



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



“Jeg har ikke tenkt så mye over dette. Men det kan sikkert være lurt.”

En undersøkelse om bruk av prosess- og utfallsmål blant norske psykologer.

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Endre E. Molaug & Fredrik Lian

Høst 2017

Veileder: Helge Holgersen

Forord

Vi ønsker å takke vår veileder Helge Holgersen for hans mange gode innspill og opplysende samtaler i forbindelse med denne hovedoppgaven. Vi vil også rette en stor takk til Leif Edward Ottesen Kennair for hans bidrag både før og etter datainnsamlingen. En rekke andre mennesker har vært viktige bidragsytere gjennom analyseprosessen. Vi vil her spesielt trekke frem Torbjørn Torsheim, Sigurd William Hystad, Helge Molde, Tony Leino og Kari Wik. Også Scott Miller, Derek Hatfield og Benjamin Ogles har vært med på å gjøre det mulig for oss å gjennomføre denne undersøkelsen i Norge. Sist, men ikke minst: en stor takk til Per-Einar Binder for gode råd og inspirasjon til å utforske dette feltet nærmere.

Abstract

Background: Routine outcome measures (ROM) in psychological practice have yielded promising results in reducing dropout rates, detecting client deterioration, and improving the outcome of psychotherapy. However, limited research has been conducted on the prevalence of use, and no research on the subject has been conducted on any Norwegian sample of psychologists. Existing studies indicate that the extent to which psychologists utilize outcome measures, is limited. **Method:** We conducted a survey to explore the use of Routine outcome measures among Norwegian psychologists. **Results:** 67% of Norwegian psychologists reported that they use some sort of ROM in their clinical practice. The most important reasons for using them was (a) to measure client progress ($M = 4.26, SD = .890$) and (b) to find out whether there is a need to alter the treatment plan ($M = 4.19, SD = .966$). Of the 33% who do not use ROM the most important reasons for not using was (a) it takes too much time ($M = 2.67, SD = 1.412$) and (b) it creates too much paperwork ($M = 2.60, SD = 1.455$). **Conclusion:** Compared to earlier studies conducted in the U.S., the use of ROM seems to be more widespread among Norwegian psychologists. However, it is unclear whether ROM is used in a way that facilitates positive outcomes, and whether psychologists have the necessary qualifications and training in using instruments for monitoring and enhancing progress. More research is needed to explore these issues.

Sammendrag

Bakgrunn: Rutinemessig måling av prosess- og utfall (ROM) i psykologisk behandling har vist lovende resultater med hensyn til å redusere frafall, fange opp forverring, og bedre utfallet i terapi. Lite forskning er imidlertid gjort på utbredelsen av ROM, og i Norge finnes det ingen studier på dette området. Eksisterende forskning fra USA tyder på at ROM er lite utbredt. **Metode:** Vi foretok en spørreundersøkelse for å undersøke utbredelsen av ROM blant norske psykologer, og for å avdekke hvilke årsaker de har for å bruke eller ikke bruke ROM. **Resultater:** 67% av norske psykologer bruker en eller annen form for ROM i sin kliniske praksis, hvor de viktigste årsakene for bruk er (a) å måle fremgang hos pasienten ($M = 4.26$, $SD = .890$) og (b) å finne ut om det er nødvendig å endre behandlingsplan ($M = 4.19$, $SD = .966$). Av de 33% som ikke benytter utfallsmål er de viktigste årsakene for dette (a) at det tar for mye tid ($M = 2.67$, $SD = 1.412$) og (b) det blir for mye papirarbeid ($M = 2.60$, $SD = 1.455$). **Konklusjon:** Gjennomføring av rutinemessig utfallsmåling ser ut til å være utbredt blant majoriteten av norske psykologer i dag. Sammenlignet med amerikanske psykologer i 2004 er andelen brukere det dobbelte. Det er imidlertid uklart hvorvidt instrumentene brukes på en måte som fremmer positiv pasientutvikling, og om psykologene er kvalifiserte til å bruke dem. Videre forskning bør undersøke den praktiske anvendelsen av ROM.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
Historisk bakgrunn	4
Donabedian-modellen	5
Diagnosesystemenes Inntog.....	6
Et Paradigmeskifte	7
Et Tilskudd til Klinisk Skjønn	8
Et Mangfold av Instrumenter.....	11
Hvordan virker ROM?.....	12
ROM Fasiliterer Fellesfaktorer	14
Går under Radaren	18
Treffsikker.....	19
Fyller et TomROM	20
Bedre med Trening	21
Uegnet for Rutinemessig Bruk?	23
En Ekstra Stein til Byrden?	24
En Trend i Tiden.....	26
Lite Brukt.....	27
Mange Veier til ROM.....	28
Formål og Hypoteser	29
Metode.....	32
Utvalg	32
Rekruttering	32
Måleinstrumenter.....	33
Statistiske analyser	34
Resultater.....	35
Diskusjon.....	42
En Økning?	43
Et Ureflektert Valg	43
Symptom Viktigere enn Allianse	45

Mangler Trening	46
Begrensninger	47
Konklusjon	50
Referanser.....	52
Vedlegg	67

Innledning

Hvert år opplever en betydelig andel klienter forverring når de går i psykologisk behandling, uten at behandlerne fanger det opp. I tillegg avbryter en stor andel terapien før de er ferdig behandlet (Swift & Greenberg, 2014; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Selv om vi har mange redskaper som har vist seg å være gode til å fange opp utvikling og forverring i terapi, viser studier at kun et mindretall av psykologer benytter seg av slike verktøy i sin kliniske praksis (Hatfield & Ogles, 2004; Phelps, Eisman, & Kohout, 1998). Psykologer baserer seg først og fremst på ustrukturerte intervju og klinisk skjønn når de skal vurdere om klienten har effekt av behandlingen eller ei, selv om en rekke undersøkelser viser at klinisk skjønn er en lite reliabel måte å vurdere fremgang og effekt av behandlingen på. Dette gjelder uavhengig av utdannelsesnivå og erfaring (Goldberg et al., 2016; Hannan et al., 2005). Klinikere evner altså i liten grad å predikere hvem vil og hvem som ikke vil ha utbytte av behandlingen.

I de senere årene har det imidlertid blitt gjort stadig mer forskning på såkalte Routine Outcome Measures (ROM) - spørreskjemaer brukt til å undersøke utviklingen i og utfallet av terapi (Miller, Hubble, Chow, & Seidel, 2015). Flere av disse måler symptomer i henhold til spesifikke diagnoser, noen fanger opp kvaliteter ved den terapeutiske alliansen, mens andre måler generell livskvalitet. Brukt på riktig måte kan slike enkle spørreskjemaer redusere sannsynligheten for frafall (dropout) betydelig, samtidig som de har vist seg å være svært egnet til å fange opp klienter som er i forverring (Miller et al., 2015; Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). Forskning på ROM har ledet til en rekke omstillinger i hvordan psykologer anbefales å drive klinisk praksis. Flere helseforetak har allerede implementert ROM som en del av sin daglige praksis (Karlsen, 2017; Trane, 2016), og Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon anbefaler nå bruk av systematisk tilbakemelding som et ledd i behandlingen (Helsedirektoratet, 2009).

Selv om vi ser en trend i forskningen vet vi ennå lite om hvor utbredt bruken av ROM er blant klinikere i Norge. Basert på Hatfield & Ogles (2004) sine funn blant amerikanske psykologer er det grunn til å tro at utbredelsen av prosess- og utfallsmål i klinisk praksis er begrenset også i Norge. Dersom dette stemmer er det grunn til å frykte at det i dag finnes tusenvis av klienter som dropper ut, stagnerer, eller blir dårligere under behandlingen fordi behandlerne ikke benytter seg av instrumenter som egner seg til å fange dem opp før det er for sent.

Med utgangspunkt i Hatfield & Ogles' undersøkelse fra 2004, ønsker vi i denne studien å finne ut hvor utbredt bruken av ROM er blant psykologer i norske helseforetak i dag. I tillegg er vi interessert i å undersøke hvilke grunner norske psykologer oppgir for å bruke eller ikke bruke ROM.

Historisk bakgrunn

Da psykologloven ble vedtatt i 1973, som den første i Norden, fikk psykologer en lovregulert utdanning og beskyttet tittel. På samme måte som leger og tannleger fikk de nå rettigheter og plikter som helsepersonell, i tillegg til egne fagetiske retningslinjer (Aanonsen, 2006). Da psykologene ble innlemmet i helsevesenet, gikk de samtidig inn i en lang og tung medisinsk tradisjon. Dermed måtte de forholde seg til diagnosesystemene og at det ble stilt høyere krav til dokumentert effekt av behandlingen som ble gitt. For medisinerere derimot, var ikke det å måle effekt av behandlingen noe nytt fenomen. Som Davies (1994) uttrykker det:

For generations we have used indicators of mortality, morbidity and expenditure when describing and evaluating the performance of individual clinicians, provider groups, hospitals and healthcare organisations, and the healthcare system in general. We have measured, tracked, reported and often attempted to alter rates of death, disease and expenditure (Davies, 1994, p. 6)

Den gryende psykologprofesjonen, som var ny i den offentlige helsesektor, har derfor i større og større grad måttet vise til effekt av behandlingen for å rettferdiggjøre sin plass (Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998).

Donabedian-modellen

Utviklingen av strukturerte måter å måle effekt av psykologisk behandling på kan videre spores tilbake til arbeidet gjort av Avedis Donabedian. I 1966 beskrev Donabedian i artikkelen “Evaluating the Quality of Medical Care”, en modell for hvordan helsetjenester bør evalueres. I Donabedian-modellen er det tre hovedfaktorer i helsetjenesten som bør kvalitetsevalueres: *Struktur; prosess og utfall*.

Struktur viser til rammevilkårene for helsetjenesten: materielle ressurser som fasiliteter og utstyr; menneskelige ressurser som antall profesjonsutøvere og støttepersonell; og kvaliteten på organiseringen av helsepersonellet, tilstedeværelsen av lærings- og forskningsmuligheter, ulike former for tilsyn og ytelsesvurderinger, betalingsmuligheter o.l.

Prosess beskriver de aktivitetene som utgjør helsetjenesten, slik som kvaliteten på diagnostikk, forebygging, og behandlingsprosessen i seg selv.

Utfall handler om ønskede eller uønskede forandringer på individ- og populasjonsnivå som kan tilskrives behandlingen. Eksempler på utfall som bør evalueres er helsestatus; forandringer i klientens eller familiemedlemmenes atferd; og klientens eller familiemedlemmenes tilfredshet med behandlingen samt utfallet av behandlingen (Donabedian, 2003). Donabedians modell har siden den kom i 1966 hatt stor innflytelse på hvordan helsetjenestene kvalitetssikrer arbeidet sitt (Chun & Bafford, 2014). Blant annet ble det i 2010, etter bestilling fra Helse- og Omsorgsdepartementet fremlagt en rapport av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I denne rapporten ble Donabedians prinsipper

lagt til grunn i deres anbefaling av hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2010).

Donabedian-modellen er også multidisiplinær, noe som innebærer at den kan brukes både i somatisk, så vel som i psykologisk behandling. Likevel har man vært nødt å ta høyde for noen vesentlige forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern i hvordan utfall skal evalueres. I store deler av somatisk behandling brukes objektive biologiske markører som indikatorer for underliggende patologi og utvikling av lidelsen. Innen psykologisk behandling derimot, har man så langt ikke funnet noen entydige biologiske markører som er direkte knyttet til klientens psykiske tilstandsbilde (Arfken & Balon, 2014).

Ettersom opplevelsen av psykisk lidelse er subjektiv, ble det etterhvert rettet mer fokus på at målene på bedring/forverring skulle ta utgangspunkt i den subjektive opplevelsen hos klientene, og ikke i objektive biologiske markører (Arfken & Balon, 2014). Dermed ble de standardiserte biologiske målingene, som utgjorde den dominerende måten å måle effekt på i helsevesenet, supplert med såkalte “klient-baserte” målinger av helse og lidelse (Gilbody, House, & Sheldon, 2003). Denne nye praksisen fikk et etablert rotfeste i helsevesenet, parallelt med deinstitutionaliseringen som skjedde i USA på 60-70-tallet, hvor man i mye større grad beveget seg i en retning av økt klientautonomi (Revicki, Kleinman, & Cella, 2014).

Diagnosesystemenes Inntog

Like etter startet utviklingen av det første internasjonalt aksepterte diagnostiske klassifikasjonssystemet for psykiske helseplager. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), som det het, ble ferdigstilt i 1980 og introduserte en rekke viktige nyvinninger. DSM-III inneholdt nå eksplisitte diagnostiske kriterer, et multiaxialt diagnostisk utredningssystem og gjorde et forsøk på å være nøytral med hensyn til de bakenforliggende årsakene til lidelsen (American Psychiatric Association, 2017). I samme periode som

utgivelsen av DSM-III kom også utviklingen av en rekke standardiserte måleinstrumenter for å diagnostisere på en reliabel måte, og for å kvantifisere alvorlighetsgraden av lidelsen (Cusin, Yang, Yeung, & Fava, 2009; Gilbody et al., 2003). Disse standardiserte instrumentene gjorde det mulig å gjennomføre epidemiologiske populasjonsstudier for å måle prevalens av psykiske lidelser basert på klientens opplevelse, men fungerte også som utredningsverktøy for klinikere (Gilbody et al., 2003). I teorien kunne man dermed foreta repeterte målinger for å måle utvikling av symptomer etter behandlingsoppstart, og på denne måten vurdere effekt av behandlingen.

Et Paradigmeskifte

Allikevel var det ikke før på midten av 90-tallet at forskningsmiljøene for alvor begynte å fokusere på rutinemessige time-til-time målinger av klientens fremgang for å evaluere og forbedre behandlingsutfallet i psykologisk behandling. Frem til da var forskning på effektene av psykoterapi hovedsakelig basert på *effekt-* og *effektivitetsstudier* (Lambert, 2001). Effektstudier (efficacy research) innebærer at effekten måles med utgangspunkt i standardiserte og kontrollerte forsøksbetingelser der man har både kvalifisert helsepersonell og optimale ressurser tilstede. Dette står gjerne i kontrast til behandlingens *effektivitet* (effectiveness), som viser til effekten behandlingen har når den har vært forsøkt i ordinær klinisk praksis (Hem, Gjersvik, & Bretthauer, 2014; Lambert, 2001).

Disse formene for forskning har åpenbare styrker. Blant annet gir de innblikk i hvilken behandling som har effekt, hvor mange behandlingen fungerer for, og i hvilken grad den fungerer. Dette er nødvendig informasjon for å kunne drive evidensbasert praksis. På den andre siden har en slik forskningstilnærming visse begrensninger når klinikere skal anvende kunnskapen. For det første gir den kun statistiske indikatorer for hvordan mennesker med en gitt problematikk vil kunne ha nytte av behandlingen. Den sier lite om hvorvidt behandlingen vil fungere for den enkelte klient som behandles på et gitt tidspunkt. Heterogeniteten i

årsaker, symptomer og symptomtrykk ved de respektive lidelsene er svært stor hos mennesker med psykiske helseplager, og en spesifikk behandling vil ikke uten videre passe for alle, uavhengig om klientene har samme diagnose. Hverken effekt- eller effektivitetsstudier gir dermed tilstrekkelig informasjon om hvorvidt behandlingen vil passe den enkelte klient (Howard, Moras, Brill, Martinovich, and Lutz, 1996).

