



## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Vurdering av behandlingsintegritet ved kognitiv atferdsterapeutisk*

*behandling av barn med angstlidelser*

*-utprøving av en skåringsmetode*

### HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

#### **Navn**

Pia Rusvik Poulsen

Anniken Sørensen

Våren 2008

Veiledere

Bente Storm Mowatt Haugland

Jon Fauskanger Bjåstad

## Forord

Behandlingsintegritet er et begrep vi visste svært lite om før vi startet arbeidet med denne hovedoppgaven, og vi er glade over å ha fått innsikt i et så viktig og aktuelt tema innenfor fagfeltet. Denne oppgaven har vært svært lærerik og spennende og jobbe med. Vi ønsker derfor å takke våre veiledere Bente Storm Mowatt Haugland og Jon Fauskanger Bjåstad for uvurderlig hjelp og støtte. Vi føler oss heldige som har hatt så dyktige, tilgjengelige og morsomme veiledere. Dere har bevist at humor *kan* forenes med statistikk og forskning, noe vi er takknemlige for. Gjennom denne oppgaven har vi også fått god kjennskap til FRIENDS-programmet og kognitiv atferdsterapi. Terapeutene involvert i pilotstudien har bidratt sterkt til dette, og vi ønsker derfor å rette en stor takk til dem. Videre ønsker vi å takke Odd E. Havik for statistikkhjelp og for at han tok seg tid til å gjøre uforståelig statistikk forståelig. Takk til Krister Fjermestad for lån av kontor under noen intensive uker med videospøringskåring. Vi vil også takke Ingvild og Joakim for korrekturlesing.

En ekstra stor takk rettes til våre samboere for å ha stilt opp ekstra mye for oss i denne prosessen, og for å ha passet barna mens mamma var på skolen.

Sist men ikke minst ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid med masse humor og smågodt.

Pia Rusvik Poulsen

Anniken Sørensen

## Abstract

A scoring method (FEKS) developed to assess treatment integrity with regard to a cognitive behavioural therapy program (FRIENDS) for anxious children (8-16 years of age) was examined. The present study examined whether therapists employing FRIENDS, yielded acceptable levels of treatment integrity (to the degree treatment is implemented as intended), and whether treatment integrity was associated with childrens age and/or treatment modality. Twenty-one videorecorded sessions were rated from a pilot study including six public child- and adolescent psychiatric clinics in Helse Vest, involving 12 therapists and 49 children. The results indicated that FEKS is satisfactory with regard to structure and internal consistency. Therapy sessions with younger children yielded significantly higher treatmentintegrity scores, whereas no association was found between treatment modality and treatmentintegrity. Suggested revisions regarding FEKS are discussed.

## Sammendrag

Foreliggende studie prøvde ut et skåringsskjema (FEKS) for vurdering av behandlingsintegritet i forhold til et kognitiv atferdsterapeutisk program (FRIENDS) for barn med angstlidelser. Behandlingsintegritet refererer til hvorvidt behandlingen gjennomføres som planlagt. Studien vurderte hvorvidt terapeuter opplært i behandlingsprogrammet oppnådde akseptabel behandlingsintegritet og om behandlingsformat og/eller barnas alder påvirket denne. Det benyttede videomaterialet ble trukket ut fra en pilotstudie av 12 terapeuter og 49 barn (8-16 år) fra ordinære barne- og ungdomspsykiatriske klinikker innen Helse Vest. Skåringssystemet FEKS vurderes å ha tilfredsstillende oppbygging. Terapeutene oppnår høy behandlingsintegritet, med signifikant høyere nivå ved behandling av barn sammenlignet med ungdom. Behandlingsformat synes ikke å påvirke nivå av behandlingsintegritet. Avslutningsvis presenteres konkrete forslag til forbedringer av skåringsskjemaet og skåringsprosedyren.

## Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
<i>Manualisert behandling</i> .....	2
<i>Angstlidelser hos barn</i> .....	4
<i>FRIENDS - et kognitiv atferdsterapeutisk program for behandling av barn med angstlidelser</i> .....	5
<i>Behandlingsintegritet</i> .....	8
<i>Metoder for vurdering av behandlingsintegritet</i> .....	10
<i>Prosedyrer ved vurdering av behandlingsintegritet</i> .....	13
<i>Målsetninger og problemstillinger</i> .....	14
Metode.....	15
<i>Deltagere</i> .....	16
<i>Terapeuter</i> .....	16
<i>Klienter</i> .....	16
<i>Skårere</i> .....	16
<i>Instrumenter</i> .....	17
<i>Prosedyre</i> .....	17
<i>Opplæring og trening av skårere</i> .....	17
<i>Vurdering av interrater reliabilitet</i> .....	18
<i>Vurdering av behandlingsintegritet</i> .....	18
<i>Skåringsprosedyre</i> .....	19
<i>Statistikk</i> .....	19
<i>Interrater reliabilitet (IRR)</i> .....	20

