssig del af supervisions- og ledelsespraksis (ICCEs kernekompetencer (Appendix II) bør bruges til at guide vurderingen af kompetence i anvendelsen af FIT). FRIFM kan bruges som en tjekliste, for at kontrol-

lere behandles, mellemlederes og træningsprogrammets overensstemmelse (compliance) med FIT.

Område 1: Kliniske implikationer, Område 2: Administrative/ ledelsesmæssige implikationer, Område 3: Informationssystemer/ papirarbejde/ dokumentation/ IT, Område 4: Lovgivningsmæssige og akkrediteringsimplikationer, Område 5: Forbrugere/ borgere/ klienter og Område 6: Finansiering.

I løbet af fuld implementering:

- Præstationsmonitorering i områderne 2-6 overtages af organisationens kvalitetssikringspersonale. FRIFM tjener som en let guide til at monitorere.
- De samlede effektdata for hele organisationen følges løbende af ledelsen og anvendes til at udvikle planer for at forbedre arbejdet.
- Igennem en kontinuerlig cyklus af at lave justeringer og evaluere resultaterne (bevidst, målrettet træning), stræber organisationen efter klinisk topkvalitet.
- Organisationens effektdata og plan for at forbedre arbejdet deles med betalende instanser, lovgivningsmæssige- og akkrediteringsinstanser, forbrugere/ borgere/ klienter og interessenter.

Innovation

Innovation refererer til at tilpasse FIT – at lave ”ønskede ændringer” – for specialiserede programmer eller populationer. Planlagte ændringer af de etablerede retningslinjer og af FIT protokollen må gøres med omtanke og i separate fora, for at forhindre at de fører til at hele implementeringen skrider, fordi ændringer opstår uplanlagt og ureflekteret. Ændringer kan ofte opstå som et forsøg på at bevare status quo (og undgå implementering af FIT). Hvis ændringer i den etablerede praksis sker, uden at der også laves de nødvendige ændringer i politikker og strukturer i organisationen, eller hvis de sker som en reaktion på manglende kompetencer indenfor FIT, vil det true organisationens implementering. For at minimere truslen imod det gode resultat, bør ændringer til den eksisterende protokol først testes i et lille pilotprojekt, før det implementeres fuldt ud. Fixsen et al. (2005) citerer forskning, der viser at tilpasninger, der gøres efter at den nye praksis er fuldt implementeret, er mere succesfulde end ændringer der gøres på tidligere stadier.

5) Vedligeholdelse / fastholdelse

En praksis kan vedligeholdes og fastholdes, når politikker, praksisser og strukturer er etableret for at sikre: (1) vedvarende overholdelse af protokollen, (2) lydhørhed overfor nye udviklinger og forventninger i praksisfeltet (f.eks. udvikling af et program for nye medarbejdere, mellemledere og ledere; åben kommunikation omkring nye sociale, politiske og økonomiske ændringer, som kan skabe et pres på organisationen, osv.). Kvalitetssikringspersonalets løbende anvendelse af FRIFM kan hjælpe med at identificere og adressere almindelige trusler imod fidelitet (f.eks. undgåelse af den nye praksis, bekymringer omkring kompetence, potentielle konflikter med implementering af andre kliniske praksisser, krav fra betalende instanser eller forandringer i ledelsen). Det skaber også klarhed omkring forventninger i relation til FIT for nye ledere, behandlere, mellemledere.

FIT implementering vil med større sandsynlighed kunne vedligeholdes når:

- Praksisforkæmpere (champions) identificeres, støttes og bruges som mentorer og trænere. Dette personale kan f.eks. deltage i nogle af de dybdegående kurser i FIT (for mere information, gå til: www.centerforclinicaexcellence.com).
- FIT introduceres til ansættelsessamtalen i løbet af ansættelsesprocessen.
- Nyt personale trænes i at bruge FIT i løbet af introduktionen og bliver knyttet til en praksisforkæmper (champion) med henblik på oplæring.
- Lokale møder i organisationen arrangeres omkring specifikke aspekter i forhold til FIT.
- Der laves ark med tips og FAQs (ofte stillede spørgsmål), og disse uddeles til medarbejderne, for at give dem let adgang til baggrundsviden om FIT.
- Medarbejdere gives mulighed for at deltage i praksisfællesskaber, hvor der deles viden, færdigheder, referencer og adgang til den spirende viden omkring FIT. I forhold til dette punkt tilbyder ICCE en mulighed for deltagelse i online diskussionsgrupper, hvor medarbejdere kan deltage i vidensudveksling og diskussioner med FIT praktikere fra hele verden. Medlemskab er gratis på www.centerforclinicaexcellence.com.
- Der er etableret en struktur for at gennemgå og opdatere politikker og retningslinjer for FIT praksis. Igennem løbende evaluering og monitoring, kan organisationer identificere ændringer, som må foretages på det organisatoriske niveau, for at kunne understøtte FIT, herunder:
 - At udvikle (hvis det ikke allerede eksisterer) og fortsætte med at forfine processer omkring håndtering af effektdata (f.eks. identificere personer, der kan varetage administrative funktioner, som f.eks. datahåndtering).

- Skabe personaleevalueringer, der kan give plads til at tale om forbedring af den enkeltes effekt og arbejde baseret på FIT.
- Implementere organisatoriske evalueringer af fidelitet overfor og overholdelse af FIT praksis.
- Sikre data, som er relevante for praksis på program-niveau (f.eks. program evaluering og planlægning).

Forskning peger på, at folk bibeholder viden bedre, når de får deres viden afprøvet. Tag et øjeblik og besvar de følgende 10 spørgsmål. Hvis du svarer forkert på et par stykker, kan du gå tilbage og genlæse det afsnit, spørgsmålet drejer sig om. Om en uge kan du tage quizzen igen og genopfriske det, du har lært.

1. Feedback-Informeret Tilgang (FIT) er:

- a) En måde at tænke på i terapi.
- b) En ny terapi-model
- c) En pan-teoretisk tilgang til at evaluere og forbedre kvalitet og effekt af terapi- og behandlingsarbejde.
- d) Alle ovenstående

2. Hvilke er de vigtigste skridt, når man skal implementere og sikre vedligeholdelse af arbejdet med FIT?

- a) Økonomisk støtte
- b) At sikre ledelsesmæssig forpligtelse og sikre, at hele organisationen implementerer FIT.
- c) Tilrettelæggelse og udførelse af pilot projekter.
- d) b & c

3. The Feedback Readiness Index and Fidelity Measure (FRIFM) hjælper organisationer indenfor terapi- og behandlingsarbejde med at:

- a) Evaluere en organisations fidelitet og parathed i forhold til at implementere Feedback Informeret Tilgang (FIT) i behandlingstilbuddet.
- b) Vurdere parathed overfor forandring
- c) Afgøre, om du bør anvende Feedback Informeret Tilgang (FIT)
- d) Skabe argumenter for at få økonomisk støtte fra betalende instanser.