Forskningen til Howard et al. (1996) innledet i denne sammenheng et helt nytt forskningsparadigme i psykoterapifeltet. De foreslo en idiografisk tilnærming som et supplement til de nomotetiske effekt- og effektivitetsstudiene. I tillegg til å bare se på behandlingseffekter på gruppenivå, introduserte Howard et al. (1996) et viktig spørsmål i psykoterapiforskningen: “funker behandlingen for akkurat denne klienten?”. En slik forskningstilnærming (klient-basert forskning) fikk dermed en direkte overføringsverdi til klinikken. Nå fikk man med utgangspunkt i forskningen redskaper til å utforske klientutvikling på en strukturert måte, og samtidig muligheten til å tilpasse og justere behandlingen for klienter som er i nåværende behandling (Miller et al., 2015).

Helt siden Howard et al. (1996) innledet dette nye “forskningsparadigmet” har det kommet en sterk økning i klient-basert forskning (Boswell, Kraus, Miller, & Lambert, 2015). Studiene har i stor grad omhandlet hvordan kontinuerlig innhenting av tilbakemelding fra klientene kan bidra til å tilpasse og optimalisere behandlingen for den enkelte klient, ofte uavhengig av behandlingsmetodikk. I dag finnes det mer enn et dusin randomiserte kontrollerte studier (RCT) og en mengde metaanalyser som gir sterk empirisk støtte til Rutinemessig utfallsmonitorering (ROM) i klinisk praksis (Miller et al., 2015).

Et Tilskudd til Klinisk Skjønn

Det finnes mange måter å måle prosess og å undersøke effekt av behandlingen på, og det eksisterer flere tusen ulike instrumenter som benyttes av klinikere, hvor alle varierer mer

eller mindre med hensyn til hva som måles, hvem som fyller ut, og hvordan de er utformet. I et forsøk på å organisere instrumentene, utviklet Lambert and Hill (1994) en oversikt over de mest sentrale prinsippene for måling av utfall. I følge denne modellen kan utfallsmålene defineres ut fra fire kategorier: *Innhold, midlertidighet, kilde og teknologi*.

Innhold handler om hva instrumentet faktisk måler. Dette omfatter intrapersonlige forandringer, kvaliteten på klientens intime relasjoner, og mer bredt: klientens fungering i sitt nærmiljø og hans eller hennes sosiale roller.

Midlertidighet viser til når og hvor ofte utfallsmålet brukes. Noen måleinstrumenter benyttes kun én enkelt gang i etterkant av terapien, noen både før og etter selve behandlingen, mens andre måler atferdsmønstre både underveis og ved endt behandling.

Kilde peker på hvem informasjonen er hentet fra - for eksempel om det er fra klienten selv, pårørende, terapeuten, eller tilbakemelding fra trente observatører.

Teknologi handler om hvilken prosedyre som benyttes for å måle utfallet. Eksempler på ulike prosedyrer er globale mål, diagnose-spesifikke og transdiagnostiske symptom mål, observatørrangeringer, fysiologiske mål, eller livsopplysninger (Lambert & Hill, 1994).

Med det store spekteret av metoder for å måle utfall, har vi i denne artikkelen begrenset oss til to av de mest sentrale verktøyene, trukket frem av Boswell et al. (2015): OQ-45 (Lambert et al., 1996) og PCOMS (ORS og SRS) (Duncan, Miller, & Sparks, 2011).

Med bakgrunn i Lambert and Hill (1994) sin klassifisering av utfallsmål, utviklet Lambert og hans kolleger verktøyet OQ-45, som til nå er det instrumentet som har størst forskningsgrunnlag (Boswell et al., 2015). OQ-45 måler tre aspekter ved klientens livstilstand gjennom behandlingsforløpet: subjektivt ubehag (intrapersonlig fungering), interpersonlige relasjoner og sosial fungering. Testen tar 5-7 minutter å besvare, og skal ideelt sett gjennomføres fra time til time. Hvert ledd skåres på en 5-punkts skala, hvor den totale skåren havner mellom 0 og 180. Høyere verdier indikerer patologi hos den som besvarer. OQ-45 har

også et feedback-system – et alarmsystem basert på algoritmer som predikerer hvorvidt klienten står i fare for å bli verre (Hannan et al., 2005).

I tråd med Donabedians modell for evaluering av kvalitet i helsetjenestene, er det ikke bare det direkte utfallet av behandlingen som bør måles, men også prosessen. Gode resultater fordrer gode prosesser, noe som kan se ut til å ha vært et gjennomgående mantra også i psykoterapiforskningen de seneste årene: Av prosesser som har vist seg å lede til gode klientutfall, er det én faktor som ofte stikker seg frem som den mest vesentlige: den terapeutiske alliansen (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Over 1000 artikler har til nå dokumentert viktigheten av den terapeutiske alliansen for å få til gode behandlingsutfall (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). Ettersom den terapeutiske alliansen synes å være sentral for å skape gode utfall hos klientene, har flere klinikere fremhevet viktigheten av at også denne bør monitoreres gjennom behandlingen (Duncan et al., 2003).

En utfordring med dette, slik Norcross (2010) har påpekt, er at klinikere er dårlige til å avgjøre hvordan klienten vurderer den terapeutiske alliansen. For å møte denne utfordringen utviklet Duncan og hans kolleger i 2000 et prosessverktøy som hadde til hensikt å måle nettopp alliansen, som et tillegg til den kliniske vurderingen (Duncan et al., 2003). Session Rating Scale (SRS), som den heter, ble dermed et av de første kliniske verktøyene designet for å måle alliansen mellom klient og terapeut. Også OQ-45 har et etablert prosessmål, men skiller seg fra SRS ved at den hovedsakelig brukes med klienter som ikke har ønsket behandlingseffekt gjennom forløpet. SRS måler på sin side styrken på alliansen og legger til rette for at alliansen skal tematiseres mellom klient og terapeut *hver eneste time* (Duncan, 2012)

SRS tar utgangspunkt i Edward Bordins alliansedefinisjon, der den terapeutiske alliansen består av et relasjonelt bånd, og en enighet om mål og oppgaver gjennom terapien (Duncan, 2012). Dette har så blitt oversatt til fire visuelle skalaer, hvor klienten skal rangere

kvaliteten på alliansen ved å sette et kryss på en 10 cm horisontal linje. I SRS er den kliniske grenseverdien på 36 av totalt 40. En total SRS-skåre på under 36 indikerer at alliansen bør tematiseres i behandlingen (Low, Miller, & Squire, 2012)

I dagens praksis innebærer feedback-informert behandling (FIT) ofte administrering av to skalaer gjennom behandlingsforløpet. En som måler kvaliteten på den terapeutiske relasjonen, og en som måler utviklingen og/eller utfallet (Prescott & Miller, 2015). Dette er også tilfellet ved PCOMS, som i tillegg til SRS-skalaen inneholder utfallsmålet Outcome rating scale (ORS). ORS ble utviklet som en respons på flere klinikers frustrasjon over at administreringen av instrumentet tok svært lang tid. På tross av OQ-45 sine styrker, tar administreringen ofte så lang tid at klinikere unnlater å bruke det (Duncan, 2012).

ORS baserer seg på hoveddimensjonene som måles i OQ-45 (personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt). Den skåres av klienten i starten av hver time og administreres på samme måte som SRS: på fire skalaer, målt på en 10 cm lang horisontal linje. Her rangerer klienten hvordan han eller hun har det personlig (med seg selv); mellommenneskelig (partner, familie, og nære relasjoner); sosialt (arbeid, skole, venner); og generelt. Både SRS og ORS opererer med kliniske grenseverdier, hvor summen av hver enkelt skala legges sammen til en totalskåre fra 0 til 40. I ORS er klinisk grenseverdi satt til 25. En økning eller reduksjon i total ORS-skåre på 6 poeng indikerer en klinisk signifikant endring (Duncan & Sparks, 2016).

Et Mangfold av Instrumenter

Både ORS og OQ-45 er multidimensjonale og diagnoseuavhengige skalaer. Begge måler utfall basert på en forståelse av at psykisk lidelse manifesterer seg både personlig, relasjonelt og sosialt. Andre måleinstrumenter er mer endimensjonale og innehar *diagnosespesifikke symptommål*, som Beck's Depression Inventory (BDI) (Aaron T Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961); Beck's Anxiety Inventory (BAI) (Aron T Beck,

Epstein, Brown, & Steer, 1988); Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979); og det diagnostiske verktøyet M.I.N.I. (Sheehan et al., 1997). MADRS skiller seg fra både BAI og BDI ved at det er klinikeren selv som vurderer styrken på symptomene. I M.I.N.I. er det klinikeren selv som vurderer hvorvidt symptomene er til stede eller ikke. BAI og BDI rapporteres fra klienten selv. Andre symptommål er *transdiagnostiske*, og har til formål å måle det generelle symptomtrykket. Eksempler på dette er det bredspektrede symptommålet Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) (Derogatis & Cleary, 1977) og Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983).

Andre transdiagnostiske utfallsmål har til hensikt å måle fenomen som oppstår på tvers av diagnoser, som for eksempel vanskeligheter med regulering av negative emosjoner, selvmedfølelse, mestringstro, unngåelsesatferd, oppmerksomhetsfokus, emosjonell resonnering og repeterende negativ tenkning, også kalt grubling eller ruminering (Hagen, Johnson, Rognan, & Hjemdal, 2012). Eksempler på tester som har til hensikt å måle slike fenomener er Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001); Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003); og Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

Med et så stort spekter av målemetoder kan vi forvente at det er en stor variasjon i hvilke instrumenter hver enkelt kliniker bruker, noe forskningen også tyder på: I den omfattende testbruksundersøkelsen som ble utført i 2012 i regi av Norsk psykologforening konkluderer forfatterne med at norske psykologers testbruk “synes å være kjennetegnet av innovasjon heller enn konservatisme” (Vaskinn & Egeland, 2012, p. 662), og at de tar testene raskt i bruk før de er tilstrekkelig kvalitetssikret. Forfatterne anbefaler at det bør innføres retningslinjer for oversettelse og bruk av internasjonale tester (Vaskinn & Egeland, 2012)

Hvordan virker ROM?

ROM har vist seg å være et viktig tilskudd i flere ledd av behandlingen. Blant annet kan måling av klientprogresjon ha en positiv innvirkning på behandlingen i seg selv. Flere studier har vist at bruk av ROM kan øke effektstørrelsen betraktelig, og i noen tilfeller er effektstørrelsen tredoblet (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Boswell et al., 2015; Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg, & Hayes, 2011). I Lambert et al. (2003) sin metaanalyse fant de at suksessraten ved avsluttet behandling var 65% bedre i tilfeller hvor terapeuten hadde fått tilbakemelding på klientutviklingen sammenlignet med forløp hvor terapeutene ikke hadde tilgang på tilsvarende tilbakemelding. Samtidig har forskning vist at oddsen for bedring ved bruk av tilbakemelding ligger på 2.6 sammenlignet med behandling uten tilbakemelding (Shimokawa et al., 2010). En måte å forstå hvordan ROM kan lede til slike resultater, er ved å ta utgangspunkt i virksomme *endringsmekanismer* i psykologisk behandling.

I løpet av de siste 30 årene er det publisert om lag 60.000 akademiske artikler om effekten av psykoterapi, som samlet har vist klare fordeler ved psykologisk behandling for et vidt spekter av psykiske lidelser og med et stort mangfold av terapimetoder (Lambert, 2013). Den gjennomsnittlige person som mottar psykologisk behandling vil bli bedre enn 79% av de som ikke mottar behandling (Wampold & Imel, 2015). Det er imidlertid stor uenighet om hvilke endringsmekanismer som leder til bedring. I dag forstås psykopatologi primært ut fra en medisinsk modell, hvor diagnosespesifikke lidelser behandles med bestemte intervensjoner gjennom spesifikke aktive ingredienser (Jørgensen, 2004). Måten å forstå sykdom på legger med andre ord føringer for hvordan bedring skal tolkes og hvilke teknikker som er ment å lede til bedring. Enhver psykoterapiretning har sin egen måte å forstå sykdom på, hvilke teknikker som skal benyttes, hva som leder til endring, og hvilke endringsmekanismer som virker inn på bedring (Jørgensen, 2004)

Wampold & Imel (2015) mener derimot det er på tide å skifte til en kontekstuell modell der man ser på virksomme *fellesfaktorer* som går på tvers av terapiretninger, blant

annet fordi omfattende forskning har vist at det er liten til ingen effektforskjell mellom de ulike terapiretningene (Wampold & Imel, 2015). Å utvikle nye terapiformer ser med andre ord ikke ut til å hjelpe de klientene som ikke blir bedre av de eksisterende terapiformene. Videre konkluderer Lambert (1992) gjennom sine estimater med at bare 15% av endringen som skjer i terapi kan tilskrives faktorer knyttet til spesifikke terapiformer. På den andre siden kan hele 30% av variansen forklares med fellesfaktorer.

Videre hevder Asay and Lambert (1999) at 40% av endringsvariansen må ses i lys av egenskaper ved klienten selv og faktorer utenfor rammene av terapien – for det meste uforklart varians – mens de siste 15% må forstås som et resultat av klientens forventninger til terapien. Med utgangspunkt i Lamberts funn, har man i løpet av de siste 20 årene studert en rekke fellesfaktorer, som *empati* hos terapeuten, *korrigerende emosjonelle erfaringer*, klientens *motivasjon*, og *alliansen* mellom klient og terapeut, og funnet av disse har stor betydning for utfallet i terapi (Bohart, 2000; Lambert & Barley, 2001; Maione & Chenail, 1999; Wampold & Imel, 2015).

ROM Fasiliterer Fellesfaktorer

Fellesfaktortilnærmingen har vært med på å bidra til utviklingen av ROM, som antas å være spesielt egnet til å fasilitere virksomme fellesfaktorer i terapi (Sparks, Duncan, & Miller, 2008). I dette perspektivet ser man bort fra bestemte psykoterapimetoder med forhåndsdefinerte og manualiserte intervensjoner. I stedet støttes en tilnærming der behandlingen tilpasses hver enkelt situasjon gjennom tilbakemelding fra klienten. Selv om Lambert har blitt kritisert for sine konklusjoner om at alle terapiformer har like god effekt, er det nå bred enighet om at fellesfaktorer spiller en viktig rolle for utfallet i terapi (Jørgensen, 2004).