<i>Vurdering av FEKS</i> .....	20
<i>Behandlingsintegritet</i> .....	20
<i>Etiske vurderinger</i> .....	21
Resultat.....	21
<i>Undersøkelse av data</i> .....	21
<i>Interrater reliabilitet</i> .....	22
<i>Vurdering av FEKS</i> .....	24
<i>Indre konsistens</i> .....	25
<i>Forhold mellom dimensjonene</i> .....	25
<i>Skalaene i FEKS</i> .....	26
<i>Vurdering av behandlingsintegritet</i> .....	27
Diskusjon.....	30
<i>Vurdering av FEKS i forhold til interrater reliabilitet</i> .....	31
<i>Vurdering av FEKS i forhold til struktur og indre konsistens</i> .....	33
<i>Skåring av terapeutenes behandlingsintegritet</i> .....	34
<i>Behandlingsintegritet ved behandling av barn versus ungdom</i> .....	34
<i>Behandlingsintegritet ved individual- versus gruppeterapi</i> .....	37
<i>Begrensninger ved foreliggende undersøkelse</i> .....	37
<i>Utvalg</i> .....	37
<i>Opplæring og treningsfasen</i> .....	37
<i>Valg av analysemetoder</i> .....	38
<i>Vurdering av skåringskjemaet FEKS</i> .....	38
<i>Videre studier av behandlingsintegritet</i> .....	39
<i>Anbefalinger for måling av behandlingsintegritet i hovedstudien</i> .....	39
<i>Konklusjon</i> .....	41

Referanser.....	42
Appendiks A: Friends Etterlevelse og Kompetanseskala (FEKS-S).....	i
Appendiks B: Notatark for videoskårer.....	vi
Appendiks C: Skåringsprosedyre og retningslinjer for skåring av FEKS.....	vii
Appendiks D: Avtale med kliniker om bruk av videoopptak av terapitimer for forskningsformål i prosjektets pilotfase.....	x
Appendiks E: Avtale om opptak og lagring av video av intervju og terapier for i pilotfasen til barnedelen av prosjektet "kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne" .....	xi



## Innledning

Interesse for og kunnskap om hvilke typer behandling som hjelper personer med ulike psykiske lidelser har økt betraktelig de siste 20-30 årene, både i Norge og internasjonalt (Gullestad, 2001). Det forventes i økende grad at psykisk helsevern dokumenterer effekten av den behandling som gis. I Norge ble kompetanseheving og kvalitetsutvikling i psykisk helsevern for alvor satt på dagsorden mot slutten av 90-tallet, blant annet i Stortingsmelding 25 (Helse- og Sosialdepartementet, 1997). Stortingsmeldingen ble utgangspunkt for utarbeidelse av kliniske retningslinjer eller behandlingsveiledere, hvis målsetning er å gi anbefalinger om hva som anses å være "god behandling". Behandlingsveilederne er ment å være evidensbaserte og bygger i stor grad på resultater fra internasjonalt anerkjent forskning (Gullestad, 2001). I samsvar med denne trenden vedtok Norsk psykologforening i 2007 prinsipperklæringen om "evidensbasert psykologisk praksis" (EBPP), som er utformet av den amerikanske psykologforeningen (American Psychological Association [APA], 2005). I følge Norsk psykologforening (2007) er hensikten med EBPP å fremme effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen. I prinsipperklæringen blir evidensbasert psykologisk praksis definert som: "integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål". Dette betyr at forskningsmessig kunnskap blir en sentral, men ikke isolert, del av den psykologfaglige yrkesutøvelse. Klinisk teori, klinisk erfaring og den kunnskapen terapeuten har om klienten og vedkommendes livssituasjon, er annen relevant kunnskapsbasis.

Den strenge naturvitenskapelige undersøkelsen representerer for mange "gullstandarden" for terapiforskning. Mye av dagens forskning etterstreber denne standarden gjennom bruk av randomiserte kontrollerte forsøk for å vurdere om en behandlingsmetode har effekt. Randomiserte kontrollerte design (RCT) forutsetter blant annet at den behandling som gis pasientene kan spesifiseres og kontrolleres. For å oppnå spesifisering og kontroll i forhold til behandlingen som

utføres, har en rekke standardiserte behandlingsprogram eller manualer blitt utviklet (Reichborn-Kjennerud & Falkum, 2000). Manualene anses å være et hjelpemiddel for terapeutene i forhold til valg av intervensjon, mål og fokus i en gitt behandling.