4. Hvad er kerneelementerne i at skabe en feedbackkultur?

- a) At dokumentere en behandlers succesrate.
- b) At anvende effekt- og alliancemålingsskalaer ved hver session.
- c) At dele graferne fra effekt- og alliancemålingsskalaerne med klienten.
- d) B & C

5. Hvad er det vigtigste kriterie for et succesfuldt pilotprojekt?

- a) At sikre, at ledelsens forventninger til pilotprojektet er tydelige.
- b) At starte småt, med 1 eller 2 grupper.

- c) At udvikle en plan for at indsamle og følge data
- d) Alle ovenstående

6. For at opnå succesfuld implementering i hele organisationen, må lederes være opmærksomme på:

- a) Omkostningerne ved implementeringen
- b) At etablere tilstrækkelig støtte for medarbejderne i løbet af implementeringen af FIT.
- c) Medarbejdernes holdninger til FIT
- d) Muligheder for at studerende kan komme i praktik

7. Hvordan kan organisationer støtte udviklingen af en FIT kultur?

- a) Gøre FIT obligatorisk
- b) Tilbyde løbende og regelmæssige opfølgingskonsultationer i gruppe
- c) Tilbyde individuel støtte og konsultation
- d) b & c

8. Web-baseret datahåndteringssystemer anbefales til større organisationer, men flere behandlingstilbud fordi:

- a) De er billigere end andre muligheder
- b) De genererer bedre data
- c) De kræver et internet med stor båndbredde.
- d) De er let tilgængelige for flere brugere på én gang via internettet.

9. PS (projektstyregruppen) er ansvarlig for:

- a) At uddanne behandlere/ terapeuter
- b) At vedligeholde datahåndteringssystemet
- c) At finde og løse fejl
- d) At håndtere organisationens budget

10. FIT træning for medarbejdere skal:

- a) Inkludere mulighed for at øve FIT i praksis
- b) Inkludere opfølgningssessioner
- c) Inkludere træning af mellemledere først
- d) Alle ovenstående

Svarnøgle

- 1. c 2. d 3. a 4. d 5. d
- 6. b 7. d 8. d 9. c 10. d

Ofte stillede spørgsmål (FAQ)

Spørgsmål:

Kan vores organisation ikke implementere FIT uden at lave en Feedback parathedsindeks og fidelitetsmåling (FRIFM)?

Svar:

Anvendelsen af FRIFM vil sikre, at du først laver en vurdering af organisationens parathed, og derefter kan udvikle en implementeringsplan, som møder de særlige behov for din organisation. Uden denne vurdering og grundig planlægning, vil din organisation være mere i risiko for at mislykkes med implementering. Vurderingen giver din organisation en god forståelse for medarbejdernes parathed til at implementere FIT i behandlingen. De seks områder vurderer kliniske implikationer, administrative temaer, informationssystem og IT i forhold til at kunne håndtere FIT, krav til papirarbejd og dokumentation, lovgivningsmæssige og akkrediterings temaer, bruger/ borger perspektiver og temaer i forhold til finansiering. Den grundige vurdering af alle disse temaer vil forberede dig og din organisation, for at sikre en succesfuld implementering.

Spørgsmål:

Hvordan implementerer vi FIT, samtidig med at vores organisation er i gang med andre organisationsændringsprojekter?

Svar:

Sagt på en enkelt måde: igennem planlægning. Forandring er et vilkår i den verden, som omgiver terapi- og behandlingsarbejde. Hvis en organisation ikke er i gang med adskillige forandringsprojekter, samtidig med at implementeringen af FIT begynder, vil de fleste opleve at blive tvunget til at igangsætte andre organisationsudviklingsprojekter hen ad vejen. Nøje forberedelse og planlægning af implementeringen, etableringen af PS og ved at give PS mandat, samt sikre løbende opfølgning, vil være nøglen til succes.

Spørgsmål:

Hvad hvis medarbejderne er utilfredse med at skulle bruge FIT?

Svar:

Være forberedt. At adoptere FIT kræver forandringer i organisationens kultur og praksis. Som minimum vil implementeringsprocessen, som beskrevet i denne manual, tage 3 år. Det tager tid at få forandringerne til at ske, og for medarbejderne at tilpasse sig forandringerne. Ved at følge anbefalingerne beskrevet i denne manual (at lave pilotprojekter, at etablere en åben kommunikation, osv.) vil de fleste forbehold og den meste modstand løse sig. Samtidig vil ledelsen

være nødt til at være tydelige omkring deres forventninger. Når man bevæger sig fra udforskning til installation, betyder det at der er taget en beslutning om at implementere FIT. Organisationens politikker må tydeligt afspejle denne beslutning, og identificere de skridt, der vil blive taget for at afhjælpe manglende brug af FIT, samt konsekvenser ved ikke at overholde implementeringsplanen.

Spørgsmål:

Er FIT en ny terapi-model?

Svar:

FIT er ikke en terapi-model, det er en pan-teoretisk tilgang, med det formål at evaluere og forbedre kvalitet og effekt af terapi- og behandlingsarbejde. Det indebærer, at man rutinemæssigt og formelt søger feedback fra klienter/ borgere omkring den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen. Det indebærer, at man benytter den information, man får herigennem til at kunne informere og skræddersy den ydelse, man tilbyder. En af fordelene ved at implementere FIT er, at det ikke styrer, hvilken type af behandling man tilbyder.

Spørgsmål:

Vores behandlere mener, at de er nødt til at opgive deres nuværende terapi-model, for at kunne adoptere FIT. Er det korrekt?

Svar:

Som nævnt ovenfor er FIT ikke en terapi-model, og behandlere behøver ikke at opgive deres nuværende arbejdsmetoder, for at kunne skabe en FIT-kultur og arbejde med FIT. Det er vigtigt at behandlere har en ramme for deres behandling eller en model de arbejder med, som de kender godt, så de kan beskrive den og udføre den på en sammenhængende og pålidelig måde. Samtidig vil de opleve, at arbejdet med FIT hurtigt kan udfordre dem til at ændre på deres normale måde at arbejde på, når en klient giver feedback, som indikerer, at den terapeutiske alliance ikke fungerer optimalt, eller de ikke oplever effekt af behandlingen.