Én fellesfaktor som antas å bli fasilitert gjennom bruk av ROM er korrigerende emosjonelle erfaringer: Ved at klienten i en trygg kontekst blir utsatt for vanskelige følelser

som han eller hun ikke har klart å håndtere tidligere, vil klienten lære å håndtere følelsene bedre (Jørgensen, 2004). I løpet av en terapitime oppstår det ofte flere brudd i alliansen, noe som kan defineres som et sammenbrudd i samarbeidet klient og terapeut (Safran & Muran, 2006). Slike brudd er uunngåelige, og god terapi handler om å reparere dem, og på denne måten gi klienten en korrigerende emosjonell erfaring. Slik lærer klienten at den andre er tilgjengelig og at han eller hun selv er i stand til å tåle relasjonelle brudd når de oppstår ellers i livet (Safran & Muran, 2000).

Ifølge Safran and Muran (2000) har prosessen ved å jobbe seg gjennom slike brudd terapeutisk potensiale i seg selv. I tillegg hevder de at evnen til å fange opp og reparere brudd på en tilfredsstillende måte korrelerer med utfallet av terapi. Når terapeuter ikke evner å predikere om en gitt klient vil oppleve forverring i terapi eller er spesielt gode til å vurdere klientens opplevelse av alliansen (Hannan et al., 2005; Norcross, 2010), er det også grunn til å tro at de har vansker med å fange opp brudd. Rutinemessig bruk av prosess- og utfallsmål vil i denne sammenheng kunne være svært egnet til å fange opp brudd når terapeuten selv ikke oppdager det (Chen, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Hasson-Ohayon, & Refaeli, 2016).

På samme måte vil ROM kunne fasilitere terapeutbaserte fellesfaktorer som evnen til å empatisere, formidle håp, være varm, støttende og aksepterende. Empati handler om å fange opp, dele og forstå den andres tilstand, i tillegg til å kunne identifisere seg med den andre ved å ta hans eller hennes perspektiv (Wampold & Imel, 2015). Terapeutens evne til å empatisere med klienten er en av de mest undersøkte fellesfaktorene, og en nyere metaanalyse har vist at empati har en gjennomgående moderat effekt når det kommer til utfall av terapi (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Å empatisere med klienten er en komplisert prosess. Å utøve empati på en god måte krever trening ved at terapeuten får regelmessige tilbakemeldinger på sine empatiske responser (Greenberg, Watson, Elliot, & Bohart, 2001).

ROM kan i denne sammenheng være et nyttig hjelpemiddel for å fasilitere terapeutens innsikt og empatiske forståelse av klientens opplevelsesverden.

Videre har klientens grad av engasjement og motivasjon vist seg å predikere utfall på tvers av metoder (Sparks et al., 2008). Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) har foreslått at klientens *endringsevillighet* (readiness to change) har stor betydning for utfallet. De skisserer fem stadier som beskriver i hvor stor grad klienten er villig til å endre seg. I det første stadiet er klienten ennå ikke i stand til å se en sammenheng mellom vanskene i livet og sitt eget bidrag til at de opprettholdes. I det femte og siste stadiet er klienten fast bestemt på å gjøre en endring og å lage en plan for dette. I følge Prochaska et al. (1992) er det nødvendig at terapeuten klarer å identifisere hvilket stadium klienten er i for å få til et vellykket behandlingsresultat. Nettopp dette kan gjøres ved å innhente kontinuerlig tilbakemelding fra klienten gjennom ROM, og slik vurdere klientens grad av engasjement og motivasjon.

Terapeut: Jeg ser her på ORS-skalaen at du ikke har opplevd noe bedring de siste timene. Stemmer det med din opplevelse?

Klient: Ja.

Terapeut: Hva tror du det skyldes?

Klient: Nei jeg vet ikke. Hele familien maser så fælt på at jeg må kutte ned på drikkingen. Tror denne masinga påvirker meg veldig dårlig.

Terapeut: Tenker du at masingen er verre for deg enn at du drikker så mye som du gjør?

Klient: Åpenbart.

I dette eksempelet gjorde ROM det mulig å få tilgang på klientens grad av innsikt i hans problemer. Klienten er åpenbart på et tidlig endringsstadium, og terapeuten må dermed tilpasse behandlingen deretter. Å innhente fortløpende tilbakemelding kan gjøre det mulig for

terapeuten å justere intervensjonene opp mot klientens grad av innsikt, motivasjon og engasjement. I vellykkede terapiforløp skjer det som regel en endring allerede i løpet av de første timene (Brown, Dreis, & Nace, 1999; Duncan, 2012). Dersom den kontinuerlige tilbakemeldingen viser at klienten ikke har opplevd bedring etter flere timer, kan det indikere at terapeuten ikke har klart å matche klientens endringsstadium. Dermed bør terapeuten gå tilbake til å jobbe med klientens motivasjon for endring. På denne måten kan ROM legge til rette for å sikre at terapeuten møter klienten i det stadiet av endringsprosessen han eller hun er i (Prochaska et al., 1992).

Den terapeutiske alliansen er en av de mest undersøkte fellesfaktorene (Horvath et al., 2011). Både klientens oppfatning av relasjonen og terapeutens vektlegging av alliansen har vist seg å være en av de sterkeste prediktorene for utfall (Chen et al., 2016). Alliansens bidrag til utfallet i terapi kan forklares gjennom klientens *endringsforståelse* (theory of change): I eksemplet over, har klienten en idé om hva som er problemet og hva som er årsaken. Dette legger også føringer for hvordan klienten opplever at problemet skal løses (mindre mas fra familien). Å skape en positiv allianse avhenger dermed av at terapeuten matcher klientens endringsforståelse. Terapeuten bør unngå å sette mål som kun er forankret i sin egen idé om sykdom og helbredende faktorer, ettersom dette kan true alliansen (Duncan, Hubble, & Miller, 2004), og i verste fall medføre at klienten ikke kommer tilbake. Terapeuten bør være fleksibel og villig til å endre mål og tilnærming dersom matchen er dårlig.

Gjennom kontinuerlig tilbakemelding fra klienten, kan terapeuten bli i bedre stand til å evaluere om forklaringene og prosedyrene gir gjenklang hos klienten. Ved bruk av SRS kan for eksempel en lav skåre på “Jeg følte meg hørt og forstått” fungere som en gylden mulighet til å ta opp og reparere eventuelle misforståelser som har oppstått i timen, noe som i sin tur vil kunne bidra til å styrke alliansen (Duncan et al., 2003).

Går under Radaren

ROM egner seg ikke bare til å fasilitere endringsmekanismer i psykologisk behandling, men kan også fange opp klienter som er i forverring. Det anslås at 6-10% av alle som mottar psykologisk behandling er dårligere ved endt behandling sammenlignet med oppstart (Hansen, Lambert, & Forman, 2002). Prevalensen er enda høyere for klienter som i tillegg har rusproblemer (Ilgen & Moos, 2006). Verst er den for barn, hvor prevalensen av negative utfall ligger mellom 10% og 20% (Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, & Burlingame, 2010). I tillegg opplever 30-50% tilnærmet null effekt av terapien (Boswell et al., 2015; Hansen et al., 2002), og 20-50% av klientene dropper ut av behandlingen (Swift & Greenberg, 2014; Wierzbicki & Pekarik, 1993). I praksis kan dermed effekten av psykoterapi være så lav som 30% (de Jong, van Sluis, Nugter, Heiser, & Spinhoven, 2012).

Kunnskap om negative effekter i psykoterapi kan bidra til at klinikere blir bedre i stand til å gi riktig helsehjelp; til at vi kan utvikle bedre behandlingsmetoder; og til at klienter kan ta mer informerte valg om hvilken behandling de ønsker. Foreløpig, derimot, ser det ikke ut til at klinikere er tilstrekkelig bevisste på at behandlingen de gir kan føre til forverring av tilstanden hos klientene. I en undersøkelse foretatt av Boisvert and Faust (2006) tok hele 30% av psykologene feil når de skulle anslå hvor stor utbredelsen av negative utfall er i psykoterapi, mens 28% ikke hadde noe som helst kjennskap til forskning om fenomenet. Dette indikerer en tydelig epidemiologisk kunnskapsmangel blant psykologer om forverring i psykoterapi. I tillegg vurderer majoriteten av klinikere seg bedre enn sine kolleger når det kommer til effekt av behandlingen de gir: Walfish, McAlister, O'donnell & Lambert (2012) fant at så mye som 90% av terapeutene vurderte seg som 25% bedre enn gjennomsnittet, noe som kan tyde på at psykologer er uvitende om at behandlingen de gir også kan ha negative effekter.

Tradisjonelt har psykologer målt utfall på en uformell og ustrukturert måte. Samtidig har flere studier vist at psykologer ikke er i stand til å forutse hvilke klienter som er i forverring, hvem som vil oppleve negative effekter, og hvem som vil komme til å avbryte behandlingen (Hannan et al., 2005). I eksperimentet til Hannan et al. (2005) ble 28 terapeuter ved en universitets-poliklinikk (26 elever og 2 lisensierte behandlere) bedt om å forsøke å predikere hvem av klientene som ville bli verre, hvem som ville bli bedre, hvem som ikke ville ha effekt og hvem som ville droppe ut. Resultatene viste at klinikerne kun vurderte 3 (0.01%) av de 550 behandlede klientene til å stå i fare for forverring, mens hele 40 klienter (7.3%) opplevde forverring ved endt behandling. I tillegg fant Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger (2010) i en annen studie at kun 32% av terapeuter registrerte klientforverring i journal, på tross av klientenes dramatiske eskalering i symptomer uken før møtet med terapeuten.

Treffsikker

Psykologers manglende evne til å predikere utfall tegner et bilde av et behov for mer reliable og valide metoder for å tidlig kunne avdekke hvem som vil ha effekt av behandlingen og ikke. Samtidig viser forskning at sjansen for negative utfall kan reduseres betraktelig. Ved å aktivt og strukturert skaffe tilbakemelding fra klienten gjennom bruk av ROM, kan psykologer fange opp klienter i forverring og forhindre frafall før det finner sted, noe som kan være med å øke sannsynligheten for bedring hos klientene (Miller, Hubble, Chow, & Seidel, 2013; Ogles, Lambert, & Fields, 2002; Simon, Imel, Ludman, & Steinfeld, 2012).

I en nyere metaanalyse studerte Shimokawa et al. (2010) effektene av ROM (OQ-45) hos klienter som ikke hadde forventet positiv effekt (not on track). Resultatene viste at i behandlingsløp hvor terapeuten ikke brukte OQ-45, ble hele 20.1% verre gjennom behandlingen. I kontrast til dette ble kun 5.5% verre av klientene som var i et behandlingsforløp hvor feedbacksystemet OQ-45 ble benyttet. I en annen studie kom det frem

at ved å bruke OQ-45 kunne klinikere med 100% sikkerhet forutse hvem som ville ha negativt utfall. Allerede etter 3 behandlingstimer ble 86% fanget opp av utfallsmålet (Hannan et al., 2005). OQ-45 var dermed mange ganger mer treffsikkert enn klinikernes subjektive vurdering. En slik tilbakemelding i terapien gjør det altså mulig for terapeuter å foreta justeringer basert på hvordan hver enkelt klient responderer på behandlingen, heller enn å kun stole blindt på at behandlingen har effekt. Det er lettere for terapeuter å være responsive til klientenes behov dersom de oppdager at klientene ikke lykkes i behandlingen som antatt. Shimokawa (2010) spesifiserer imidlertid at måleinstrumentene aldri må erstatte terapeutens kliniske skjønn.

Fyller et TomROM

Det er en kjensgjerning at terapeuter flest ønsker å utvikle seg som klinikere (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Som et ledd i den faglige utviklingen gjennomgår mange klinikere spesialisering og etterutdanning med en antakelse om at dette vil lede til en mer effektiv og etisk praksis. Dette gjør de, på tross av det i dag ikke finnes noen dokumentasjon på at dette fører til økt klinisk kompetanse (Miller et al., 2015). Tvert imot er det lite empiri som støtter at terapeuterfaring eller terapeututdanning spiller noen rolle i å predikere resultat overhodet. Som Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear (2014) konkluderer i sin review-artikkel om ekspertise i psykoterapi: “[...] it is clear that better outcomes do not emerge as a function of experience” (Tracey et al., 2014, p. 225). I tillegg flater de fleste ut svært tidlig karrieremessig med hensyn til å skape gode resultater (Tracey, Wampold, Goodyear, & Lichtenberg, 2015).

Samtidig vet vi at noen terapeuter har bedre resultater enn andre, og at det vanligvis er større forskjell mellom individuelle terapeuter enn det er forskjell mellom psykoterapimetoder (Wampold & Brown, 2005). En årsak til disse forskjellene, og til den begrensede kliniske utviklingen hos terapeuter kan være manglende feedback fra klientene (Tracey et al., 2015). I

andre profesjoner, som for eksempel hos flygere og fotballspillere har utøverne et mye bedre utgangspunkt for utvikling av ekspertise, da de lettere kan få umiddelbar tilbakemelding på om oppgaven utøves riktig eller ikke. En pilot vil merke at flyet mister oppdrift uten tilstrekkelig med “flaps” under lave hastigheter, og en fotballspiss som aldri skårer mål, vil utvilsomt forsøke andre strategier. Umiddelbar feedback er med andre ord et svært viktig virkemiddel for å finne bedre strategier for å løse et gitt problem.

Psykologer har på sin side få muligheter til å se konsekvenser av sitt arbeid på samme måte som piloter og fotballspisser. Dette skyldes blant annet at psykisk tilfriskning ofte er en modningsprosess; bedring er gjerne merkbar først en stund etter intervensjonen blir satt inn. Dermed blir det også vanskelig å tilskrive endringene til spesifikke intervensjoner, noe som gjør det utfordrende for klinikerne å spesifisere hva ved sin behandling som har effekt og ikke. Å måle utvikling rutinemessig gjør det mulig å få tilbakemelding om klientens tilstand i nåtid, slik at psykologer blir i bedre stand til å vurdere sine egne styrker og svakheter.

Bedre med Trening

Det er imidlertid ingen automatikk i at bruk av rutinemessige utfallsmål hverken gjør deg bedre som terapeut eller øker effekten av behandlingen. de Jong et al. (2012) fant at bare halvparten av de som mottar feedback fra klienten faktisk tar i bruk denne informasjonen. I en annen studie av behandlingen av psykotiske klienter, fant forskerne at tilbakemeldingene innhentet med ROM ikke ledet til endring av behandlingsplanen. Det ble heller ikke funnet noen ytterligere symptomreduksjon i de forløpene hvor ROM ble benyttet (Tasma et al., 2016). Måling i seg selv gir dermed ingen garanti for klinisk signifikant endring, med mindre informasjonen benyttes på en hensiktsmessig måte til beste for klienten.