For forskere muliggjør bruk av manualer større grad av etterprøvbarehet i forhold til hvilken behandling pasienten mottar, samt hvor kompetent terapeuten er i bruken av behandlingsprogrammet i møte med den aktuelle pasient. For å vurdere om terapeuter følger manualen og gjør dette på en kompetent måte, må det utformes og utprøves målemetoder egnet til å skåre dette. Utforming av manualer og konstruksjon av skåringssystemer for vurdering av terapisesjoner, er per i dag kun i startfasen. Dette gjelder spesielt i forhold til behandling av psykiske lidelser hos barn og ungdom, inklusive angstlidelser.

### *Manualisert behandling*

En behandlingsmanual tilfører behandlingen et rammeverk som både presenterer overordnede behandlingsmål og mål for hver sesjon. Videre angir manualene ulike strategier som kan hjelpe terapeuten i å nå de ulike målene, samt veilede terapeuten i forhold til utfordringer som kan oppstå i terapiforløpet (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998). I følge Luborsky og Barber (1993) har behandlingsmanualer tre hovedkarakteristika: 1) de redegjør for teoretiske hovedprinsipper som ligger til grunn for teknikkene innenfor en psykoterapiform, 2) de beskriver, eksemplifiserer og avgrensner aktuelle intervensjoner og tekniske prinsipper, og 3) de angir skalaer for kontroll av at manualen er blitt fulgt. Utvikling av behandlingsmanualer betegnes som en liten revolusjon i terapiforskning ved at de åpner opp for at ulike behandlingsretninger lettere kan bli empirisk evaluert og sammenlignet (Luborsky & Debrois, 1984). I tillegg til at det blir enklere å vurdere effekten av en behandling, kan manualer bidra til bedre opplæring av terapeuter og bedre

formidling av hva ulike psykologiske behandlinger innebærer (Moras, 1993; Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993).

Oppblomstring av behandlingsmanualer har imidlertid også blitt møtt med kritikk og faglige motforestillinger. I følge Kendall et al. (1998) er noe av kritikken basert på antakelser om at manualer innebærer en rigid og rutinemessig tilnærming til behandling. Seligman (1995) hevder blant annet at manualisert behandling medfører "a small number of techniques, all within one modality and manualized to be delivered in a fixed order" (p.967). Kritikerne frykter at bruk av manualer vil dempe individuelle særtrekk ved den enkelte terapeut og gjøre alle tilnærmet identiske. Kritiske røster har også sammenlignet manualer med kokebøker, hvor oppskriften på en behandling skal følges nøyaktig, noe som kan medføre vanskeligheter med å tilpasse intervensjonene den enkelte klients behov (Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006). Kendall et al. (1998) argumenterer for at denne frykten er sterkt overdreven. De hevder at kritikere ikke skiller mellom bruk av manualer i behandlingsstudier versus i ordinær klinisk praksis. I forskningsstudier må manualer følges nøye, vanligvis med begrenset mulighet for å utvide behandlingen eller supplere med andre tiltak. I vanlig klinisk praksis derimot, kan den manualiserte behandlingen utgjøre én av mange komponenter i en mer omfattende behandlingsplan. Dette innebærer at tidsrammene og rekkefølgen på tiltakene er mer fleksible og at terapeuten i større grad kan skreddersy behandlingen i forhold til den enkelte pasients situasjon og behov (Kendall et al., 2006). I følge Kendall et al. (1998) bør terapeuter i vanlig klinisk praksis benytte behandlingsmanualer som veiledere, hvor kreativ og fleksibel bruk av manualer vil sikre at klientens individuelle karakteristika og behov ivaretas.

Noe av kritikken mot manualer kan bunne i at de har blitt benyttet uten at terapeutene har fått tilstrekkelig opplæring (Kendall et al., 2006). Opplæringen, trening og veiledning anses som viktig nettopp for å unngå en smal og rigid anvendelse av manualer. Luborsky (1993) advarer mot at tilgjengelighet av manualer kan føre til at gjennomtenkte og sofistikerte terapeuter erstattes av "teknikere" med begrenset trening og klinisk erfaring. Havik (2000) imøtekommer dette til en viss

grad ved å vise til empiri som tyder på at krav til opplæring og veiledning av terapeuter er mer omfattende ved manualisert behandling, sammenlignet med hva som er vanlig i annen klinisk opplæring av terapeuter.