Referencer

- Bertolino, B. (2011). Building a culture of excellence: Anatomy of a community agency that works. *Psychotherapy Networker*, 35(3), 32-39.
- Blase, K. (2008) Powerpoint Presentation Slides: From Initial Implementation to Sustainability: Getting From Here to There. National Implementation Research Network. http://projectlaunch.promoteprevent.org/webfm_send/1629
- 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. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Doing what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 299-322). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duda, M. (2008). Powerpoint Presentation Slides: Implementing Evidence-Based Practices: How to Make Them Stick. National Implementation Research Network. http://www.outreach.psu.edu/programs/autism/files/session_61duda.pdf
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Miller, S. D., & Hubble, M. (2011). The Road to Mastery. *Psychotherapy Networker*, 35(3), 22-31, 60.
- Rogers, E. (2003). *The diffusion of innovation* (5th ed.). New York: The Free Press.

APPENDIX I: FRIFM



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM) Område 1 Kliniske Implikationer (Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist. Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

Behandlere/ terapeuter:

1.	Anvender og scorer the Outcome Rating Scale (ORS) ved hvert besøg eller "behandlingsenhed" (f.eks. ved ugens begyndelse).		Score
2.	Anvender og scorer the Session Rating Scale (SRS) ved hvert besøg eller "behandlingsenhed" (f.eks. ved ugens slutning).		Score
3.	Tilpasser typen eller omfanget af behandling på baggrund af klientens feedback på ORS og SRS.		Score
4.	Anvender effektdata (ORS) til at udvikle en forventet forandringskurve (ETR) for hver klient.		Score
5.	Tegner klientens fremgang (ORS scorer) på en individuel graf fra session til session, for at kunne afgøre, hvilke klienter, der oplever fremgang og hvilke, der er i risiko for negativt eller intet udbytte.		Score
6.	Anvender ORS og SRS til at tilpasse omfanget eller typen af behandling, og til at afgøre om behandlingen adresserer klientens fokus for behandlingen.		Score
7.	Tilpasser "FIT samarbejdsaftalen" på baggrund af formel klientfeedback på ORS og SRS.		Score
8.	Anvender SRS til at drøfte, om behandlingen matcher klientens mål for behandlingen.		Score
9.	Anvender SRS til at drøfte, om behandlingen matcher klientens kultur, verdensbillede og præferencer.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scottdmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 1 Kliniske Implikationer
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist. Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

Supervision af behandlere:

10. Er knyttet til "Kernekompetencerne" for FIT i behandlingsarbejde.		Score
11. Er baseret på og styret af effektdata, beregnet på baggrund af alle behandlernes sager, fremfor teoretisk viden eller teknisk kundskab.		Score
12. Evalueres ud fra, hvor meget det påvirker effekten af behandlingen, ved at se på aggregerede ORS data over tid.		Score
13. Er tilgængelig, når ORS data identificerer sager, i risiko for negativ eller ingen effekt.		Score
14. Opfordrer til mangfoldighed i behandlingstilgange, for at kunne matche individuelle klienters kultur, præferencer og verdensbillede.		Score

Træning af personale:

15. Løbende træning er rettet imod og struktureret af "Kernekompetencerne" for FIT.		Score
16. Er baseret på de områder, hvor personalet mangler viden i forhold til "Kernekompetencerne" for FIT.		Score
17. Er rettet mod behandlere, hvis effekt (aggregerede effektdata) ligger under organisationens (eller datasystemets) normer.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 2 Kliniske Implkationer
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist, Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

Organisationen

1.	Organisationen anvender ORS og SRS, for at kunne fremme individualise-rede behandlingsplaner.		Score
2.	Organisationen har et formelt, løbende og automatisk system, som indsamler effektdata fra klienter, og integrerer data i behandlingen.		Score
3.	Organisationen har infrastruktur, som støtter indsamling og analysering af ORS og SRS data for hver enkelt klient, og som giver terapeuten adgang til denne feedback med det samme.		Score
4.	Organisationen har en plan for træning af alt personale, som understøtter arbejdet med FIT.		Score
5.	Organisationen har beskrevet politikker for indskrivning, viderehenvisning og udskrivning af klienter, baseret på "ETR"-kurver for hver enkelt klient.		Score
6.	Organisationens "mission statement" og strategiske plan lægger vægt på klienters effekt data som en central del af behandlingen.		Score
7.	Organisationen anvender klienters effektdata til at identificere terapeuter eller behandlingstilbud, som er mindre effektive end resten af organisationen.		Score
8.	Organisationen har en struktur omkring at anvende effektdata til at udvikle normer, for at kunne afgøre hvilken behandlingslængde, der er nødvendig, for at opnå statistisk og klinisk signifikant forandring for den enkelte klient.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 2 Kliniske Implkationer
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist, Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

9.	Organisationen har en struktur omkring at identificere, hvilke klienter er i risiko for negativ eller ingen effekt, baseret på aggregerede ORS data.		Score
10.	Organisationen har struktur og politik for, hvordan de håndterer klienter, som ikke oplever effekt, så de sikrer, at klienten oplever kontinuitet i behandlingen.		Score
11.	Organisationen har politikker og procedurer for, hvordan de løbende informerer betalende instanser og/ eller henvisere om klienters fremgang.		Score
12.	Organisationen har politikker for, hvordan støttende stabsfunktioner (f.eks. sekretærer) kan bakke op om indsamling af klienters effekt- og alliancedata.		Score
13.	Organisationens øverste ledelse er enige om, at klientfeedback fra ORS og SRS udgør det centrale omdrejningspunkt for behandlingstilrettelæggelse for organisationens klienter.		Score
14.	Organisationen har politikker, som tydeliggør beslutningen om, at behandlere er forpligtede til at anvende klientfeedback til at guide og informere behandlingen.		Score
15.	Organisationens politik for "klientrettigheder og -ansvar" indeholder en beskrivelse af, hvordan formaliseret klientfeedback vil guide behandlingsplanlægningen.		Score
16.	Organisationens leder har fået godkendelse fra organisationens bestyrelse (eller det politiske system) omkring at skabe et behandlingstilbud, guidet af brugerens feedback og oplevelse af effekt.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 2 Kliniske Implkationer
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist, Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