Gjennom å se på studier av blant annet sport, sjakk, musikk, medisin, matematikk, undervisning og dataprogrammering fant Miller et al. (2013) tre sentrale steg for utvikling av ekspertise. Det første innebærer å ha kjennskap til egne styrker og svakheter. Deretter må man

kontinuerlig innhente feedback på egne prestasjoner. I det siste steget må utøveren benytte denne informasjonen til aktiv *ferdighetstrening* (deliberate practice). Ferdighetstrening er en spesialisert prosess som innebærer at man trener spesifikt og målrettet på egne forbedringsområder (Ericsson & Lehmann, 1996). Forskning på sammenhengene mellom ferdighetstrening og utfall i psykoterapi er begrenset, men har vist lovende resultater. I en studie hvor forskerne sammenlignet utfallsdata mellom klinikere som brukte tid på ferdighetstrening med klinikere som ikke gjorde dette, fant de at ferdighetstrening i seg selv hadde en positiv effekt på utfallet. Studien spesifiserte imidlertid ikke *hvilke* aktiviteter i ferdighetstreningen som hadde en effekt (Chow et al., 2015).

I et forsøk på å spesifisere dette, har de samme forskerne i en upublisert studie forsøkt å dokumentere effekten av å få umiddelbar tilbakemelding, for så å benytte denne informasjonen til spesifikk ferdighetstrening. I denne studien kom det frem at terapeuter som fikk strukturert tilbakemelding av trente kolleger på sitt arbeid som terapeut, og som brukte tid på å reflektere over egne prestasjoner og forbedringsområder, utviklet en bedre evne til å respondere på en varm, empatisk og samarbeidende måte. Denne læringseffekten ble også generalisert til deres daglige praksis (Chow et al., 2015).

Lignende resultater ble funnet av Anderson, Ogles, Patterson, Lambert & Vermeersch (2009), hvor det viste seg at enkelte klinikere var gjennomgående bedre til å styrke alliansen gjennom behandlingsforløpet enn andre. Forskjellen mellom disse klinikerne og mindre dyktige klinikere var at “[...] they are more likely to ask for and receive negative feedback about the quality of the work and their contribution to the alliance” (Miller, Duncan, & Hubble, 2008, p. 20). Å aktivt jobbe for å styrke alliansen, har også vist seg å være svært viktig med hensyn til å skape gode behandlingsutfall. Blant annet har studier vist at sannsynligheten for et godt utfall øker i tilfeller hvor klienten rangerer alliansen som dårlig i starten (lav SRS-skåre), men bedre gjennom forløpet (Miller et al., 2008).

I følge Prescott, Maeschalck & Miller (2017) kan det være en kunst å bruke tilbakemeldingsverktøy på en god måte. Mange klienter kan for eksempel være redde for å fornærme terapeuten, og vil dermed kunne være tilbakeholdne med å gi negative tilbakemeldinger. En slik frykt kan ut fra en psykodynamisk forståelse være et uttrykk for en gjennomgående relasjonell væremåte hos klienten som skaper vansker også ellers i livet. Denne informasjonen vil i seg selv kunne være viktig for behandlingen. Det er viktig at terapeuten på denne måten diskuterer utfordringer ved strukturert tilbakemelding sammen med klienten, slik at han eller hun også våger å gi negative tilbakemeldinger. Terapeuten bør ifølge Prescott et al. (2017) bruke tid på å introdusere utfallsmål, forklare rasjonalet bak, og ikke minst understreke at terskelen for å komme med kritikk og negativ tilbakemelding er lav. Å legge til rette for en slik åpenhet for å uttrykke sin ærlige mening i terapirommet gjennom tilbakemeldingsskjemaer, kan i seg selv ha en terapeutisk effekt.

Uegnet for Rutinemessig Bruk?

Selv om mange utfallsmål har både høy reliabilitet og validitet, er det likevel en kjent innvending at flere av dem er både omfattende, tidkrevende, kostbare og lite brukervennlige (Duncan et al., 2003). I tillegg kan de i mange tilfeller gi begrenset informasjon om klientens faktiske helsetilstand. Verktøy som MADRS, BDI og BAI tar relativt kort tid å gjennomføre, men har den svakheten at de gjerne er rettet mot spesifikke diagnoser. Klientene som kommer i terapi har på sin side ofte varierte og komorbide tilstander. Dette kan gjøre at behandlere gjerne må ta i bruk flere måleverktøy, som igjen kan bli både tidkrevende og dyrt (Lambert et al., 1998). MADRS har også en begrensning ved at det er terapeuten og ikke klienten selv som skårer. Dermed blir det kun et indirekte mål på klientens subjektive opplevelse av lidelsestrykket.

Enkelte utfallsmål har blitt kritisert for å være for generelle eller overfladiske, slik at behandleren får et mindre nyansert bilde av klientens konkrete problemer. For eksempel er det

umulig å si om en lav skåre på det globale utfallsmålet Global Assessment of Functioning (GAF) (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) betyr suicidalfare, psykose eller voldsrisiko, med mindre man kjenner klienten godt (Ruud, 2015).

Andre verktøy har måttet tåle kritikk for å fremme interessene til de som har utviklet dem. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for depression (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999), et spørreskjema brukt for å kartlegge depresjon ble utviklet av legemiddelselskapet Pfizer, som er kjent for å lage antidepressiva. Flere har kritisert utviklerne for å sette for lave grenseverdier som indikatorer for medikamentell behandling (Bodkin, 2017; Ewens, 2017). Som den kritiske legen James Davies uttrykker det: "I personally got "moderately severe depression", but, stunningly, don't have depression right now" (Ewens, 2017, para. 5).

Spørreskjemaer og strukturerte intervjuer har i seg selv flere iboende svakheter. En åpenbar svakhet er at man mangler direkte tilgang på det man måler. Skårene må tolkes av terapeuten, og ingen spørreskjema vil kunne fungere som et direkte avtrykk av respondentens opplevelse. Blant annet har respondenten mulighet til å fremstå avvikende fra hvordan han eller hun faktisk opplever tilstanden: *Sosial ønskverdighet* kan være en utfordring med mange slike verktøy, da klienten ofte vil kunne skåre kvaliteten på timen eller relasjonen høyt for å fremstå bra eller unngå å såre terapeuten (Boulet & Boss, 1991; Duncan et al., 2003). En annen innvending mot slike verktøy kommer fra psykoanalytisk hold, hvor det har blitt påpekt at måling av allianse og fremgang kan forstyrre den viktige informasjonen som ligger i overføringsreaksjoner (Prescott et al., 2017).

En Ekstra Stein til Byrden?

"[En] hektisk og krevende hverdag gjør det vanskelig å prioritere dette når jeg ikke føler meg kompetent på å bruke det"

Denne kritikken til tross, Miller et al. (2015) påpeker at det i dag har blitt utviklet verktøy som er både brukervennlige og tar kort tid å gjennomføre. Flere av dem er gratis, kan gjennomføres på 2-3 minutter og er enkle å både administrere og skåre. Miller hevder at det derfor ikke lenger handler om å utvikle gode nok verktøy. Utfordringen dreier seg nå i større grad om implementering. I Norge er bruk av utfallsmål blant annet anbefalt i Nasjonale retningslinjer, men det har ikke blitt implementert på en systematisk måte i Norge (Ruud, 2015).

Blant mulige årsaker til dette har Boswell et al. (2015) identifisert både praktiske og filosofiske hindringer for implementering av strukturerte utfallsmål i klinisk praksis. En av de største praktiske utfordringene er *tid*. For å innføre strukturerte utfallsmål må klinikere sette av tid til både administrering, skåring, tolkning og tilbakemelding. Hatfield & Ogles (2004) fant også i sin studie at dette var det største hinderet for implementering, sammen med for mye papirarbeid. En annen praktisk utfordring som Boswell et al. (2015) har påpekt, er at det ofte er høy grad av utskiftelser i helseforetakene. Dette kan gjøre at kompetansen lett forvitrer når det kommer nye ledere til eller når den lokale pådriveren for bruk av ROM slutter. Systematisk bruk av ROM krever trening og opplæring, som i sin tur koster penger og ressurser, og mange helseforetak velger å prioritere andre ting i stedet (Boswell et al., 2015). Videre understreker Ruud (2015) at det faktisk at de ulike helseforetakene i landet bruker forskjellige typer instrumenter, kan være et stort hinder for å implementere strukturerte utfallsmål på et nasjonalt nivå.

En filosofisk barriere for implementering er at mange ikke opplever rutinemessig utfallsmåling som nyttig eller relevant. Ruud (2015) understreker at klinikere har et behov for å vite at målingene de gjør blir brukt til noe konstruktivt. En av de viktigste grunnene til at klinikerne i Hatfield & Ogles (2004) sin studie ikke benyttet seg av ROM var at de ikke opplevde det som nyttig. I en serie artikler publisert i Tidsskrift for norsk psykologforening i

2012 pågikk det en debatt om det økte fokuset på kvalitetssikring som har vært fremtredende de senere årene. Flere psykologer ga her uttrykk for at de blir målt, kontrollert og detaljstyrt fra flere hold, og de opplever at deres faglige autonomi svinner hen (Strand, 2012b). Videre mente de at helsemyndighetene er blitt for opptatt av det som lett kan måles: antall klienter per behandler, antall dager før behandlingen settes i gang, og antall dager på å skrive ferdig epikrisen. Også flere av psykologene beskrev at dette gir dem mindre tid til å møte den enkelte klient, og de frykter at kvaliteten på tjenestene de leverer risikerer å bli forringet (Strand, 2012a). En slik frykt for byråkratisering av faget kan gjøre at psykologer vil være skeptiske og motvillige til å ta i bruk ROM, både fordi det kan oppleves som en ekstra stein til byrden, og fordi de kan føle seg ytterligere overvåket og kontrollert.

En Trend i Tiden

Det blir i dagens helsevesen stadig stilt flere krav til dokumentasjon av effekt (Chun & Bafford, 2014). Psykologien har også blitt mer integrert i helsesektoren og fått en sentral plass i samfunnet (Aanonsen, 2006; Madsen, 2009). Dette innebærer mer ansvar, og psykologien som fag har i økende grad blitt nødt til å rettferdiggjøre sin posisjon (Lambert et al., 1998). Det forventes nå at behandlere utøver evidensbasert praksis, og psykologer må kunne begrunne de valgene de foretar med utgangspunkt i oppdatert forskning og etablerte retningslinjer (Utvåg, Steinkopf, & Holgersen, 2014). Pårørendeforeninger og brukerorganisasjoner har samtidig presset gjennom økt grad av brukermedvirkning: klientene har fått økt selvbestemmelse, de har nå muligheten til å foreta fritt sykehus- og behandlingsvalg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b) og de har krav på å bli tilbudt medikamentfrie behandlingsalternativer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Dette innebærer at behandlere i større grad enn tidligere må involvere klientene i vurderinger og beslutninger som angår terapiforløpet (Jensen-Doss & Hawley, 2010).

Det er en trend i tiden at klienter i større grad skal bli hørt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998; Helsedirektoratet, 2006), og vi ser også en klarere systematisering av behandlingsforløpene, blant annet gjennom de nye pakkeforløpene som skal implementeres i 2018 (Helsedirektoratet, 2017). Med denne utviklingen innenfor helsesektoren åpner det seg en naturlig plass for systematisk tilbakemelding og bruk av utfallsmål i den kliniske praksisen. Som Miller et al. (2015) poengterer: “[...] ROM is here to stay”.

Lite Brukt

På tross av lovende resultater og en stadig økende mengde forskning på ROM, er andelen klinikere som tar i bruk slike instrumenter forholdsvis lav. Phelps et al. (1998) fant at 29% av amerikanske psykologer benyttet en form for utfallsmål i sin kliniske praksis. 60% av disse brukte standardiserte utfallsmål, mens 40% ikke brukte standardiserte utfallsmål. De fant videre at psykologer i privat praksis rapporterte lavere grad av bruk (24%), mens klinikere i en medisinsk setting (psykiatriske sykehus, DPS) brukte dette hyppigst (40%) (Phelps et al., 1998).

Heller ikke amerikanske *psykiatere* har tatt i bruk utfallsmål i vesentlig stor grad. Zimmerman & McGlinchey (2008) fant at kun 20% av amerikanske psykiatere benyttet strukturerte utfallsmål for å måle effekt av behandlingen av klienter med angst og eller depresjon. Den samme tendensen kan også sees i Storbritannia, hvor det i en undersøkelse ble funnet at majoriteten av britiske psykiatere *ikke* brukte strukturerte utfallsmål for å måle effekt av behandlingen (Gilbody, House, & Sheldon, 2002).

I en mer omfattende undersøkelse, utført av Hatfield & Ogles (2004) ble amerikanske psykologer spurt gjennom spørreskjemaet “The practionaire Outcome Survey” hvorvidt de gjennomførte rutinemessig utfallsmåling. Utvalget bestod av 874 klinikere, som alle var medlemmer i den amerikanske psykologforeningen. Resultatene viste at kun 37.1% benyttet

ROM (62.9% brukte ikke), noe som likevel er en økning i bruk på 8.1% sammenlignet med Phelps' studie.

Mange Veier til ROM

I flere land er implementeringen av utfallsmål ennå i sin startfase, men det skjer en utvikling. I 2006 uttalte APA at et av de viktigste forskningsområdene innen evidensbasert praksis er å sikre klinikere kontinuerlig tilbakemelding fra klientene for å kunne vurdere fremgang i behandlingen (Shimokawa et al., 2010). I Nederland har det siden 2011 vært obligatorisk for klinikere å sende inn sine utfallsmål til en nasjonal database, og i Storbritannia er bruk av utfallsmål sentralt når det skal foretas kliniske avgjørelser innenfor helsetjenester for barn og unge (Miller et al., 2015). Nå har OECD også anbefalt norske myndigheter å implementere rutinemessige utfallsmål for å kvalitetssikre praksisen (OECD, 2014).

Innføring av systematiske utfallsmål i norske helseforetak ble allerede påbegynt ved innføringen av GAF i 1999/2000 (Ruud, 2015). Da ble det bestemt at alle klienter som får behandling i psykisk helsevern skal registreres med en GAF/GAS-skåre ved innkost og utskrivelse. Pr. dags dato er GAF/GAS det eneste utfallsmålet som er obligatorisk å bruke i alle norske sykehus, og disse dataene blir registrert i et nasjonalt register (Ruud, 2015). Til tross for dette er det likevel kun registrert GAF-skårer for rundt to tredeler av klientene. Mange stiller også spørsmålstegn ved nytten av dette instrumentet, da det har vist seg å ha lav interrater-reliabilitet blant klinikere. I tillegg har det kommet frem at GAF/GAS-skårene som blir samlet inn, ikke blir brukt til noe klart formål, og mange klinikere legger antakelig liten innsats i slike vurderinger (Ruud, 2015).