I følge Wilson (1998) blir manualisert behandling også kritisert for å ikke vektlegge generelle kliniske ferdigheter og kvaliteter hos terapeuten, blant annet fordi betydningen av prosessfaktorer og den terapeutiske relasjonen ikke fremheves. Wilson avviser denne kritikken og viser til at kliniske ferdigheter er viktig ved manualisert behandling så vel som i annen psykoterapi, da disse bidrar til å utvikle tillit, god kommunikasjon, relasjon og en sterk allianse mellom terapeut og klient (Wilson, 1998). I følge Havik (2000) foreligger det eksempler fra forskning på at manualisert behandling gjør det vanskelig å ivareta den terapeutiske alliansen. Han viser imidlertid til at dette kan være et forbigående problem som er spesielt aktuelt når terapeuten er under opplæring, og/eller i forhold til uerfarne terapeuter som mestrer sin usikkerhet ved overdrevent fokus på teknikker.

### *Angstlidelser hos barn*

Angstlidelser er en av de mest vanlige psykiatriske diagnosene blant barn. Epidemiologiske undersøkelser viser at forekomst av angstlidelser hos barn og ungdom varierer mellom 2.6 % - 41.2 %, avhengig av hvilken undersøkelsesmetode som benyttes og hvilken grad av alvorlighet som er lagt til grunn for diagnostisering (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). Heiervang et al. (2007) fant i sin norske epidemiologiske studie "Barn i Bergen" at 3 % av barn mellom 8 og 10 år hadde en behandlingstrengende angstlidelse. Studien viser at barn med følelsesmessige forstyrrelser sjelden kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med barn med ADHD og atferdsforstyrrelser. Lærere og foreldre som deltok i undersøkelsen rapporterte mindre angstproblemer hos barna enn det som kom frem ved diagnostisk intervju av barna, noe som kan

tyde på at voksne ikke alltid er klar over omfanget av barns angstproblemer. Dette kan være en av forklaringene på hvorfor barna ikke henvises til behandling (Heiervang et al., 2007).

Studier av voksne viser at livstidsprevalens for å utvikle en angstlidelse er nesten 50 %. Hos halvparten av dem som har en angstlidelse, starter problemene før 14 års alderen (Kessler et al., 2005; Kim-Cohen et al., 2003; Ollendick & King, 1998). Angstlidelser hos barn kan føre til sosial isolasjon og dårligere prestasjoner på skolen (Last, Hansen, & Franco, 1997; Woodward & Fergusson, 2001). Uten adekvat behandling står barna på sikt i fare for å utvikle kroniske angstlidelser og andre psykiatriske lidelser som depresjon og/eller rusmisbruk (Aschenbrand, Kendall, Webb, Safford, & Flannery-Schroeder, 2003; Essau, Conradt, & Petermann, 2002; Woodward & Ferguson, 2001). For å forhindre alvorlige negative følger og alvorlig funksjonsforstyrrelser i barnealder, samt kroniske psykiske lidelser i voksenalder, blir det derfor viktig å øke tilgjengeligheten av effektive intervensjoner for angstlidelser allerede i barns oppvekstår (Heiervang et al., 2007).

#### *FRIENDS - et kognitiv atferdsterapeutisk program for behandling av barn med angstlidelser*

Metaanalyser og oversiktsartikler konkluderer med at kognitiv atferdsterapi (KAT) er en effektiv behandlingsmetode for barn og ungdom med ulike typer angstlidelser (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; Compton et al., 2004; James, Soler, & Weatherall, 2005; Scott, Mughelli, & Deas, 2005). Gjennomgående finner en at ca. 60-80 % av barna ikke tilfredsstiller kriteriene for den opprinnelige angstdiagnosen etter endt behandling.

FRIENDS er et evidensbasert behandlingsprogram med intensjon om å forebygge og behandle generelle angstlidelser (Generalisert angstlidelse, Separasjonsangst og Sosialangst) hos barn og ungdom (4-16 år) (Barrett, 2007a). FRIENDS er en videreutvikling av Barretts behandlingsmanual Coping Koala, som igjen er utvikling fra Kendalls Coping Cat. Coping Cat var

det første kognitiv atferdsterapeutiske programmet for barn og ungdom med angstlidelser som kunne dokumentere behandlingseffekt (Kendall, 1994). Barrett et al. har i sitt arbeid involvert foreldrene aktivt i behandlingen av barna og viser at dette øker effekten av behandlingen (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996). Barrett har videre prøvd ut gruppeterapi i forhold til barn med generelle angstlidelser (Barrett, 1998). Tilbakemeldinger fra barn og foreldre i sistnevnte studie var utgangspunktet for utviklingen av FRIENDS-programmet.