17.	Organisationen kommunikerer regelmæssigt med betalende instanser og henvisere omkring organisationens effektivitet og effektdata.		Score
18.	Organisationen anvender effektdata til at guide valg af efteruddannelse for terapeuter/ medarbejdere.		Score
19.	Organisationens bestyrelse, mellemledere og medarbejdere bliver regelmæssigt informeret om organisationens effektdata, opdelt på terapeuter/ behandlingstilbud, sammenlignet med organisationens (eller datasystemets) normer.		Score
20.	Organisationen har besluttet at lade behandlingslængden være variabel, baseret på hver enkelt klients ORS data.		Score
21.	Organisationen har et automatisk datasystem, som er skalerbart, og som gør det muligt at indsamle og analysere data.		Score
22.	Organisationen har en klar forretningsplan, som støtter anvendelsen af FIT.		Score
23.	Organisationen har en plan for personaleudvikling, som støtter grundlæggende og løbende uddannelse af medarbejdere i FIT på alle niveauer.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 3 – Informationssystemer/papirarbejde/documentation/IT
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist, Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

1.	Dataindsamling (effekt, alliance, opstart) gøres på en samarbejdende måde med alle klienter.		Score
2.	Dataindsamling fokuserer på klientens behandling og fremgang.		Score
3.	Dataindsamlingen giver mulighed for let at kunne styre og få overblik over klienters behandling og fremgang.		Score
4.	Informationssystemet giver pålidelige og brugbare data, som anvendes løbende til at forebygge drop-out.		Score
5.	Dataindsamlingen foregår løbende, og giver brugbare data, som med det samme kan anvendes til at forbedre kvaliteten af behandlingen.		Score
6.	Informationssystemet respekterer og opfordrer til innovation og mangfoldighed.		Score
7.	Dataindsamling foregår "trans-teoretisk", dvs. uafhængigt af behandlingsmodalitet (f.eks. gruppe, par, familie) / ikke opdelt på behandlingsmodalitet.		Score
8.	Informationssystemet giver adgang til feedback med det samme.		Score
9.	Feedbacksystem og papirarbejde er automatiseret.		Score
10.	Informationssystemet giver mulighed for løbende at sammenligne effektiviteten på tværs af behandlere, arbejdsgrupper, behandlingstilbud, mv.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 4 – Lovgivningsmæssige og Akkreditering
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist, Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

1.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser har tydelige standarder og forventninger, som understøtter implementering af FIT.		Score
2.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser er i stand til at identificere, hvilke behandlingstilbud, der har en effekt under gennemsnit, på gennemsnittet eller over gennemsnittet, i forhold til nationale normer (normer i datasystemet).		Score
3.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser vurderer behandling på baggrund af dynamiske, løbende målinger af effekt, alliance og klienttilfredshed.		Score
4.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser forventer, at behandlingstilbud har et system til løbende at informere behandlere og behandlingstilbud om, at deres effekt ligger udenfor de nationale normer (normer i datasystemet).		Score
5.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser forventer, at behandlingstilbud har et system for løbende at identificere, når klienter ikke er tilfredse med behandlingen eller behandleren.		Score
6.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser vurderer positivt, at behandlingen har et system til proaktivt at identificere sager "i risiko" (for ingen eller negative effekt), fremfor først at reagere, når problemerne er opstået.		Score
7.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser forventer at behandlingstilbud har en konkret tilgang, som forudsiger, hvilke klienter, der har brug for en ændring af behandlingens type, intensitet eller terapeut.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 4 – Lovgivningsmæssige og Akkreditering
(Version 1.0)

Ikke Relevant N/A	Nej, Ingen, Aldrig 1	Meget begrænset, Ikke så tit 2	Delvist. Jævnligt 3	For det meste, Regelmæssigt 4	Ja, Helt Altid 5
--------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------	---	-------------------------

Skriv den score ind, som passer bedst

8.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser har skabt informations-systemer, som gør det muligt for klienter at identificere, hvor de kan få den mest effektive behandling.		Score
9.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser kan sammenligne programmer, ved at se på deres aggregerede effektdata.		Score
10.	Lovgivningsmæssige og akkrediteringsinstanser har skabt informations-systemer, for at sikre 100% klientdeltagelse og mulighed for at imødekomme klienters præferencer i valg af behandling		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scottdmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 5 – Borgere/ Klienter
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist. Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

1.	Klienter har fuld og unhindret adgang til deres journaler.		Score
2.	Klienter deltager aktivt i at skrive deres journal, hvilket også ses i deres evne til at diskutere specifikke dele af deres behandlingsplan.		Score
3.	Klienters behandlingsplaner er struktureret omkring deres prioriteter, mål, præferencer og fremgang.		Score
4.	Beslutningen om behandlingens intensitet og type informeres af den første score på ORS.		Score
5.	Klientens feedback på ORS og SRS tages alvorligt, og anvendes til løbende at ændre/justere behandlingen.		Score
6.	Klienter informeres om rammerne for, hvornår og hvordan det vil blive håndteret, hvis behandlingen er uden effekt, eller ikke er som ønsket.		Score
7.	Klientens feedback på SRS bruges til at skræddersy behandlingen til klientens præferencer, ønsker og behov.		Score
8.	Klienten har adgang til valide resultater og målinger af effektivitet for enkelte behandlingstilbud og terapeuter.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM)
Område 6 – Betalende Instanser
(Version 1.0)

Ikke Relevant	Nej, Ingen, Aldrig	Meget begrænset, Ikke så tit	Delvist, Jævnligt	For det meste, Regelmæssigt	Ja, Helt Altid
N/A	1	2	3	4	5

Skriv den score ind, som passer bedst

1.	Betalende instanser har politikker, der belønner de mest effektive organisationer.		Score
2.	Betalende instanser har direkte adgang til data fra organisationer, og kan belønne organisationer for positive resultater.		Score
3.	Betalende instanser og behandlingsorganisationen har politikker, som giver plads til en trans-teoretisk tilgang til behandling.		Score
4.	Betalende instanser og behandlingsorganisationen kobler økonomisk støtte til positive resultater for den enkelte klient, ved at bruge løbende klient-vurdering af effekten af behandlingen.		Score
5.	Betalende instanser formidler effektdata til klienter.		Score
6.	Betalende instanser afgør behovet for mere behandling, baseret på effekt og alliancedata.		Score
7.	Betalende instanser anvender effektdata til at sammenligne behandlingstilbud regelmæssigt og træffe værdibaserede finansieringsbeslutninger.		Score

© 2005, Miller, Mee-Lee, & Plum

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

May not be copied, transcribed, or quoted in whole or part without written permission.

For information contact: info@scotttmiller.com



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM) Instruktioner

Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM) er en parathedstjekliste og et evalueringsskema for organisationer indenfor terapi- og behandlingsarbejde, som vil implementere eller er i gang med at implementere FIT. FRIFM adresserer 6 områder, som alle er vigtige organisatoriske komponenter, når man skal evaluere et systems fidelitet eller parathed i forhold til at implementere FIT i behandlingen. De seks områder er:

Område 1 – Kliniske implikationer

Område 2 – Ledelsesmæssige implikationer

Område 3 – Informationssystemer/papirarbejde/documentation/IT

Område 4 – Lovgivningsmæssige og Akkreditering.