Utover dette har ROM først og fremst blitt anbefalt i Nasjonale retningslinjer for behandling av spesifikke lidelser. I Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon spesifiseres det for eksempel at man bør gjøre repeterte utfallsmålinger underveis i

behandlingen. Det anbefales her at behandlere systematisk evaluerer effekten av behandlingen ved gjentatt bruk av MADRS og BDI. I tillegg tilrådes det å systematisk evaluere alliansen og siste ukes tilstand ved bruk av Session Rating Scale og Outcome Rating Scale (Helsedirektoratet, 2009). I Nasjonale retningslinjer for behandling av bipolare lidelser er det også anbefalt at man systematisk evaluerer symptomlette, og justerer behandlingen underveis ved behov (Helsedirektoratet, 2012). Også i Nasjonale retningslinjer for psykose anbefales det at klinikere evaluerer utfallet av psykologisk behandling, farmakologisk behandling og familiearbeid underveis (Helsedirektoratet, 2013).

Det er imidlertid ikke obligatorisk for behandlere å benytte utfallsmål i klinisk praksis. Retningslinjene er først og fremst veiledende, og ifølge Ruud (2015) er det lite som tyder på at implementeringen av Nasjonale retningslinjer har ført til at flere tar i bruk utfallsmål. Det er derfor vanskelig å si noe om hvor mange som faktisk følger anbefalingene. Det hersker samtidig stor tvil innen forskningsmiljøene om hvorvidt innføringen av diagnosespesifikke retningslinjer har gjort klienter bedre. Hvorvidt dette kan attribueres til at psykologer ikke benytter seg av retningslinjene, eller til at bruk av retningslinjene ikke har den effekten man hadde håpet på, er vanskelig å si (Brown et al., 1999; Miller et al., 2015; Ruud, 2015).

Formål og Hypoteser

Utover Hatfield og Ogles` undersøkelse for vel 13 år siden har vi ikke funnet noen nyere studier som undersøker utbredelsen av bruk av utfallsmål blant psykologer, og ifølge Ruud (2015) finnes det i dag ingen oversikt over hvor utbredt bruken av ROM er i Norge. Vi ønsker derfor å finne ut hvor utbredt bruken av ROM er blant norske praktiserende psykologer i dag. Denne informasjonen er nyttig fordi mangelfull bruk kan være en av årsakene til at klienter som dropper ut, stagnerer eller opplever forverring i behandling ikke blir fanget opp før det er for sent. Som en konsekvens av at det har blitt utviklet klarere retningslinjer for behandling hvor det blant annet tilrådes å bruke utfallsmål, forventer vi at

flere bruker ROM i dag enn da Hatfield og Ogles gjennomførte den samme undersøkelsen for 13 år siden. Hatfield fant også en økning fra Phelps's undersøkelse gjort 6 år tidligere. I tillegg stilles det i dag høyere krav til dokumentering av arbeidet, og det har blitt mer fokus på evidensbasert behandling. Det er dermed grunn til å anta at flere psykologer har fått økt tiltro til at ROM kan ha klinisk nytteverdi. Vi forventer også at brukerne oppgir tilsvarende årsaker for bruk av ROM, som i Hatfield & Ogles' studie, hvor de viktigste årsakene var (a) for å måle klientutvikling og (b) for å avgjøre om behandlingsplanen må endres.

Flere studier har vist at psykologer ønsker å få kontinuerlig tilbakemelding på klientens tilstand, så lenge det kan gjøres på en effektiv og brukervennlig måte, der informasjonen som innhentes er relevant og nyttig (Boswell et al., 2015; Hatfield & Ogles, 2004; Moltu et al., 2016). Hatfield & Ogles (2004) fant at den informasjonen respondentene oppga som mest nyttig å innhente ved bruk av ROM var: (a) fremgang siden oppstart; (b) generelt funksjonsnivå; og (c) sosial fungering. Basert på disse funnene forventer vi tilsvarende resultater i vår studie.

Vi er også interesserte i å finne årsakene psykologer har for å ikke bruke ROM. Som i Hatfield & Ogles (2004) studie, forventer vi at psykologer hovedsakelig lar være å bruke ROM fordi det innebærer for mye papirarbeid og tar for mye tid. Ettersom det har blitt produsert mer forskning om ROM de siste 20 årene, forventer vi at året psykologen er uteksaminert vil kunne predikere grad av bruk. Studenter har god tilgang til oppdatert kunnskap gjennom studiet, og vi kan dermed anta at nyutdannede psykologer i større grad integrerer ROM i sin kliniske praksis.

Studier har imidlertid vist at bruk av ROM i seg selv ikke nødvendigvis leder til endringer i behandlingsplan, eller symptomreduksjon hos pasientene (de Jong et al., 2012). Brukt på feil måte, kan også ROM føre til feil behandling (Ewens, 2017). Dette underbygger viktigheten av at psykologer har god opplæring og kjennskap til hvordan instrumentene skal

brukes for å fremme gode resultater i behandling. Hatfield & Ogles (2004) fant at brukerne oppga å ha begrenset trening i bruk av ROM. Ettersom vi forventer at flere norske psykologer benytter ROM enn for 13 år siden, antar vi også at norske psykologer oppgir å ha høyere grad av trening. En konkretisering av vår problemstilling blir dermed:

I hvilken grad bruker norske psykologer prosess- og utfallsmål i sin kliniske praksis, og hvilke faktorer avgjør graden av bruk?

Metode

Utvalg

Utvalget bestod av 349 (209 kvinner, 137 menn og 3 med annen oppfatning av kjønn) praktiserende psykologer i Norge. 149 (42.7%) hadde profesjonsstudiet i psykologi som sin høyeste utdanning, 165 (47.3%) hadde spesialistutdanning, og 35 (10%) av respondentene hadde doktorgradsutdanning i tillegg til profesjonsstudiet. 7.4% tok psykologutdannelsen ved NTNU; 49.9% ved UiB; 4.3% ved UiT; 20.9% ved UiO; og 17.5% er utdannet ved et utenlandsk universitet.

109 (31.4%) av respondentene identifiserte seg med en kognitiv adferdsterapeutisk tilnærming (Kognitiv, kognitiv adferdsterapi, adferdsterapi, aksepterings- og forpliktelsesterapi (ACT), Metakognitiv terapi og eksponeringsterapi); 143 (41.2%) med en eklektisk/integrativ tilnærming (en kombinasjon av flere); og 95 (28.4%) identifiserte seg med innsiktsorienterte terapiformer (Emosjonsfokusert terapi, eksistensiell psykoterapi, psykodynamisk terapi og psykoanalyse).

Ettersom svært mange identifiserte seg med en eklektisk/integrativ tilnærming, gjorde vi en enda grovere inndeling i metodetilhørighet blant respondentene: Én gruppe besto av psykologer som identifiserte seg med en eller annen form for kognitiv behandling i sin praksis, uavhengig om tilnærmingen er eklektisk/integrativ. Den andre gruppen omfattet de som ikke identifiserte seg med noen form for kognitiv behandling overhodet. Dette ble gjort for å finne eventuelle forskjeller i bruk av ROM mellom disse to gruppene, likt som i Hatfield og Ogles undersøkelse (Hatfield & Ogles, 2004). 208 respondenter (59.8%) oppga at en eller annen form for kognitiv behandling var blant de teoretiske orienteringene de identifiserte seg med, og 140 (40.2%) av respondentene oppga å ikke identifisere seg med noen form for kognitiv behandling.

Rekruttering

Deltakerne ble rekruttert gjennom et bekvemmelighetstutvalg. Spørreundersøkelsen ble lagt ut på en lukket Facebook-gruppe (Psykologer, 2017), bestående av omlag 6000 medlemmer, hvor majoriteten er ferdig utdannede norske psykologer fra hele landet. Deltakere ble også rekruttert gjennom e-post, og sendt ut til flere helseforetak i Norge (Helse-Vest & deler av Helse Sør-Øst).

Måleinstrumenter

I denne studien ble spørreundersøkelsen “The Practitioner Outcome Survey” (POS) benyttet. Den engelske originalutgaven ble utviklet av Hatfield og Ogles i 2004, og ble i forbindelse med vår studie oversatt til norsk av Fredrik Lian og Endre E. Molaug (se appendix). Lian og Molaug digitaliserte også spørreundersøkelsen gjennom å overføre spørsmålene til survey-applikasjonen *Google sheets*.

POS består av tre separate deler: Respondentene ble i den første delen bedt om å oppgi hvorvidt de bruker rutinemessig utfallsmål i sin praksis. Demografisk informasjon ble også innhentet i denne seksjonen slik at vi kunne sammenligne brukere- og ikke-bruke, samt kalkulere prediksjoner for benyttelse av ROM. Den andre delen av undersøkelsen ble besvart av respondenter som indikerte at de *bruker* prosess- og utfallsmål. De oppga også hvilke instrumenter de bruker, samt hvilken informasjon de mener er viktig i forbindelse med bruk av prosess- og utfallsmål. Dette indikerte de på en likert-skala fra 1-5, hvor 5 er “Svært viktig”, og 1 er “Ikke viktig i det hele tatt”. Den tredje og siste delen ble besvart av respondenter som oppga at de *ikke* bruker noen form for prosess- og utfallsmål, hvor de ble bedt om å rangere årsakene til dette

Noen få spørsmål fra den originale undersøkelsen ble endret, utelatt, og noen nye spørsmål ble tillagt for å tilpasse undersøkelsen til et norsk utvalg. Prosess- og utfallsmål var i den opprinnelige utgaven definert som “en rutinemessig innsamling av data knyttet til klientutvikling”. Denne ble i vår utgave endret til “en rutinemessig innsamling av *kvantitative*

data knyttet til pasient/*klient*-utvikling”. Vi endret også likert-skalaen på de relevante spørsmålene fra 0-5 til 1-5 slik at vi kunne få et nøytralt midtpunkt.

Statistiske analyser

IBM SPSS Statistics for Windows (v. 24) ble brukt til den statistiske analysen. Undersøkelsens avhengige variabel var *bruk/ikke bruk* av prosess-, og utfallsmål. *Grad av trening* blant respondentene ble også definert som avhengig variabel for å finne eventuelle forskjeller mellom brukere og ikke-brukere av ROM. En uavhengig t-test ble benyttet for å kalkulere denne forskjellen.

Datasettet bestod av både kategoriske og kontinuerlige variabler. Variablene utdannelsesår; bruk av kognitiv terapi; mengde trening i ROM; kjønn, privat eller offentlig arbeidssted; antall timer med terapi i uken og utdanningssted ble derfor lagt inn i en logistisk regresjonsanalyse for å kalkulere prediksjoner for bruk. Samtidig kunne vi korrigere for eventuelle konfunderinger. Signifikansnivået ble satt til 0.5 både i t-testen og i den logistiske regresjonsanalysen.

Resultater

I hvilken grad norske psykologer bruker rutinemessige utfallsmål svarte 67% av 349 respondenter at de benytter dette (33% av respondentene oppgir å ikke benytte ROM). Av de 67% som benytter ROM, rapporterer 44.6% at det er klienten selv som fyller ut utfallsmålet; mens 9.5% oppgir at det er behandler alene som gjør dette; 31.8% oppgir at både klient og behandler fyller ut, 6.2% oppgir at klient og pårørende fyller ut, mens 7.9% oppgir at det er klient, behandler og pårørende som fyller ut utfallsmålet.

Videre ble en frekvensanalyse gjennomført for å få en oversikt over hvilke standardiserte utfallsmål som brukes. Resultatene fra denne analysen er vist i tabell 1. Frekvenstabellen inkluderer kun instrumenter som benyttes av minimum 5% av utvalget. Respondentene rapporterte totalt 7 instrumenter som benyttes av mindre enn 5% av utvalget, og brukt av flere enn én. Det ble i tillegg rapportert 45 andre instrumenter kun brukt av én respondent hver.

Tabell 1

Mest brukte standardiserte utfallsmål

Utfallsmål	Frekvens	Prosent av brukere(%)
M.I.N.I	145	54.3%
GAF/GAS	138	51.7%
BDI	130	48.7%
SCID-II	111	41.6%
SCL90-R	110	41.2%
BAI	104	39%
MADRS	92	34.5%
KOR (PCOMS)	75	34.5%
CBCL	42	15.7%
SCID-I	31	11.6%

OQ-45

14

5.2%

Notis: M.I.N.I = M.I.N.I Internasjonalt nevropsykiatrisk intervju; GAF/GAS = Global assessment of functioning, Global assessment of symptoms; BDI = Beck Depression Inventory; SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCL90-R = Symptom Checklist-90-revised; BAI = Beck Anxiety index; MADRS = Montgomery and Aasberg depression rating scale; KOR = Klient og brukerstyrt praksis – herunder Outcome Rating scale (ORS) & Session rating scale (SRS); CBCL = Child Behavior Checklist; OQ-45 = Outcome Questionnaire.

Av tabell 1 ser vi at spesifikke symptomsmål er de mest brukte utfallsmålene. Blant dem er M.I.N.I (54.3%) og GAF/GAS (51.7%) de instrumentene som brukes av flest. KOR (ORS og SRS) er det eneste alliansemålet blant de 11 mest brukte, og benyttes av 34.5% av brukerne.

Vi utførte videre en deskriptiv analyse av årsakene respondentene rangerte som viktigst for å benytte ROM. Resultatene er vist i tabell 2.

Tabell 2

Årsaker til at respondentene bruker rutinemessig utfallsmål

Årsaker for bruk	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
For å monitorere klientens fremgang	4.26	.89	232
For å finne ut om det er nødvendig å endre behandlingsplan	4.19	.97	232
For å unngå at pasienten opplever forverring uten at jeg får det med meg	4.07	1.10	232
Det oppleves etisk riktig	3.64	1.25	230
For å bli kjent med mine profesjonelle styrker og svakheter	3.40	1.24	231
Av forskningsmessige hensyn	2.70	1.53	231

Notis: Svarene oppgitt er rangert på en likert-skala fra 1-5 (1 = Ikke viktig i det hele tatt, 5 = Svært viktig).

De viktigste årsakene for å bruke utfallsmål er å monitorere fremgang, samt å finne ut om det er nødvendig å endre behandlingsplan. Det er derimot mindre viktig å bruke

rutinemessige utfallsmål for å bli kjent med egne profesjonelle styrker og svakheter, eller av forskningsmessige hensyn.

Av respondentene som oppga å bruke utfallsmål ønsket vi videre å undersøke hvilken informasjon brukerne rangerte som mest nyttig å innhente ved bruk av ROM. En oversikt over denne rangeringen er oppført i tabell 3.

Tabell 3

Mest nyttig/viktig informasjon å innhente ved bruk av ROM

Informasjon	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Fremgang siden oppstart av behandlingen	4.39	.80	233
Generelt symptomtrykk	4.24	.86	233
Symptomskårer for spesifikke problemer	3.84	1.07	233
Klientens tilfredshet med tjenesten	3.84	1.11	232
Generelt funksjonsnivå	3.81	1.10	232
Terapeutisk allianse	3.73	1.20	230
Sosial fungering	3.71	1.01	232
Pågående selvmordsrisiko	3.70	1.34	233
Klientens motivasjon for endring	3.63	1.23	225
Overenstemmelse med behandlingsplan	3.59	1.11	232
Klientens styrker og svakheter	3.54	1.19	232
Klientens grunner for å oppsøke hjelp	3.32	1.24	229
Pågående rusmisbruk	3.30	1.34	233
Sosial støtte	3.15	1.13	231

Notis. Svarene oppgitt er rangert på en likert-skala fra 1-5 (1 = Ikke viktig i det hele tatt, 5 = Svært viktig).