FRIENDS-programmet inkluderer kjerneelementene fra kognitivt atferdsterapeutisk behandling av angstlidelser hos barn, dvs. fokus på eksponering, affektbevissthet, avslapning, kognitive strategier og arbeid med forsterkningsmekanismer (Shortt et al., 2001). Programmet omfatter 10 behandlingssesjoner av 60-90 minutters varighet (avhengig av om det er individual- eller gruppeterapi), samt to oppfølgingsmøter etter en og tre måneder. Egne terapeutmanualer foreligger med beskrivelser og veiledning i forhold til hvilke aktiviteter som skal gjennomføres i hver sesjon. I tillegg har programmet egne arbeidsbøker for barna. Manualene og arbeidsbøkene er oversatt til norsk (Barrett, 2008a). FRIENDS er tilpasset barn på ulike alders- og utviklingsnivå med tre versjoner av programmet; førskolebarn 4-6 år (Barrett, 2007b), barn 7-12 år (Barrett, 2008b; Barrett, 2008c) og ungdom 12-16 år (Barrett, 2008d; Barrett, 2008e).

Programmet fokuserer på å lære barn strategier og ferdigheter (atferdsmessige, kognitive og fysiologiske) for håndtering av angstprovoserende situasjoner. Akronymet FRIENDS hjelper barnet å huske sentrale strategier (F- Følelser; R- Rolig og avslappet; I- Indre gode tanker; E- Ett steg av gangen med trappetrinnsplanen; N- Nå kan jeg belønne meg selv; D- Det er øvelse som gjør mester; S- Smil og ha det bra) (Barrett, 2008a). Involvering av foreldrene utgjør en sentral del av programmet. Gjennom å delta i deler av behandlingssesjonene og ved egne gruppemøter, trenes foreldrene i kognitiv restrukturering, bruk av forsterkningsmekanismer og i partnerstøtte. I tillegg oppmuntres familien til å bygge støttende sosiale nettverk (Barrett, 1998; Silverman et al., 1999).

Målet med å involvere foreldrene er at de skal støtte barna best mulig og trene med dem på ferdighetene de lærer i behandlingen (Shortt et al., 2001).

Det er så langt kun publisert én effektstudie av FRIENDS-programmet fra klinisk setting (Shortt et al., 2001). Gruppeterapi med foreldreinvolvering viste at 69 % av barna var diagnosefrie ved behandlingsslutt, mens 68 % var uten angstdiagnose ved ett års oppfølging. Kun 6 % av barna som ble randomisert til ventelistekontroll i samme tidsrom var diagnosefrie (Shortt et al., 2001). Det foreligger en rekke effektstudier av FRIENDS-programmet anvendt som forebyggende tiltak i skolen (bl.a. Lowry-Webster, Barrett, Hayley, & Dadds, 2001; Stallard et al., 2005). Resultatene herfra tyder på at FRIENDS-programmet kan bidra til forebygging så vel som tidlig behandling av angstlidelser hos barn.

Studien av Shortt et al. (2001) ble gjennomført ved en spesialklinikk for angstlidelser tilknyttet et universitet. Denne type klinikker er gjerne kjennetegnet av at behandlingen drives under særlig gunstige forhold, med høyt kompetente terapeuter og en pasientgruppe med begrenset komorbiditet. Det er generelt sett viktig å vurdere effekten av denne type behandlingsprogram også i forhold til barn og ungdom som har søkt hjelp på ordinære klinikker innenfor det offentlige hjelpeapparatet.

FRIENDS-programmet kan benyttes både ved individual- og gruppeterapi. Gruppeformatet vurderes å være mer kostnadseffektivt og å gi muligheter for modellering barna imellom. Det er så langt ikke publisert studier som sammenligner FRIENDS i individual- versus gruppeformat. Noen få behandlingsstudier har imidlertid sammenlignet disse behandlingsformatene ved bruk av andre behandlingsprogram for barn med angstlidelser (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Manassis et al., 2002; Muris, 2001). Noen studier tyder på bedre behandlingseffekt ved individualterapi sammenlignet med gruppeterapi (Weisz & Donenberg, 1995), spesielt i forhold til behandling av barn med høy sosial angst (Manassis et al., 2002). Vi vet imidlertid ennå for lite om effekt av individual- versus gruppeterapi av barn med angstlidelser (James et al., 2005).

Kognitiv atferdsterapi har vist seg å være effektiv både ved behandling av barn og ungdom med angstlidelser (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; Compton et al., 2004; James, Soler, & Weatherall, 2005; Scott, Mughelli, & Deas, 2005). Noen forskningsresultater tyder på at behandlingseffekten kan være sterkere i forhold til ungdom sammenlignet med barn (Weisz & Donenberg, 1995). Det er imidlertid behov for flere studier som sammenligner effekt av ulike behandlingsformat og av behandling av barn på ulike alders- og utviklingsnivå. I fremtidige studier bør en også utforske mulige faktorer og mekanismer som kan forklare eventuelle forskjeller i behandlingseffekt (Weisz & Donenberg, 1995). Dette kan gjøres blant annet ved å studere behandlingsintegritet.