Område 5 – Borgere/ Klienter

Område 6 – Betalende Instanser

Hvert område består af en række udsagn, som tjener til at:

1. Identificere et systems væsentligste styrker og svagheder overfor at skulle arbejde med FIT.
2. Fremme en strategisk planlægningsproces, som vil hjælpe organisationen med at:
 - a. Identificere de begyndende skridt, som skal tages, for at ændre kulturen, så den bliver guidet af FIT.
 - b. Prioritere indenfor hvilke områder, der er behov for konsultation og træning, for at bevæge processen videre.
 - c. Sætte tidsfrister for projektet, formulere strategiske opgaver og mål, for at kunne implementere klientfeedback vedrørende kvalitet og effekt af behandlingen.



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM) Instruktioner

3. Afgøre hvilke ressourceforbrug, undervisning og konsultation, der vil være nødvendige for at:
 - a. Implementere et system, der er drevet af klientfeedback og effektdata.
 - b. Identificere og tilbyde den nødvendige grad af personaleudvikling.
 - c. Etablere politikker og procedurer for dokumentation og information, som understøtter implementeringen af en FIT-tilgang, samtidig med at der arbejdes på at reducere tidsforbruget til dokumentationsopgaver.

Hvordan anvendes FRIFM:

Tjeklisten og selvevalueringen kan anvendes på en række forskellige måder:

1. Som et redskab til at starte debat mellem det kliniske personale og ledelsen omkring udfordringer eller mangler i implementeringen af FIT:
 - a. Personale og ledelse kunne mødes og arbejde sammen med hvert område. Nuværende status, holdninger, muligheder eller forhindringer tages op og debatteres mens gruppen svarer på hvert udsagn fra 1-5 (eller relevant)
 - b. Det relevante personale for hvert område kan udfylde skalaen ved separate møder. Herefter kan hver enkelt gruppes besvarelser blive drøftet sammen med resten af gruppen, for at lave en endelig besvarelse af tjeklisten.
2. I sammenhæng med lokal træning eller konsultation, for at tydeliggøre og adressere de udfordringer eller mangler, der identificeres i processen af at udfylde tjeklisten.
 - a. Telefon- eller lokal træning klargør med organisationens ledelsesteam, hvilke prioriteter, ressourcer og strategier, der er nødvendige, for at sætte forandringer i gang i organisationen.
 - b. Tidsfrister, forventede resultater og ansvarsområder afgrænses ved hjælp af den interaktive konsultationsproces.

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann



Feedback Paratheds Index og Fidelitets Måling (FRIFM) Instruktioner

3. Som en måde at organisere processen omkring at engagere og tiltrække input omkring planlægning og ændring af strategier fra relevante medarbejderrepræsentanter fra alle de 6 områder i FRIFM.
 - a. Betydningen af ledelsesmæssig støtte og forpligtelse, for at skabe en succesfuld implementering af FIT, bliver f.eks. understreget, når ledelsen forholder sig til udsagnene i område 2.
 - b. Organisationen bruger områderne og vurderingerne på FRIFM til at planlægge implementeringsstrategier for hver del af organisationen, og for interessenter. Denne kan gøres alene eller med konsulentstøtte.
4. Som en fidelitetsmåling og en måling af fremgang i implementeringen, kan FIT udfyldes løbende under implementeringen.
 - a. Ved at gen-score og vurdere udsagnene på ny, opnås et mål for fremgang i implementeringen, som kan hjælpe til at tilpasse implementeringsplanen på baggrund af resultaterne.



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

ICCE er et verdensomspændende netværk af terapeuter, undervisere, forskere og politikere, dedikeret til at fremme topkvalitet i terapi- og behandlingsarbejde.

Kernekompetencerne identificerer den viden og de færdigheder, som er forbundet med fremragende behandlingsmæssig præstation. Akkreditering som ICCE praktiker kræver, at man behersker alle fire competenceområder.

Kompetence 1: Forskningsmæssigt grundlag

- Behandlere er fortrolige med forskning omkring den terapeutiske alliance.
- Behandlere er fortrolige med forskning omkring effekt af terapi- og behandlingsarbejde.
- Behandlere er fortrolige med den generelle forskning omkring toppræstationer (expert performance) og hvordan det er relevant for klinisk praksis.
- Behandlere er fortrolige med egenskaberne ved pålidelige, gyldige og letanvendelige alliance- og effektmålingsredskaber.

Kompetence 2: Implementering

- Behandlere integrerer klient-rapporteret effekt- og alliancedata i deres kliniske arbejde.
- Behandlere er samarbejdende og transperante, når de interagerer med klienter omkring indsamling af effekt- og alliancefeedback.
- Behandlere sikrer, at retningen og effekten af den tilbudte behandling er informeret af klientens præferencer.

Kompetence 3: Måling og rapportering

- Behandlere måler og dokumenterer løbende den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen sammen med klienten.

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

- Behandlere rapporterer deres effekt med tilstrækkelige detaljer, til at man kan vurdere nøjagtigheden og generaliserbarheden af resultaterne.

Kompetence 4: Kontinuerlig professionel udvikling.

- Behandlere afdækker deres nuværende effektivitet (baseline).
- Behandlere sammenligner deres baseline for effektivitet med de bedste tilgængelige normer, standarder eller benchmarks.
- Behandlere udvikler og udfører en plan for at forbedre deres baseline for effektivitet.
- Behandlere søger behandlingsmæssig topkvalitet, ved at udvikle og udføre en plan for bevidst, målrettet træning, rettet mod at forbedre deres effekt til et niveau, som ligger højere end nationale normer, standarder og benchmarks.



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

Kompetence 1: Forskningsmæssigt grundlag

Behandlere er fortrolige med forskning omkring den terapeutiske alliance.

- Alliancen består af 4 empirisk fastlagte komponenter (klientens præferencer, enighed om mål, metode og relation)
- Sammen med klientens funktionsniveau ved første kontakt, er klientens vurdering af alliancen den bedste indikator for behandlingseffekten.
- En signifikant andel af variabiliteten i effekt mellem behandlere skyldes forskelle i den terapeutiske alliance.
- Monitorering af alliancen giver behandleren mulighed for at identificere og reducere risikoen for tidlig drop-out og ingen eller negativ effekt.
- Klientens vurdering af alliancen har en stærkere sammenhæng med effekten, end behandlerens vurdering af alliancen.
- Forbedring af alliancen (fra start til slut i behandlingen) hænger sammen med positiv effekt.