Å måle fremgang siden oppstart av behandling, samt symptomskårer ble her rangert som den mest nyttige informasjonen å innhente ved bruk av utfallsmål. Pågående rusmisbruk og klientens grunner for å oppsøke hjelp ble rangert som minst nyttig.

Tilsvarende deskriptiv analyse ble gjort for ikke-brukerne, hvor vi ønsket å kartlegge de viktigste årsakene for å ikke bruke ROM. Resultatene fra denne analysen er rapportert i tabell 4.

Tabell 4

Årsaker til at respondentene ikke bruker utfallsmål

Årsaker for ikke-bruk	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Det tar for mye tid	2.67	1.41	115
Det blir for mye papirarbeid	2.60	1.45	113
Jeg anser det ikke som hjelpsomt	2.56	1.40	116
Jeg har ikke nok ressurser (penger, personale)	2.35	1.36	113
Det blir en ekstra byrde på klienten	2.17	1.11	115
Jeg vet ikke hvordan jeg skal implementere utfallsmål i behandlingen.	2.00	1.53	115
Det forstyrrer effekten av behandlingen jeg gir	1.97	1.24	116
Klienten ønsker ikke å fylle ut	1.81	1.09	114
Jeg vet ikke hvordan jeg skal tolke skårene	1.57	1.02	113
Det ødelegger for autonomi som behandler	1.54	1.02	115
Jeg ønsker ikke å gjøre effekten av behandlingen jeg gir tilgjengelig for andre	1.19	.62	115
Jeg er redd for at det vil bli misbrukt av andre	1.15	.55	115
Jeg er bekymret for at resultatene kan komme på avveie	1.13	.43	115

Videre var vi interessert i å undersøke hvilke forklaringsvariabler som predikerte bruk av ROM. Blant annet ønsket vi å se i hvilken grad uteksamineringsår, metodetilhørighet og trening i ROM predikerte bruk. Til dette utførte vi en logistisk regresjonsanalyse. Resultatene fra denne analysen er rapportert i tabell 5. De innsamlede demografiske variablene ble inkludert i analysen som kovariater.

Tabell 5

Prediksjonsmodell for bruk av rutinemessige utfallsmål

Prediktor/kovariat	B	SE	OR	95% CI	
				Lav	Høy
Uteksamineringsår	0,00	0,02	1,00	0,96	1,03
Kognitiv adferdsterapi	1,17	0,29	3,21**	1,84	5,62
Trening	0,90	0,15	2,45**	1,84	3,28
Antall timer terapi	0,00	0,02	1,00	0,96	1,04
Kjønn					
Mann (ref)					
Kvinne	-0,32	0,29	0,73	0,41	1,28
Arbeidssted					
Privat praksis	0,07	0,19	1,08	0,74	1,57
Privat institusjon	0,43	0,18	1,53*	1,07	2,20
Offentlig	0,30	0,17	1,35	0,97	1,88
Universitet	0,01	0,23	1,01	0,64	1,57
Skole	-0,14	0,33	0,87	0,46	1,65
Rettsystemet	0,17	0,40	1,19	0,54	2,60
Kriminalomsorg	-0,57	0,37	0,56	0,27	1,17
Høyeste utdanning					
Cand. Psychol(ref)					
Spesialistutdanning	-0,36	0,35	0,70	0,35	1,39
Doktorgrad	0,56	0,72	1,76	0,43	7,21
Utdannelsessted					
UiB (ref)					
NTNU	0,18	0,58	1,19	0,39	3,70
UIO	0,78	0,40	2,19*	1,00	4,76
UiT	-2,19	0,73	0,11**	0,03	0,46
Utenlandsk uni.	0,74	0,39	2,09	0,97	4,47

Notis: ^a *p < .05. ^b **p < .01. ^c ***p < .001. ^d OR = Odds-ratio for bruk av ROM. ^e Arbeidssted referer til tid brukt på listede steder. «Tid brukt» er målt på likert-skala 1-5 (1 = ingen del av tiden og 5 = hele tiden). ^f Antall timer terapi (Antall timer i snitt per uke). ^g UiB = Universitetet i Bergen; NTNU = Norges tekniske og naturvitenskapelige universitet; UiO = Universitetet i Oslo; UiT = Universitetet i Tromsø.

Som vist i tabell 5, er oddsen signifikant høyere for å bruke rutinemessige utfallsmål dersom du har trening i det, driver med en eller annen form for kognitiv terapi, jobber ved en privat institusjon eller er utdannet ved UiO. Videre ser vi at odds-ratioen for å bruke utfallsmål er signifikant *lavere* dersom du er utdannet ved UiT. Utdannelsesår predikerte heller ikke bruk av ROM.

Odds-ratioen for bruk av utfallsmål blant universitetene er imidlertid kun beregnet med UiB som referanse. For å få en bedre oversikt over forholdene mellom universitetene utførte vi en Kji-kvadrat test, samt en z-test for å kalkulere kolonne-proporsjonene.

Resultatene er vist i en krysstabell i tabell 6.

Tabell 6

Krysstabell med sammenligning mellom sted utdannet og bruk av ROM

	UiB	NTNU	U.U	UiO	UiT	Totalt
Bruker ROM						
Ja	113 _a (116.7)	19 _a (17.4)	44 _a (40.9)	53 _a (48.9)	5 _b (10.1)	234
Nei	61 _a (57.3)	7 _a (8.6)	17 _a (20.1)	20 _a (24.1)	10 _b (4.9)	115
Totalt	174	26	61	73	15	349

Notis: Forventede verdier i parentes. _a = ingen signifikans, _b = signifikant.

Kji-kvadratet bekrefter at det er en signifikant forskjell i bruk av ROM avhengig av hvor du er utdannet, $X^2(4, N = 349) = 10.23, p = .037$. Som indikert i kolonneproporsjonen _b i krysstabellen, hadde respondentene som oppga å være utdannet ved UiT en signifikant lavere bruk av ROM. Utvalgsstørrelsen er imidlertid svært begrenset ($N = 15$). I kontrast til den bivariate analysen ble det ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom å være utdannet ved UiO og å benytte ROM.

Vi utførte videre en uavhengig t-test for å beregne forskjeller i grad av trening i bruk av ROM mellom brukere og ikke-brukere. Resultatene viser at brukere av ROM hadde en

gjennomsnittlig rangering av treningsmengde på 3.38 ($SD = 1.00$), mens ikke-brukerne hadde en gjennomsnittlig rangering på 2.39 ($SD = 1.05$). Resultatene viser at brukere av ROM rapporterer å ha signifikant mer trening enn ikke-brukere, $t(347) = -8.52$, $p < .001$, hvor effektstørrelsen ble beregnet til å være høy ($d = .96$).

Diskusjon

I denne studien har vi undersøkt i hvilken grad norske psykologer bruker prosess- og utfallsmål i deres kliniske praksis, og hvilke faktorer som avgjør graden av bruk. Studien har tatt utgangspunkt i Hatfields og Ogles tilsvarende studie på praktiserende amerikanske psykologer fra 2004. Funnene våre viser at 67% av respondentene benytter ROM i sin kliniske praksis. Det fremgår videre av resultatene våre at de som tar i bruk ROM primært gjør det for å måle fremgang i terapien, undersøke om det er nødvendig å endre behandlingsplanen underveis, og for å unngå at klientene blir verre uten at de får det med seg. Med andre ord ser brukerne først og fremst ut til å benytte seg av ROM for å holde seg oppdatert på klientens tilstand, slik at de raskt kan omstille seg dersom det skjer en endring.

Som vi forventet var fremgang siden oppstart av behandlingen den mest nyttige informasjonen for brukere av ROM. Dette samsvarer også med årsakene respondentene oppgir for å bruke dette. Videre oppgir respondentene generelt symptomtrykk; symptomskårer for spesifikke problemer; og klientens tilfredshet med tjenesten som nyttig informasjon å innhente.

Av responsene fra ikke-brukerne er de viktigste grunnene for å ikke bruke ROM at det tar for mye tid, blir for mye papirarbeid, og at de ikke har nok ressurser til å gjennomføre det. Flere av respondentene oppgir også at de ikke opplever ROM som hjelpsomt, og at det kan bli en ekstra byrde på klienten. Et flertall av ikke-brukerne oppgir at de kunne tenke seg å benytte ROM i sin kliniske praksis. I kontrast til hva vi forventet, fant vi ingen sammenheng mellom uteksamineringsår og grad av bruk. Derimot fant vi at formell trening, å arbeide ved en privat institusjon, bruk av kognitive terapier og det å være utdannet ved UiO predikerte bruk. Sammenhengen mellom det å være utdannet ved UiO er imidlertid svak, og ble ikke bekreftet i Kji-kvadrat-testen. Det samme gjelder for det å være utdannet ved UiT. Utvalget av utdannede ved UiT var på snevret 15 personer, og kan derfor vanskelig benyttes som et

generaliserbart estimat. Brukere rapporterte signifikant mer formell trening i bruk av ROM enn ikke-brukere. Samtidig oppga brukerne middels med trening i bruk av ROM. Dette kan tyde på at mange psykologer bruker instrumenter de ikke opplever de er kvalifiserte nok til å bruke.

En Økning?

Hele 67% av respondentene rapporterer at de bruker ROM i sin kliniske hverdag. Siden det ikke er gjort noen tidligere undersøkelser om utbredelsen av ROM i Norge, er det vanskelig å si om dette indikerer en økt grad av bruk de senere årene. Sammenligner vi resultatene med Hatfield og Ogles studie ser vi imidlertid at andelen som benytter ROM i Norge i dag er 30% høyere enn den var blant amerikanske psykologer for 13 år siden. Dersom våre resultater reflekterer en faktisk økning kan dette forklare på flere måter.

I Nasjonale retningslinjer tilrådes det å bruke ROM ved behandling av både depresjon, psykose og bipolar lidelse. Hvis norske psykologer følger retningslinjene er det grunn til å tro at disse anbefalingene er medvirkende til at mange bruker ROM. Forskingen på klinisk anvendelse av ROM har også skutt i været de siste to tiårene, og det kan være at ROM har fått en større plass i utdanningen og videreutdanningen som et resultat av dette. De senere årene har det vært økt fokus på evidensbasert praksis med høyere krav til kvalitetssikring i norske helseforetak, blant annet gjennom mer fokus på brukermedvirkning. Det kan tenkes at denne utviklingen også har bidratt til den relativt høye utbredelsen av bruk av ROM vi ser i vår undersøkelse. At to tredeler av norske psykologer ser ut til å benytte seg av strukturert tilbakemelding for å undersøke om klientene blir bedre vil vi påstå er et steg i riktig retning.

Et Ureflektert Valg

Samtidig oppgir 33% at de ikke bruker ROM i sin kliniske praksis. Praktiske hensyn som mangel på tid og ressurser rapporteres som de viktigste årsakene til å ikke bruke slike

instrumenter. Det er nødvendig å understreke at disse årsakene i realiteten kun kan karakteriseres som *viktigere* enn de andre årsakene oppgitt i vår spørreundersøkelse. Gjennomsnittet for de viktigste årsakene var på beskjedne 2.60 til 2.67 (mindre viktig til noe viktig). Vi stiller derfor spørsmålsteget ved *hvor* avgjørende praktiske hensyn og mangel på tid er for ikke-bruk. Ingen av årsakene for ikke-bruk ble rangert som viktige, noe som står i kontrast til årsakene for bruk.

Dette kan ha flere forklaringer. Blant annet kan det bety at spørreundersøkelsen ikke omfatter de eller den årsaken(e) som i realiteten påvirker valget til ikke-brukerne. Tallene våre viser at kun 31% av ikke-brukerne oppga minst én av årsakene som “svært viktig”, hvilket kan underbygge en slik forklaring. En annen forklaring er at det foreligger store individuelle forskjeller i hvilke årsaker de har for å ikke benytte ROM. Når vi sammenligner standardavvikene for de viktigste årsakene for bruk og ikke-bruk, ser vi en markant høyere variasjon blant ikke-brukerne, noe som indikerer større grad av uenighet.

En annen årsak til ikke-bruk kan være at de ikke har nok kunnskap om hvordan ROM kan bidra til å styrke utfallet av behandlingen. Sammenligner vi grad av trening for brukere og ikke-brukere, ser vi en signifikant forskjell, hvor ikke-brukere rapporterer lavere grad av formell trening i bruk av ROM. Det er sannsynlig at når klinikere har redusert kunnskap, trening i utførelse eller manglende erfaring med hvordan ROM kan være et viktig bidrag i terapi, reduseres trolig også sannsynligheten for faktisk bruk. Disse resultatene må imidlertid tolkes med varsomhet. Hvorvidt ikke-bruk skyldes manglende trening, eller om resultatene blir konfundert av en tredjevariabel er uvisst. For eksempel kan det tenkes at filosofiske barrierer og negative holdninger til ROM er variabler som både påvirker om de ønsker å bruke dette og hvorvidt de oppsøker trening. Dette fremkommer også i tilleggskommentarene som ble gitt i spørreundersøkelsen. Flere respondenter rapporterte blant annet at ROM ikke passer med deres menneskesyn:

“[Det] oppleves som lite humanistisk med skjema som måler symptomtrykk. Vi snakker istedenfor kontinuerlig om fremdrift/forverring ut fra pasientens opplevelse.”

“Dialog omkring allianse, øvrig relasjon, tilstand/symptomtrykk/fungering oppleves vel så effektivt og langt mer organisk, naturlig og mindre "maskinelt". Fra mitt humanistisk-orienterte perspektiv er et slikt "mål" en del av selve prosessen mellom terapeut og pasient - en del av selve behandlingen.”

I tråd med dette ser vi også i undersøkelsen – som i Hatfield & Ogles (2004) sin studie – at psykologer som driver en eller annen form for kognitiv terapi har større sannsynlighet for å benytte rutinemessige utfallsmål. Dette kan indikere at grunnleggende filosofiske forskjeller mellom innsiktsorienterte og kognitivt orienterte psykologer er en prediktor for bruk eller ikke-bruk av ROM. Andre tilleggskommentarer illustrerer at årsakene for å ikke bruke også kan skyldes manglende bevissthet omkring nytteverdien av ROM:

“Jeg har ikke tenkt så mye over dette. Men det kan sikkert være lurt.”

“Veldig vanskelig spørsmål, ble overrasket over hvorfor jeg ikke benytter det mer enn jeg gjør”

Med andre ord kan det tenkes at det å unnlate å foreta rutinemessig utfallsmåling er en ureflektert beslutning, og at de rett og slett ikke er bevisste på den potensielle nytteverdien.