### *Behandlingsintegritet*

For å vurdere effekten av en behandling, for eksempel ved bruk av FRIENDS-programmet, er det nødvendig å evaluere behandlingsintegritet. Med behandlingsintegritet menes i hvilken grad intervensjonen har blitt praktisert i tråd med det planlagte (Kazdin, 1994; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Vermilyea, Barlow, & O'Brien, 1984; Yeaton & Sechrest, 1981). Hensikten med å måle behandlingsintegritet er å ha mulighet til å trekke konklusjoner om hvilke komponenter som forårsaker en eventuell effekt eller fravær av effekt etter en bestemt behandling (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993). For å trekke denne type slutninger kreves det en forsikring om at behandlingen har vært gjennomført som tiltenkt (Marks & Tolsma, 1986; Perepletchikova & Kazdin, 2005). Dette innebærer at en kan dokumentere at terapeutene har fulgt en spesifisert behandlingsplan og fått grundig opplæring, oppfølging og veiledning underveis i behandlingen. I tillegg bør det foretas en uavhengig test som kontrollerer at behandlingen faktisk ble gjennomført som planlagt, for eksempel ved hjelp av videoopptak av sesjonene (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004).



Fidelity (renhet/trofasthet) er et annet begrep som benyttes i forhold til vurdering av i hvilken grad en behandling er gjennomført som planlagt (f.eks. Forgatch, Patterson, & DeGarmo, 2005). Fidelity og behandlingsintegritet er begreper som i stor grad virker å bli benyttet om hverandre (Gresham, MacMillan, Beebe-Frankenberger, & Bocian, 2000; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Wilkinson, 2006). Vi velger i det følgende å anvende begrepet behandlingsintegritet og legger Perepletchikova og Kazdin (2005) sin definisjon til grunn for vår forståelse av begrepet.

Behandlingsintegritet favner i følge Kazdin og Perepletchikova (2005) følgende tre dimensjoner; etterlevelse, kompetanse og differensiering. Med *etterlevelse* menes i hvilken grad terapeuten benytter de spesifiserte prosedyrer som inngår i den anvendte manualen og kan anses som en kvantitativ dimensjon ved behandlingsintegritet. I forhold til FRIENDS-manualen vil etterlevelse reflektere hvorvidt terapeuten utfører de oppgaver og aktiviteter foreskrevet i de ulike behandlingssesjonene. Med *kompetanse* går en et steg videre og vurderer i hvilken grad terapeuten viser *egnet* gjennomføring av prosedyrene i manualen. Kvaliteten på implementering av en intervensjon kan variere og kompetansevurderingen innebærer en evaluering av terapeutens ferdighetsnivå. Dette omfatter blant annet hvor sensitivt terapeuten anvender de angitte behandlingsstrategiene, ”timingene” av intervensjonene, samt evnen til å fokusere på relevante tema. Med *differensiering* refererer en til hvorvidt to eller flere behandlingsformer er ulike i forhold til sentrale intervensjoner. Ut fra et teoretisk grunnlag bør for eksempel intervensjoner som eksponering, kognitiv restrukturering og psykoedukasjon foreligge i større grad innen kognitiv atferdsterapi enn i psykodynamisk terapi.

Etterlevelse og differensiering er nært forbundet og delvis overlappende ut fra at mål på etterlevelse anses som tilstrekkelig for å vurdere hvorvidt to behandlinger er forskjellige (Waltz et al., 1993). Terapiforskning ble tidligere kritisert for å undervurdere terapeutkompetanse ved å anta at etterlevelse av en behandlingsmanual var ensbetydende med at terapeuten var kompetent (Waltz et al., 1993). Andre har ansett mål på kompetanse som overflødig i studier av erfarne terapeuter