Behandlere er fortrolige med forskning omkring effekt af terapi- og behandlingsarbejde (f.eks. psykiatri og misbrug)

- Psykoterapi er overordnet set effektivt og virksomt.
- Der er ingen meningsfulde forskelle i effekten af konkurrerende behandlingsmæssige tilgange, når der tages hensyn til de følgende faktorer:
 - Dodo Bird kendelsen: (evidens for og imod, kontroverser og metodologiske spørgsmål påvirker dens udslag)
 - Forsker eller behandler allegiance (tiltro)
 - Behandlingsdosis, træning og terapeut-effekter.
 - Sammenligninger med behandling, som har til hensigt at være hjælpsomme.
- Resultater af meta-analyser i forhold til resultater af enkelt-studier.

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

- Terapi virker for en stor del pga. særlige fælles faktorer, som kommer til udtryk med forskellige andele i interaktionen mellem behandler og klient.
 - Allegiance (tiltro) og engagement i tilgangen for både klient og behandler.
 - Samarbejdsalliancen mellem klient og behandler.
 - Enighed om mål
 - Enighed om metode
 - Det relationelle bånd
 - Klientens præferencer
 - Helende ritualer / praksisser (model og teknik)
 - Ekstraterapeutiske faktorer: En større andel af varians i effekt skyldes faktorer, som ikke relaterer sig til terapi, eller som ikke kan identificeres, end variable, som er specifikke eller non-specifikke terapeutiske faktorer.
- Der er betydelig variation i effekt mellem behandlere.
- Behandlers effektivitet har en tendens til at ramme et plateau (dvs. at den ikke bliver bedre) over tid, i fraværet af en målrettet indsats for at forbedre den.
- Behandlere er ikke præcise, når de subjektivt skal vurdere risiko for manglende effekt, drop-out og forværring.
- Behandlere er fortrolige med forskelle i normer for særlige klient-populationer, såsom børn og unge, og forstår hvordan effektmåling anvendes korrekt med disse populationer.
- Behandlere kan identificere forskelle og ligheder i mellem begreberne “evidensbaseret praksis”, “behandlinger med empirisk støtte” og “praksis-baseret evidens”.
- Ved at monitorere effekt kan behandlere identificere klienter i risiko for tidlig drop-out eller ingen forbedring.

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

- Behandlere, som har adgang til effekt-data, har generelt færre drop-outs og færre klienter, der oplever ringe effekt.
- Indikatorer for effekt er:
 - Varighed af terapien uden positive forandring (negativ indikator)
 - Tidlig positiv forandring
 - Klientens vurdering af alliancen.
 - Klientens niveau af engagement (klientens active deltagelse i at skabe og vedligeholde alliancen.
 - Forbedring af alliancen i løbet af behandlingen.
 - Brug af effekt- og allianceskemaer.
 - Klientens grad af forpinthed ved behandlingens start.
 - Behandlerens tiltro (allegiance) til den behandlingsmetode, de har valgt.
 - Bona fide behandlinger, som er udviklet til at være virksomme.
 - Behandlerens tidligere effektivitets-niveau (Brown's forskning om stabiliteten af behandlerens niveau over tid)
- Faktorer, som ikke er indikatorer/ kun er svage indikatorer for effekt er:
 - Klientens alder og køn, behandlerens alder og køn.
 - Klientens diagnose og tidligere behandlingshistorik.
 - Behandlerens uddannelse, fag, træning, opnåede grader, personlig terapi, certificeringer, klinisk supervision.
 - Terapimodel/ -teknik eller at matche terapien til diagnosen.
 - Overholdelse/ fidelitet/ competence indenfor en særlig behandlingsmetode.

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann



Kernekompeterer for ICCE Praktikere

Behandlere er fortrolige med den generelle forskning omkring toppræstationer (expert performance).

- Flere domæner (f.eks. musik, sport, skak, matematik, programmering) deler fælles faktorer, som er forbundet med toppræstation:
 - At kende sit nuværende niveau (baseline)
 - Løbende feedback
 - Bevidst, målrettet og reflektiv træning.

Behandlere er fortrolige med egenskaberne ved pålidelige, gyldige og letanvendelige alliance- og effektmålingsredskaber.

- Forstår og kan beskrive afvejningen mellem anvendbarhed og pålidelighed og gyldighed ved psykometriske måleredskaber.
 - Længere måleredskaber tilfører meget lidt ekstra prædiktiv information, hvis instrumentet måler enkelt-faktor generel forpinthed (i modsætning til multi-faktor instrumenter).
 - Længere effektmålingsredskaber resulterer i lav compliance (gennemførselsrate) i kliniske kontekster i den virkelige verden.
- Forstår betydningen af et effektmålingsredskabs sensitivitet overfor forandring.



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

Kompetence 2: Praksis og Implementering

Behandlere integrerer klient-rapporteret effekt- og alliancedata i deres kliniske arbejde.

- Anvender pålidelige, gyldige og letanvendelige måleredskaber af effekt og alliance til at guide behandlingen løbende.
- Forstår og kommunikerer de statistiske enheder og resultater fra effekt- og alliancemålinger til klienter på en klinisk meningsfuld måde (f.eks. klinisk cut-off, normer, forandringskurver, RCI (index for pålidelige forandring)).
- Kan integrere effekt- og alliancedata med klientens præferencer og andre klinisk meningsfulde informationer (f.eks. deres kliniske vurderinger og observationer, andre klient-rapporterede data, data fra parallelbedømmere (collateral raters)).

Behandlere er samarbejdende og transperante, når de interagerer med klienter omkring indsamling af effekt- og alliancefeedback

- Anvender alliancemåling for at identificere problemer/ udfordringer i den terapeutiske relation.
- Forstår betydningen af at skabe en "feedback kultur" (f.eks. for at optimere chancen for at fange og reparere alliancebrud, for at forebygge drop-out, for at rette op på afvigelser fra en optimal oplevelse af behandlingen).
- Kan identificere system-faktorer (f.eks. organisatoriske, ledelsesmæssige, politiske, behandlingsprogram, fakturering, finansiering, informationsteknologi) og terapeutiske praksisser, som kan fremme eller hindre skabelsen af en feedback kultur.
- Kender en række strategier/ muligheder for at tilpasse behandlingen som respons på alliance-feedback (f.eks. at drøfte det med klienten, søge konsultation hos kolleger, supervision, teammøder).