Symptom Viktigere enn Allianse

Våre respondenter oppgir at de først og fremst bruker ROM for å monitorere fremgang i terapien, for å finne ut om det er nødvendig å endre behandlingsplanen, og for å unngå at klienten opplever forverring uten at de får det med seg. For å få dette til vil vi argumentere for at prosess- og utfallsmåling bør gjøres regelmessig gjennom behandlingen, gjerne hver time, slik at man får *ferske* oppdateringer på klientens tilstand. For at dette skal være mulig å gjennomføre bør instrumentet være kort og enkelt å administrere.

Mange av respondentene oppgir å bruke flere verktøy som potensielt kan brukes gjentatte ganger i løpet av terapien for å måle utfall. Samtidig er det kun en håndfull av dem som er designet for hyppig re-testing. Verktøy som M.I.N.I. (Sheehan et al., 1997) og SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977) er trolig lite egnet som ROM da de er tidkrevende å gjennomføre, samt at de i hovedsak er beregnet for innledende kartlegging og i enkelte tilfeller også til avsluttende samtaler. Ettersom flere av instrumentene ikke egner seg til å bli administrert hver time, er det grunn til å anta at mange måler prosess og utfall sjeldnere. Slik vi ser det kan sjansen for å fange opp forverring eller stagnering reduseres når ROM brukes mindre frekvent. Det er imidlertid viktig å påpeke at de fleste rapporterer å bruke mer enn ett utfallsmål. Det er dermed vanskelig å vite hvilket av instrumentene respondentene bruker til ROM, hvor ofte respondentene benytter dem, og hvordan de brukes.

I undersøkelsen vår fremkommer det videre at kun 39.3% av brukerne oppgir at de benytter verktøy som måler allianse. I tillegg viser funnene våre at symptomtrykk, symptomskårer for spesifikke problemer og generelt funksjonsnivå, vurderes som viktigere å måle enn den terapeutiske alliansen. Vi vet at kvaliteten på den terapeutiske alliansen er en av de sikreste prediktorene for utfall (Horvath et al., 2011), og at klinikere er dårlige til å vurdere hvordan klienten opplever alliansen (Norcross, 2010). Det er dermed bekymringsverdig at 60.7% av utvalget ikke oppgir å bruke alliansemål. En årsak til dette kan være at mange klinikere tror de allerede samler inn feedback når de stiller spørsmål som “Hvordan var dette i dag?” og “Er det noe vi kunne gjort annerledes?”. Klienten kan oppleve slike spørsmål som en ren formalitet, og ikke som genuin interesse for hans eller hennes tanker om terapien. Dette kan føre til at klienten kun svarer for å være høflig, istedet for å si sin oppriktige mening (Prescott et al., 2017).

Mangler Trening

Resultatene våre tyder på at norske psykologer bruker ROM i langt større utstrekning enn hva Hatfield og Ogles fant i sin undersøkelse (Hatfield & Ogles, 2004); likevel oppgir de begrenset grad av trening. ROM har vist seg å ha svært god effekt i forskningen, men terapeutene som gjennomfører ROM blir ofte fulgt tett opp av trente fagfolk gjennom hele behandlingsprosessen (Harmon et al., 2007; Slade, Lambert, Harmon, Smart, & Bailey, 2008; Whipple et al., 2003). Når respondentene oppgir å ha redusert mengde trening på dette feltet, kan det også tenkes at de ikke bruker instrumentene på den måten som har vist seg å fremme gode resultater i behandling. Studier har vist at psykologer kan motta feedback i mange år uten at klientene blir bedre. ROM har altså i seg selv liten effekt om ikke tilbakemeldingen brukes til å aktivt forbedre behandlingen (de Jong et al., 2012).

Å ikke bruke instrumentene slik de er ment, er ikke bare et hinder for å oppnå bedringseffekter; det er også grunn til å tro at feilaktig bruk kan føre til dårligere behandling. For eksempel kan det oppstå problemer dersom klinikerer behandler resultatene fra instrumentene som om de reflekterer en objektiv sannhet, og styrer behandlingen deretter. Med en slik reduksjonistisk tilnærming risikerer man å miste nyansene i klientens opplevelse.

En lav skåre på ORS eller andre instrumenter behøver ikke nødvendigvis å indikere forverring, men kan i stedet være en indikasjon på at klienten er i gang med en bedringsprosess. Når klienten kommer i kontakt med vanskelige følelser, eksponerer seg for traumer e.l., kan det tenkes at det er naturlig å kjenne på mer smerte i en periode. På en standardisert skala vil derimot økt smerte slå ut som forverring. Dersom resultatene tolkes som objektive markører for forverring, og videre benyttes som indikatorer for behandling, vil det kunne være hindrende for at bedringsprosessene får utfolde seg. Det vil derfor kunne være viktig å drøfte resultatene sammen med klienten, for å få en dypere innsikt i hvorfor klienten skårer slik han eller hun gjør.

Begrensninger

Vi har identifisert flere svakheter ved rekrutteringen og designet av studien vår. Respondentene ble rekruttert gjennom et bekvemmelighetsutvalg der noen fikk undersøkelsen direkte på mail, mens andre *oppdaget* den på Facebook-gruppen “Psykologer”. Psykologer-gruppen har medlemmer i alle aldre, fra ulike steder i landet og av ulik metodisk tilhørighet, og kan således antas å være representativ. En svakhet ved denne måten å distribuere undersøkelsen på er likevel at Facebook selekterer ut innhold og tilpasser det til den enkelte ved hjelp av egendefinerte algoritmer. Hvor høyt nivå av randomisering disse algoritmene legger til rette for er uvisst. For eksempel kan dette bety at de som allerede er interessert i utfallsmål vil ha større sjanse for å få opp undersøkelsen i “feeden” sin enn de som ikke er interessert. I så fall kan antallet brukere være overrepresentert i undersøkelsen vår. Som Facebook selv uttaler om de nye algoritme-oppdateringene for 2017: “The new updates are all aligned with Facebook's goal of the newsfeed: to show its audience the stories that matter most to them every time they visit Facebook” (Phneah, 2017, para. 15).

Videre var Universitetet i Bergen overrepresentert som uteksamineringssted blant respondentene. Vi har ikke undersøkt om enkelte læresteder har mer fokus på ROM i utdanningen enn andre. Dersom UiB har mer eller mindre fokus på ROM enn andre læresteder, vil dette kunne utgjøre en skjevhet i utvalget. Når det kommer til utformingen av spørsmålene har vi også oppdaget flere svakheter. Vi definerte blant annet utfallsmål som “en rutinemessig innsamling av kvantitative data knyttet til klientutvikling”. Respondentene måtte dermed velge om de bruker det rutinemessig eller ikke i det hele tatt. Med dette åpnet vi ikke for at man kan bruke slike mål uregelmessig, noe mange antakelig gjør. Dermed er det grunn til å tro at mange som har svart at de bruker, ikke nødvendigvis bruker det rutinemessig, eller at de som har oppgitt at de ikke bruker, faktisk bruker av og til. Dette kunne vært unngått ved å inkludere et spørsmål om grad av bruk.

Hovedformålet med denne studien var å finne ut i hvilken grad norske psykologer gjennomfører rutinemessig utfallsmåling gjennom bruk standardiserte prosess- og utfallsverktøy. Hovedspørsmålet slik det ble stilt i spørreundersøkelsen var imidlertid: “I hvilken grad bruker du utfallsmål i din praksis?”. Prosessmål ble med andre ord ikke eksplisitt inkludert i dette spørsmålet. Hvorvidt dette har hatt en innvirkning på responsene er usikkert. Mange av respondentene har likevel oppgitt prosessmål som et av verktøyene de bruker for å måle utvikling. Dette indikerer at respondentene har forstått at vår definisjon av utfallsmål også omfatter instrumenter som måler prosess. Vi kan imidlertid ikke utelukke at flere av respondentene har tolket definisjonen som begrenset til rene utfallsmål.

Spørsmålet «Er utfallsmål i klinisk behandling pålagt der du jobber?» var også kun inkludert i den delen som skulle besvares av brukerne. Dette medførte statistiske utfordringer knyttet til den binære analysen ved at ikke-brukerne ble registrert som *missing values*. Det ble derfor vanskelig å inkludere denne variabelen som en prediktor/kovariat. Vi kan derfor ikke være helt sikre på i hvilken grad pålegg fra arbeidsgiver påvirker valget til brukerne. Samtidig åpnet spørreskjema opp for at respondentene kunne definere egne årsaker for bruk/ikke-bruk. Ingen av respondentene oppga påbud fra arbeidsgiver eller andre som årsaker for å bruke eller ikke bruke ROM.

En siste svakhet ved studien vår er at ikke alle respondentene besvarte de samme spørsmålene. Respondentene som oppga at de bruker utfallsmål i sin kliniske praksis ble bedt om å oppgi hvorfor de bruker det. På den andre siden ble respondentene som ikke bruker strukturerte utfallsmål bedt om å oppgi hvorfor de *ikke* benytter seg av det. Vi vet dermed ikke hvilke utfordringer *brukerne* av ROM eventuelt opplever.

Konklusjon

Utviklingen av ROM har oppstått i kjølvannet av de økte kravene om å dokumentere behandlingsresultater, og den stadig økende mengden forskning som viser at psykologisk behandling også kan ha uønskede effekter. Mange klienter blir dårligere av terapi, 20-50% av klientene dropper ut, og behandlingsmodellene har ikke blitt mer effektive i løpet av de siste 40 årene. I tillegg leder ikke videreutdanning og kompetanseheving blant psykologer til at klientene blir bedre. Forskning viser også at modellene heller ikke skiller seg fra hverandre med hensyn til effekt. Som en konsekvens av dette, og det økte fokuset på brukermedvirkning i helseforetakene, har det vokst frem et perspektiv som i større grad baserer seg på virksomme fellesfaktorer og rutinemessig tilbakemelding fra klienten selv.

ROM som et integrert verktøy i klinisk praksis har vist lovende resultater med hensyn til å redusere frafall, fange opp forverring og bedre utfallet i terapi. På tross av dette har ikke ROM vært brukt i særlig stor utstrekning, og forsøk på å systematisk implementere ROM i helseforetakene har møtt en rekke utfordringer. Det har til nå heller ikke eksistert dokumentasjon på hvor utbredt bruk av ROM er i Norge. Vi gjennomførte derfor, med utgangspunkt i Hatfield og Ogles forskning fra USA, en spørreundersøkelse for å kartlegge bruken av ROM blant norske psykologer.

Bruk av ROM er i dag relativt utbredt i Norge, og det ser ut til at norske psykologer aktivt bruker tilbakemeldingsverktøy som et hjelpemiddel til å monitorere fremgang hos klientene og for å vurdere om behandlingsplanen må endres. Med utgangspunkt i den potensielle nytteverdien av ROM er dette oppløftende resultater. Det er imidlertid stor variasjon i hvilke instrumenter som brukes, og det er uklart om alle tjener formålet. Implementeringsprogrammer bør derfor spesifisere hvilke instrumenter som skal brukes. Det er også uklart hvordan klinikere benytter seg av tilbakemeldingen de samler inn. Derfor vil det kunne være behov for å sikre at klinikere har trening i bruk av instrumentene. I tillegg bør

det etableres klare retningslinjer hvor det spesifiseres ytterligere hvordan informasjonen kan brukes til terapeututvikling.

Videre forskning bør undersøke den praktiske bruken av ROM, slik det gjennomføres i den kliniske hverdagen hos psykologer. På denne måten kan vi få bedre innsikt i hvordan psykologer bruker ROM, og om det gjøres på en måte som fremmer positiv klientutvikling.

Referanser

- Aanonsen, A.-M. (2006). Norsk psykologprofesjon – historien om en suksess. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(4), 392-393. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=247593&a=3
- American Psychiatric Association. (2017). DSM History. Hentet fra <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. doi:10.1002/jclp.20583
- 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. doi:10.1037/a0016062
- Arfken, C. L., & Balon, R. (2014). Another look at outcomes and outcome measures in psychiatry: Cui bono? *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 6-9. doi:10.1159/000353462
- 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 (Ed.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). doi:10.1037/11132-000
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

- Bodkin, H. (21 mai, 2017). Doctors 'too reliant' on depression questionnaire designed by Pfizer, campaigners warn. Hentet 14 desember, 2017, fra <http://www.telegraph.co.uk/>
- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(2), 127-149. doi:10.1023/A:1009444132104
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(6), 708-716. doi:10.1037/0735-7028.37.6.708
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy research, 25*(1), 6-19. doi:10.1080/10503307.2013.817696
- Boulet, J., & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(3), 433-437. doi:10.1037/1040-3590.3.3.433
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2016). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy research, 1*-11. doi:10.1080/10503307.2016.1227104
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337-345. doi:10.1186/s12888-016-0817-6

- Chun, J., & Bafford, A. C. (2014). History and background of quality measurement. *Clinics in colon and rectal surgery*, 27(01), 5-9. doi:10.1055/s-0034-1366912
- Cusin, C., Yang, H., Yeung, A., & Fava, M. (2009). Rating scales for depression. In Baer, L. & Blais, M. A., *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health* (pp. 7-35). Boston, MA: Springer.
- Davies, A. R. (1994). Patient defined outcomes. *Quality in Health Care*, 3(Suppl), 6-9. doi:10.1136/qshc.3.suppl.6
- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy research*, 22(4), 464-474. doi:10.1080/10503307.2012.673023
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989. doi:10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* (Vol. 1). Cary, NC: Oxford University Press.
- Duncan, B., Hubble, M., & Miller, S. (2004). Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy in Australia*, 10(2), 2-19. Hentet fra <http://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/BeyondIntegration.pdf>
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 93. doi:10.1037/a0027762

- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2011). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco, CA: Wiley & Sons.
- 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 measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12. Hentet fra <https://www.researchgate.net/publication/280015889>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble Eds. 2 ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2016). Systematic Feedback Through the Partners for Change Outcome Management System (PCOMS). In M. Cooper & W. Dryden (Eds.), *Handbook of pluralistic counselling and psychotherapy* (1 ed., pp. 55-67): Sage.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. doi:10.1037/a0022187
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general psychiatry*, 33(6), 766-771. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770060086012
- Ericsson, K. A., & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual review of psychology*, 47(1), 273-305. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.273
- Ewens, H. (22 mai, 20172017, May 22). Take the Depression Quiz Being Criticised By Experts. Hentet 14 desember, 2017, fra https://www.vice.com/en_au

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences, 30*(8), 1311-1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. (2003). *Outcomes measurement in psychiatry: a critical review of outcomes measurement in psychiatric research and practice*. York, UK: NHS Centre for Reviews and Dissemination.
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures. *The British Journal of Psychiatry, 180*(2), 101-103. doi:10.1192/bjp.180.2.101
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 1-11. doi:10.1037/cou0000131
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 38*(4), 380-384. doi:10.1037/0033-3204.38.4.380
- Hagen, R., Johnson, S., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *tidsskrift for norsk psykologforening, 49*(3), 247-252. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/247-252.pdf>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology, 61*(2), 155-163. doi:10.1002/jclp.20108

- Hansen, N. B., 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), 329-343. doi:10.1093/clipsy.9.3.329
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist–client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy research*, 17(4), 379-392. doi:10.1080/10503300600702331
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25-32. doi:10.1002/cpp.656
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 485-491. doi:10.1037/0735-7028.35.5.485
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997-1998). St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec4>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Medikamentfri behandling for psykisk syke i alle helseregioner*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/medikamentfri-behandling-for-psykisk-syke-i-alle-helseregioner/id2464240/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *St.meld. nr 34: Fritt behandlingsvalg starter i 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fritt-behandlingsvalg-starter-i-2015/id2457063/>.
- Helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>.