(Snyder & Wills, 1991). Berman og Norton (1985) fant imidlertid at verken utdanning eller terapeuters erfaringsbakgrunn korrelerte med behandlingsutfallet. Dette impliserer at terapeutens kompetanse ikke alene kan forstås på bakgrunn av erfaring, men bør studeres som en egen dimensjon. Også Miller og Binder (2002) viser til at vurdering av kompetanse og etterlevelse ikke kan erstatte hverandre. En terapeut kan være svært kompetent i behandlingen av en pasient, men likevel ha lav grad av etterlevelse fordi hun ikke benytter teknikker foreskrevet i manualen. Alternativt kan en annen terapeut ha høy grad av etterlevelse, men lav grad av kompetanse fordi hun anvender intervensjonene på en lite fleksibel måte eller opptrer respektløst ovenfor klienten ved å avbryte, unnlate å gi anerkjennende kommentarer, overhøre sentrale tema, etc. Dersom det i vurdering av behandlingsintegritet ikke skilles mellom etterlevelse og kompetanse, mister en muligheten til å kontrollere for om eventuell manglende effekt skyldes behandlingsprogrammet og/eller lav grad av etterlevelse eller kompetanse hos de deltagende terapeutene (Waltz et al., 1993). Manglende skille mellom etterlevelse og kompetanse vil derfor ikke gi mulighet for en reell vurdering av behandlingsprogrammet (Perepletchikova & Kazdin, 2005).

Vurdering av behandlingsintegritet gir informasjon om terapeutens styrker og svakheter i forhold til anvendelse av manualen og bidrar til at alternative forklaringer på en eventuell behandlingseffekt kan utelukkes. Ved å måle behandlingsintegritet kan en sammenligne ulike terapeuters implementering av et og samme behandlingsprogram. Vurdering av behandlingsintegritet kan også bidra til å styrke kvaliteten på opplæring av terapeuter og videre fungere som en tilbakemelding som bidrar til en videreutvikling av behandlingsprogrammene (Waltz et al., 1993).

### *Metoder for vurdering av behandlingsintegritet*

Flere skåringssystemer er utviklet for vurdering av terapeuters behandlingsintegritet. Cognitive Therapy Adherence and Competance Scale (CTACS; Barber, Liese, & Abrams, 2003) er

et skåringssystem opprinnelig utviklet for å vurdere behandlingsintegritet hos voksne klienter i kognitiv terapi. CTACS består av 25 ledd som vurderes i forhold til både etterlevelse og kompetanse. Skalaen bygger på og anses å være en forbedring i forhold til tidligere anvendte skalaer (Barber et al., 2003). CTACS er utviklet for å kunne benyttes i behandlingsstudier av voksne med ulike psykiske lidelser og inkluderer skalaer for vurdering av terapeuters relasjonelle og mellommenneskelige ferdigheter (Nordahl, Nysæter, & Mikkelsen, 2006).

CTACS er imidlertid utelukkende basert på vurdering av individualterapi, noe som vil gi en betydelig begrensning for vurdering av FRIENDS ettersom programmet anvendes både som individual- og gruppeterapi. Skåringssystem for vurdering av behandlingsintegritet ved bruk av FRIENDS-programmet bør kunne benyttes i forhold til begge behandlingsformatene. CTACS inneholder i tillegg komponenter som er mindre relevante både i forhold til gjennomføring av FRIENDS-programmet og i forhold til behandling av barn.

Det er utviklet noen skåringssystemer for vurdering av behandlingsintegritet på barnefeltet; CBT Supervision Checklist (Kendall, 2004), Therapy Procedures Checklist (TPC; Weersing og Weiss, & Donenberg, 2002) og Fidelity of Implementation Rating system (FIMP; Forgatch, Patterson, & DeGarmo, 2005). En svakhet ved CBT Supervision Checklist er at skåringssystemet ikke eksplisitt skiller mellom vurdering av etterlevelse og kompetanse, slik Perepletchikova og Kazdin anbefaler. TPC er et skåringssystem som inkluderer en sjekklister for ulike behandlingstilnærminger. Skåringssystemet er imidlertid ikke utformet for å kunne vurdere behandlingsintegritet relatert til et bestemt behandlingsprogram. FIMP er spesifikt knyttet til vurdering av behandlingsintegritet ved Parent Management Training (PMTO), men vurderes av den grunn som lite egnet for måling av behandlingsintegritet i forhold til FRIENDS-programmet. Forskjellige manualer gir ulike anbefalinger i forhold til terapeuters væremåte. Varme er et eksempel på en kvalitet som innenfor rogeriansk terapi vil bli vurdert ut fra konsistens, mens en strategisk terapeut derimot vil kunne vektlegge andre aspekt ved denne kvaliteten. Waltz et al.

(1993) viser til at retningslinjene i den enkelte manual bør bli lagt til grunn for vurdering av behandlingsintegritet. Dette impliserer at en bør tilstrebe og benytte skåringssystem som er tilpasset det aktuelle behandlingsprogrammet, i dette tilfelle FRIENDS.