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

Behandlere sikrer, at retningen og effekten af den tilbudte behandling er informeret af klientens præferencer

- Behandleren spørger klienten om deres præferencer i forhold til behandlingen.
- Klientens feedback bruges til at monitorere og klargøre klientens præferencer (fokus, type, varighed, intensitet, sted og behandler).



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

Kompetence 3: Måling og rapportering

Behandlere måler og dokumenterer løbende den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen sammen med klienten.

- Behandlere fører komplette og organiserede optegnelser over effekt- og alliancedata fra deres klienter.

Behandlere rapporterer deres effekt med tilstrækkelige detaljer, til at man kan vurdere nøjagtigheden og generaliserbarheden af resultaterne.

- Behandlere anvender et konsekvent og transparant system for dataindsamling, analyse og rapportering, som tydeligt beskriver: sikrer at:
 - Data, som systematisk inkluderes eller ekskluderes fra indsamlingen, analysen eller rapporteringen.
 - Manglende data
 - Demografiske og deskriptive data (f.eks. alder, køn, kulturelt tilhørsforhold, behandlingskontekst).
 - Psykometriske egenskaber ved instrumenterne (f.eks. gyldighed, pålidelighed, normer).
 - Formler og metoder, som er anvendt til at beregne og rapportere effektivitet (f.eks. RCI (index for pålidelig forandring), korrigeret (eller relativ) vs. ikke-korrigeret effektsize, procent af klienter, der når målet (eller benchmarks), osv.).



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

Kompetence 4: Kontinuerlig professionel udvikling

Behandlere afdækker deres nuværende effektivitet (baseline).

- Beregner deres generelle effektivitet (f.eks. RCI (index for pålidelig forandring), korregeret (eller relativ) vs. ikke-korregeret effectsize, procent af klienter, der når målet (eller benchmarks), osv.)

Behandlere sammenligner deres baseline for effektivitet med de bedste tilgængelige normer, standarder eller benchmarks.

- Behandlere forstår generelle statistiske begreber for effekt (generel succesrate, effectsize, korregeret eller relative effectsize), forværringsrater, drop-out, osv.

Behandlere udvikler og udfører en plan for at forbedre deres baseline for effektivitet

- Identificerer områder, som skal være fokus for træning (f.eks. drop-out, alliance, effekt), som ligger under nationale normer, standarder eller benchmarks:
 - Udvikler og udfører en specifik plan for at leve op til nationale normer, standarder eller benchmarks.
 - Opsøger træning (supervision, konsultation eller coaching) målrettet områder af praksis, som ligger under nationale normer, standarder eller benchmarks.
 - Monitorerer forbedringer i baseline præstation, og tilpasser planen for forbedring efter behov.

Behandlere søger behandlingsmæssig topkvalitet, ved at udvikle og udføre en plan for bevidst, målrettet træning, rettet mod at forbedre deres effekt til et niveau, som ligger højere end nationale normer, standarder og benchmarks.



Kernekompetencer for ICCE Praktikere

- Identificerer specifikke mål for at forbedre deres præstation (f.eks. effekt, drop-out, special-områder).
- Udvikler og udfører en specifik plan for at nå målene for forbedring af præstation.
- Reflekterer over resultaterne og tilpasser planen for kontinuerlig professionel udvikling.

© 2011

www.centerforclinicalexcellence.com

Dansk oversættelse: Psykolog Susanne Bargmann

Appendix IV: Eksempel på implementeringsplan

Ved at udvikle en detaljeret plan, kan implementeringsprocessen organiseres og man kan sikre, at den bevæger sig fremad. Den ideelle plan (1) beskriver alle opgaver og mål, der skal opnås på hvert trin af implementeringen, (2) sætter specifikke tidsfrister for, hvornår opgaver og mål skal være nået, og hvornår implementeringstrinnet skal færdiggøres og (3) identificerer den/de person(er), der har ansvaret for at planen overholdes.

Opgaver, som skal inkluderes i en FIT implementeringsplan, inkluderer:

Indledende forberedelse:

- Udvikle et document, som identificerer rationalet og målene for at implementere FIT i hele organisationen.
- Skabe konsensus omkring omfanget af implementeringen af FIT.
- Etablere en PS (Projektstyrgruppe)
- Skabe en skitse til en protokol for eller retningslinjer for brugen af FIT.

Finansiering/ ressourcer:

- Identificere omkostninger og lave et budget.
- Få godkendt budgettet i sin endelige form.
- Sikre ressourcer til at tegne licens til et data-håndteringssystem og indkøb af hardware (f.eks. iPads eller andre tablets).
- Arrangere dækning for af de ressourcer i behandling og ledelse, som vil gå til pilotprojektet, både for ledere, mellemledere, trænere og behandlere.
- Orienter de medarbejdere, som skal gå ind og dække for ledelsen, trænere og pilotprojektdeltagere.
- Identificere muligheder for at søge økonomisk støtte til projektet.
- Arrangere aktiviteter til at skaffe finansiering af projektet.

Datahåndtering:

- Identificere behov i forbindelse med dataindsamling, -analyse, -håndtering og -rapportering.
- Identificere medarbejdere, som har ansvar for datahåndtering og rapportering.
- Forhandle kontrakt og anskaf data-håndteringssystem.
- Få sat datasystemet op.
- Teste datasystemet

Træning:

- Udvikle en træningsplan.
- Færdiggør læringsplanen for træningen
- Sikre plads til træningsafholdelsen og planlæg træning af mellemledere.
- Afholde en grundlæggende FIT træning for mellemledere
- Regelmæssig coaching af mellemledere i brugen af FIT.
- Afholde en grundlæggende FIT træning for behandlere
- Regelmæssig coaching af behandlere i brugen af FIT.
- Lave en træningsplan for brugen af data-håndteringssystemet.
- Færdiggør læringsplanen for træning i brug af datasystem og analyse af data, og anskaf materialer til træningen.
- Planlægge træning i datasystem og analyse af data, og reserver et computertræningsrum til træningen.
- Afholde træning i datasystem og analyse af data
- Lave en plan for vedligeholdelse, bla. for løbende FIT træning.

Kommunikation:

- Udvikle en kommunikationsplan.
- Skabe kommunikationsmateriale (FAQ's (ofte stillede spørgsmål), artikler, nyhedsbreve, osv.)
- Informere teamet om delmål, som er opnået, og om kommende arrangementer.
- Kommunikere effekt-data til medarbejdere og ledelse.