Helsedirektoratet. (2009). Voksne med depresjon: Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal fagleg retningsline for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bipolare-lidingar/forord>

Helsedirektoratet. (2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/forord;jsessionid=13C9D20493DD4F0230CE03A4C90B5457>

Helsedirektoratet. (2017). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#pakkeforl%C3%B8pene-skal-bidra-til-%C3%B8kt-brukermedvirkning,-bedre-samhandling,-likeverdige-behandling-og-%C3%B8kt-fokus-p%C3%A5-somatisk-helse-og-levevaner>

Hem, E., Gjersvik, P., & Bretthauer, M. (2014). Sammenliknende effektforskning. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 134(14), 1374. doi:10.4045/tidsskr.14.0485

Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186

- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, *51*(10), 1059-1064. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1059
- Ilggen, M. A., & Moos, R. H. (2006). Special Section: A memorial Tribute: Exacerbation of Psychiatric Symptoms During Substance Use Disorder Treatment. *Psychiatric Services*, *57*(12), 1758-1764. doi:10.1176/ps.2006.57.12.1758
- Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*(6), 885-896. doi:10.1080/15374416.2010.517169
- Jørgensen, C. R. (2004). Active Ingredients in Individual Psychotherapy: Searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology*, *21*(4), 516-540. doi:10.1037/0736-9735.21.4.516
- Karlsen, R. K. (22 Mars, 2017). Første tilbakemeldingsverktøy i sitt slag utviklet i Norge. Hentet fra <http://www.bibme.org/citation-guide/apa/website/>
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy research*, *21*(3), 267-276. doi:10.1080/10503307.2011.563249
- Kunnskapssenteret. (2010). Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten: Rapport fra Kunnskapssenteret. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378066/NOKCrapport20_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY: Basic Books.

- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 147-149. doi:10.1037/0022-006X.69.2.147
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 38*(4), 357-361. doi:10.1037//0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(4), 249-258.
doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S
- 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* (pp. 72-113). Oxford, UK: Wiley.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., & Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(1), 63-70. doi:10.1037/0735-7028.29.1.63
- 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: Science and Practice, 10*(3), 288-301.
doi:10.1093/clipsy.bpg025
- Low, D. C., Miller, S. D., & Squire, B. (2012). The Outcome Rating Scales (ORS) & Session Rating Scales (SRS): Feedback Informed Treatment in Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). Hentet fra

<http://www.aft.org.uk/SpringboardWebApp/userfiles/aft/file/Events/2012/David%20Low%20paper%20for%20CYP-IAPT.pdf>

Madsen, O. J. (2009). Psykologi, samfunn og etikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(2), 144-152. Hentet fra

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=72348&a=2

Maione, P. V., & Chenail, R. J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 57-88). Washington, DC: American Psychological Association.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6

Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2008). Supershrinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14-22. Hentet fra

http://www.psychotherapy.com.au/fileadmin/site_files/pdfs/Supershrinks.pdf

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy*, 52(4), 449-457. doi:10.1037/pst0000031

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. doi:10.1037/a0031097

Moltu, C., Veseth, M., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., Binder, P.-E., & Nordberg, S. S. (2016). This is what I need a clinical feedback system to do for me: a qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy research*, 1-14. doi:10.1080/10503307.2016.1189619

- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- 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* (pp. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- OECD. (2014). *Mental health in Norway, in OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development. doi:10.1787/9789264208469-en
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Fields, S. A. (2002). *Essentials of outcome assessment*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 31-36. doi:10.1037/0735-7028.29.1.31
- Phneah, J. (2017). 3 Important Updates To Facebook Algorithm in January 2017. Hentet fra <https://www.facebook.com/notes/socialbakers/3-important-updates-to-facebook-algorithm-in-january-2017/10155032524044744/>
- Prescott, D. S., Maeschalck, C. L., & Miller, S. D. (2017). *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (D. S. Prescott, C. L. Maeschalck, & S. D. Miller Eds.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Prescott, D. S., & Miller, S. D. (2015). Improving outcomes one client at a time: Feedback-informed treatment with adults who have sexually abused. *The sex offender, 26*(2-3), 1-11. Hentet fra <http://davidprescott.net/2014PrescottMillerFIT-ATSAForum.pdf>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist, 47*(9), 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Psykologer. (2017). På Facebook [gruppeside]. Hentet 14 desember, 2017, fra <https://www.facebook.com/groups/203943312958939/>
- Revicki, D. A., Kleinman, L., & Cella, D. (2014). A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience, 16*(2), 127-135. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/265018379_A_history_of_health-related_quality_of_life_outcomes_in_psychiatry
- Ruud, T. (2015). Routine outcome measures in Norway: Only partly implemented. *International Review of Psychiatry, 27*(4), 338-344. doi:10.3109/09540261.2015.1054268
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology, 56*(2), 233-243. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 43*(3), 286-291. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., & Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*(5), 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X

- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 298-311. doi:10.1037/a0019247
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services, 63*(7), 705-707. doi:10.1176/appi.ps.201100309
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(5), 287-303. doi:10.1002/cpp.594
- Sparks, J. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2008). Common factors in psychotherapy. In J. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (pp. 453-497). Hoboken, NJ: Wiley.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. *Jama, 282*(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737
- Strand, N. (2012a). Produsere, effektivisere, registrere, vurdere.... *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(4), 365-370. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/365-370.pdf>
- Strand, N. (2012b). Psykologer i skvis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(3), 269-274. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=216872&a=3
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 193-207. doi:10.1037/a0037512

- Tasma, M., Swart, M., Wolters, G., Liemburg, E., Bruggeman, R., Kneegtering, H., & Castelein, S. (2016). Do routine outcome monitoring results translate to clinical practice? A cross-sectional study in patients with a psychotic disorder. *BMC psychiatry*, *16*(1), 107-113. doi:10.1186/s12888-016-0817-6
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, *50*(1), 7-13. Hentet fra <http://societyforpsychotherapy.org/improving-expertise-in-psychotherapy/>
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, *69*(3), 218. doi:10.1037/a0035099
- Trane, K. (2016, september 19). Systematisk tilbakemelding gir bedre behandling. Hentet fra https://www.napha.no/tilbakemelding_verkt%C3%B8y/
- Utvåg, K. M., Steinkopf, S., & Holgersen, H. (2014). Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *51*(10), 861-867. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=430198&a=3
- Vaskinn, A., & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. *tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*(7), 658-665. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=266608&a=2
- Walfish, S., McAlister, B., O'donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, *110*(2), 639-644. doi:10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (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. doi:10.1037/0022-006X.73.5.914

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2 ed.). Hoboken, NJ: Taylor and Francis.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (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. doi:10.1037/a0018544
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*(1), 59-68. doi:10.1037/0022-0167.50.1.59
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190
- Zimmerman, M., & McGlinchey, J. B. (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *The Journal of clinical psychiatry, 69*(12), 1916-1919. doi:10.4088/JCP.v69n1209

Vedlegg

Undersøkelse om bruk av utfallsmål blant norske psykologer.

I denne korte undersøkelsen ønsker vi å finne ut i hvilken grad psykologer bruker utfallsmål i sin kliniske praksis. Dette gjør vi for å få bedre innsikt i hvordan norske psykologer måler effekt av behandlingen de gir. Undersøkelsen vil bli brukt som en del av hovedoppgaven vår på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen. Alle data som samles inn blir anonymisert.

Det tar omlag 5 minutter å fylle ut dette skjemaet.

Har du spørsmål knyttet til spørreskjemaet kan disse rettes til Fredrik Lian, Endre Eriksen Molaug eller Helge Holgersen.

**Bruker du noen form for utfallsmål i din praksis?
(Utfallsmål defineres som en rutinemessig innsamling
av kvantitative data knyttet til klient/pasient-
utvikling).**

*

- Ja
- Nei

**Hvor mye trening har du i å bruke utfallsmål?
(Formell kursing/ strukturert veiledning)**

Svar på en skala fra 1 - 5, hvor: 1 = Ingen 2 = Lite 3 = Noe 4 = Mye 5 = Svært mye
*

1 2 3 4 5

Ingen

Svært mye

Hvor nyttig hadde det vært for deg som kliniker, å få trening i å bruke utfallsmål?

Svar på en skala fra 1 - 5, hvor: 1 = Ikke nyttig 2 = Litt nyttig 3 = Noe nyttig 4 = Nyttig 5 = Svært Nyttig

*

1 2 3 4 5

Ikke nyttig

Svært nyttig

Hvor stor andel av tiden arbeider du i privat praksis?

Svar på en skala fra 1 - 5, hvor: 1 = Ingen 2 = Liten 3 = Halvparten 4 = Det meste 5 = Hele tiden

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Hvor stor andel av tiden arbeider du ved en offentlig institusjon/sykehus/medisinsk senter?

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Hvor stor andel av tiden arbeider du ved en privat institusjon/sykehus/medisinsk senter?

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Dersom du jobber ved en offentlig institusjon/sykehus/medisinsk senter, hvor jobber du primært?

- Poliklinikk
- Dagbehandling
- Døgnbehandling
- Other:

Dersom du jobber ved en privat institusjon/sykehus/medisinsk senter, hvor jobber du primært?

- Poliklinikk
- Dagbehandling
- Døgnbehandling
- Other:

Hvor stor andel av tiden arbeider du ved Universitet/høyskole?

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Hvor stor andel av tiden arbeider du i skolesystemet?

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Hvor stor andel av tiden arbeider du i rettssystemet?

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Hvor stor andel av tiden arbeider du i kriminalomsorgen?

*

1 2 3 4 5

Ingen

Hele tiden

Dersom du arbeider et annet sted, vennligst oppgi dette her, samt hvor mye av tiden du arbeider med dette.

Vennligst oppgi hvilke(n) av disse teoretiske orienteringene som beskriver deg best. *

- Atferdsterapeutisk
- Psykoanalytisk
- Psykodynamisk
- Korttidsdynamisk psykoterapi
- Humanistisk
- Eklektisk/integrativ
- Kognitiv terapi
- Eksistensiell psykoterapi
- Interpersonlig terapi
- Emosjonsfokusert terapi
- Metakognitiv terapi
- Mindfulnessbasert terapi
- Dialektisk adferdsterapi
- Mentaliseringsbasert terapi
- Other:

Hvor mange timer i uken har du terapi? *

Hvilket år fikk du lisens? *

Hvor har du tatt psykologutdannelsen din? *

- Norges Teknisk-Naturvitenskapelige universitet (NTNU)
- Universitetet i Bergen (UiB)
- Universitetet i Oslo (UiO)
- Universitetet i Tromsø (UiT)
- Ved et utenlandsk universitet
- Other:

Hvilken gruppe jobber du primært med? *

- Barn/ungdom
- Voksne
- Eldre
- Other:

Hvor høy utdanning har du? *

- Profesjonsstudiet i psykologi
- Spesialistutdanning
- Doktorgrad
- Other:

Kryss av for kjønn *

- Mann
- Kvinne
- Annen oppfatning av kjønn

Fyll ut denne delen dersom du rutinemessig samler inn data om din klients fremgang gjennom utfallsmål (dersom ikke, bla ned og gå til neste side)

Hvem fyller ut utfallsmålene (kryss av for flere dersom aktuelt)?

- Klienten (egenvurdering)
- Behandler
- Pårørende
- Other:

Hvilke av disse standardiserte måleinstrumentene benytter du (kryss av for flere dersom aktuelt)?

- SCL90-R
- MINI (+)
- SCID-I
- SCID-II
- KOR
- GAF/GAS
- BDI
- CBCL
- Strukturert klinisk intervju
- CCAPS
- CORE-OM
- OQ-45
- TOP
- MADRS
- Self-compassionate mind scale
- BAI
- Difficulties with emotion regulation scale
- Other:

Er bruk av utfallsmål i klinisk behandling pålagt der du jobber?

- Ja
- Nei

Hvor viktig er de følgende begrunnelsene for å benytte utfallsmål for deg?

Svar på en skala fra 1 - 5, hvor: 1 = Ikke viktig 2 = Litt viktig 3 = Noe viktig 4 = Viktig 5 = Svært viktig

For å monitorere klientens fremgang

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig

Av forskningsmessige hensyn

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig

For å bli kjent med mine profesjonelle styrker og svakheter

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
For å finne ut om det er nødvendig å endre behandlingsplanen

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
For å unngå at pasienten opplever forverring uten at jeg får det med meg

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Det oppleves etisk riktig

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Annet (vennligst spesifiser)

Hvor viktig/nyttig er følgende informasjon for deg å samle inn gjennom utfallsmål?

Generelt funksjonsnivå

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Generelt symptomtrykk

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Fremgang siden oppstart av behandlingen

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Sosial fungering

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Symptomskårer for spesifikke problemer

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Overensstemmelse med behandlingsplanen

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Terapeutisk allianse

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Sosial støtte

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Klientens motivasjon for endring

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Klientens grunner for å oppsøke hjelp

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Klientens styrker og egenskaper

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Klientens tilfredshet med tjenesten

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Pågående rusmisbruk

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Pågående selvmordsrisiko

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Annet (spesifiser)

Fyll ut denne delen dersom du IKKE samler inn rutinemessige data om din klients fremgang gjennom utfallsmål

Hvor viktig er de følgende begrunnelsene for å IKKE benytte utfallsmål for deg?

Svar på en skala fra 1 - 5, hvor: 1 = Ikke viktig 2 = Litt viktig 3 = Noe viktig 4 = Viktig 5 = Svært viktig
Det blir for mye papirarbeid

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg vet ikke hvordan jeg skal tolke skårene

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg har ikke nok ressurser (penger, personale)

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Det blir en ekstra byrde på klienten

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg anser det ikke som hjelpsomt

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg vet ikke hvordan jeg skal implementere utfallsmål i behandlingen.

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Det tar for mye tid

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg er bekymret for at resultatene kan komme på avveie

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg er redd for at det vil bli misbrukt av andre

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Jeg ønsker ikke å gjøre effekten av behandlingen jeg gir tilgjengelig for andre

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Klienten ønsker ikke å fylle ut

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Det forstyrrer effekten av behandlingen jeg gir

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Det ødelegger for min autonomi som behandler

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Annet (spesifiser)

Hvilken informasjon ville vært mest nyttig for deg å innhente dersom du skulle benyttet et utfallsmål?

Generelt funksjonsnivå

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Generelt symptomtrykk

1 2 3 4 5

Ikke viktig Svært viktig
Fremgang i behandlingen