Evaluerings:

- Skabe en evalueringsplan for proces og resultater
- Indsamle data i løbet af implementeringen
- Sammenfatte evalueringerne i en rapport
- Implementere anbefalingerne fra rapporten

Appendix V: Eksempel på uddannelsesplan

Grundlæggende træning af mellemledere skal ikke kun bestå af information og undervisning, men også muligheder for at øve FIT igennem demonstration og rollespil. Efter den grundlæggende træning, skal mellemlederne, så snart det er muligt, integrere FIT i deres eget arbejde. Hvis mellemledere ikke arbejder med direkte klientkontakt, kan det udgøre en udfordring i forhold til at opnå det nødvendige niveau af forståelse og færdigheder. Det vil gøre det vanskeligt at opnå de nødvendige kompetencer og den nødvendige sikker i forhold til FIT til at kunne lede og supervisere behandlere i FIT praksis. I denne situation kan organisationen i stedet identificere interesserede behandlere, og træne dem som ”champions” (”forkæmpere”), som kan være FIT-mentorer for deres kolleger.

En grundlæggende FIT træning indeholder følgende materiale:

- Rationalet for at måle effekt og alliance
- Centrale forskningsmæssige pointer, som danner fundamentet for FIT.
- De psykometriske egenskaber ved ORS og SRS.
- Hvordan man præsenterer og scorer ORS og SRS sammen med klienter.
- Hvordan man følger ORS og SRS scorer.
- Hvordan man anvender skemaerne til at informere praksis og i samarbejdende planlægning.
- Hvordan man anvender effekt- og alliancedata til kontinuerlig professionel udvikling.
- Anvendelsen af ORS og SRS i særlige kontekster eller med særlige populationer, herunder forskellige behandlingsmodaliteter og -kontekster (beskrevet i Manual 5).

Efter den grundlæggende træning, skal mellemledere deltage i regelmæssig coaching. En enkelt dags workshop er ikke tilstrækkelig til at mestre FIT i praksis. Det er først når man begynder at integrere FIT i sin praksis at spørgsmål og udfordringer dukker op. Coaching kan hjælpe behandlerne igennem den besværlige fase, hvor de forsøger at integrere FIT i deres praksis. Gruppekon-sultation/ -coaching kan være særligt hjælpsomme i denne fase. Ved at dele succeser og udfordringer skabes et praksis-fællesskab og muligheder for at lære fra hinanden. Hvis et pilotprojekt er opstartet, kan deltagerne i pilotprojektet spille en uvurderlig rolle i disse opfølgende ”booster” sessioner, ved at dele det, de har lært i løbet af pilotprojektet.

Eksempel

Efter en hel dags træning, arrangerer træneren konsultation hver anden uge med deltagerne. De inviterer kolleger (praksisforkæmpere / “champions”), som har deltaget i pilotprojektet omkring FIT, til at deltage i møderne. Ved den første konsultation har kun en af deltagerne prøvet at anvende ORS og SRS med en klient. Ingen af de andre har prøvet at anvende dem. Træneren spørger, hvad der har stået i vejen for, at de andre deltagere kunne afprøve skemaerne. Et par af deltagerne nævner, at de har glemt det, fordi det ikke er en del af deres normale praksis. Kollegaen (praksisforkæmperen) fortæller dem, at han også glemte det, da han skulle begynde at anvende skemaerne, men at det var en hjælp for ham at vedlægge ORS og SRS til klientens journal, så han huskede at bruge dem. En anden deltager indrømmer, at han har været lidt forbeholden overfor at anvende skemaerne med klienter, fordi han var bange for den feedback hans klienter kunne give ham, og hvordan han særligt skulle håndtere negativ feedback på SRS. Kollegaen (praksisforkæmperen) validerer denne oplevelse og fortæller, at han selv havde lignende bekymringer i begyndelsen. Han fortæller, at det hjalp ham at han besluttede, at det ikke skulle handle om hans følelser, men i stedet om hvorvidt behandlingen var den rigtige for klienten. Da han først prøvede skemaerne blev han overrasket over, hvor givende klienternes feedback var. Han tilføjer, at det som virkelig overbeviste ham om, at skemaerne var vigtige var, da han oplevede en samtale, hvor han selv var overbevist om, at samtalen var gået rigtig godt. Klientens SRS var til hans overraskelse imidlertid ret lav. Han indså, at han ikke ville have opdaget de udfordringer, klienten oplevede i alliancen, hvis han ikke havde brugt skemaerne. Kollegaens (praksisforkæmperens) villighed til at dele sine oplevelser i denne lidt udfordrende session, gav de andre deltagere mere mod på at prøve skemaerne, og det viste dem, at det er okay at lave fejl og lære fra dem.

Efter den grundlæggende træning og en periode med øvelse og konsultation (3-6 måneder er anbefalingen), bør mellemledere få supplerende træning i de særlige principper og praksis, som knytter sig til FIT supervision, herunder:

- Nøgleopgaver for FIT supervisorer
- Praktisk anvendelse af FIT i supervision:
 - Hvordan FIT supervisorer integrerer klienters effekt- og alliancefeedback i supervisionen
 - Hvordan FIT supervisorer sikrer, at klientens præferencer afdækkes og adresseres
 - Hvordan FIT supervisorer kan integrere statistisk effektdata i supervisionen

- At identificere og adressere hindringer for behandleres implementering af FIT
- At gennemgå sager med risiko for ingen eller negativ effekt med behandlere
- At gennemgå succesfulde sager med behandlere
- At anvende FIT til at støtte behandlere i at arbejde for at forbedre deres effekt og opnå behandlingsmæssig topkvalitet.

Det er vigtigt at tilbyde løbende mulighed støtte og konsultation til mellemledere efter træningen, når de begiver sig ud i rollen som FIT supervisorer. F.eks. kan FIT-supervision være et fast tema ved møder for mellemledere, eller de kan modtage regelmæssig konsultation på FIT-supervision.

Træning af behandlere:

Efter at mellemlederene er uddannet i FIT praksis og FIT supervision, kan behandlerene få den samme grundlæggende træning og opfølgende konsultation, som deres mellemledere har gennemgået (se ovenfor). Det anbefales at mellemlederene deltager i den grundlæggende træning og de opfølgende konsultationer med de behandlere, de superviserer, for at vise støtte og for at de får blik for de udfordringer, behandlerne oplever, når de skal introducere FIT.

I store organisationer anbefales det, at træning og integration af FIT gøres i etaper, så 1-2 teams ad gangen trænes og støttes i integration via konsultation for behandlerne. Det er bedst, at behandlere integrerer FIT i deres praksis umiddelbart efter deres træning, så deres viden og færdigheder ikke går tabt.



The International Center for Clinical Excellence (ICCE) er et internationalt fællesskab af praktikere, ledere og forskere, som er interesseret i Feed back Informed Treatment.

Medlemskab er gratis - læs mere på:

www.centerforclinicalexcellence.com