Det er tidligere blitt utviklet egne skalaer for vurdering av behandlingsintegritet i forhold til FRIENDS, både i forhold til barneprogrammet (Treatment Integrity Measures for child program 4th Ed), ungdomsprogrammet (Treatment Integrity Measures for youth program 4th Ed) og foreldresesjonene (Treatment Integrity for parents session) (Barrett, 2007c). Skåringssystemet er ment å vurdere hvorvidt målene for hver sesjon blir møtt. Skåringssystemet er imidlertid omfattende med ulike skjema for vurdering av innholdet i hver av sesjonene. Skåringssystemet skiller ikke mellom etterlevelse og kompetanse ved at dette skåres på en og samme skala. Enkelte av begrepene anses å ikke være tilstrekkelig operasjonalisert, særlig ved vurdering av relasjonsvariabler, og det blir heller ikke gitt noen skåringsinstruksjoner. Treatment Integrity Measures ble ut fra dette ikke ansett som tilfredsstillende for å vurdere behandlingsintegritet ved bruk av FRIENDS-programmet.

I forkant av foreliggende studie ble det utviklet et skjema for skåring av behandlernes etterlevelse og kompetanse; Friends Etterlevelse og Kompetanse Skala (FEKS; Bjåstad, Haugland, & Fjermestad, 2007) (se Appendiks A). FEKS ble utarbeidet på bakgrunn av CTACS (Barber et al., 2003) og Treatment Integrity Measures (Barrett, 2007c). De mest relevante skalaene fra CTACS ble inkludert, i tillegg til at det ble laget ledd for vurdering av etterlevelse og kompetanse i forhold til tre hovedmål for hver av behandlingssesjonene i FRIENDS-programmet.

FEKS består av fire skalaer: 1) Kognitiv struktur, 2) Relasjonsferdigheter, 3) Mål for timen, og 4) Helhetsvurdering. De tre første skalaene har tre ledd mens den siste har ett ledd. Alle leddene skal vurderes både ut fra terapeutens grad av etterlevelse og kompetanse i gjennomføringen av behandlingskomponentene. Etterlevelse skåres ut fra *om og i hvor stor grad* terapeuten hadde utført den aktuelle intervensjonen /målet/opp-gaven. Kompetanse blir skåret ut fra *hvor kompetent* terapeuten var i utføring av den aktuelle intervensjonen /målet/opp-gaven. Skåringsskjemaet gir

eksempler på hva skårene skal se etter i forhold til de aktuelle leddene. Skalaen "Mål for timen" tar høyde for om det er en barne- eller ungdomsbehandling som skal vurderes. Hver vurdering blir sett i lys av hovedmålene i den aktuelle sesjon. Samme skåringsskjemaet brukes ved vurdering av individual- og gruppeterapi (se Appendiks A).

### *Prosedyrer ved vurdering av behandlingsintegritet*

Behandlingsstudier bør i følge Perepletchikova, Treat og Kazdin (2007) ikke bare vurdere terapeuters behandlingsintegritet, men også evaluere hvorvidt prosedyrer og metoder som blir anvendt ved vurderingen av behandlingsintegritet er adekvate. Dette innebærer at en må dokumentere opplæring av skårene, presentere mål for interrater reliabilitet og skåringssystemets validitet. Per i dag er det svært få studier som inkluderer evaluering av egne metoder for vurdering av behandlingsintegritet (Perepletchikova et al., 2007).

Kompetansedimensjonen av behandlingsintegritet vurderes som mer utfordrende å skåre enn etterlevelse. I følge McGlinchey og Dobson (ref. i Dobson & Singer, 2005) er vurdering av kompetanse tidkrevende og forutsetter en systematisk gjennomgang av sesjonen. Det argumenteres med at kun personer med tilstrekkelig klinisk erfaring kan vurdere hva som er optimal bruk av ulike terapeutiske teknikker. Det antas at uerfarne terapeuter vanskelig vil oppnå akseptabel interrater reliabilitet ved vurdering av terapeutkompetanse. Perepletchikova og et al. (2007) argumenterer for at skårere av behandlingsintegritet må ha grundig opplæring i alle behandlingskomponentene i behandlingsmanualen. Skårere som er dyktig i å gjennomføre behandlingen synes således å være de best egnede skårene. Universitetsstudenter har likevel blitt benyttet for vurdering av etterlevelse i forhold til behandlingsmanualer. Skårene har gjerne benyttet sjekklister for å vurdere tilstedeværelse av spesifikke intervensjoner eller teknikker. Studenter som har skåret etterlevelse har vist seg å oppnå adekvat nivå av interrater reliabilitet (Hollon et al., 1992).

*Målsetninger og problemstillinger*

Tilgjengelighet av behandlingsmanualer gjør det lettere å evaluere effekten av ulike behandlingstilnærminger både i ulike kliniske settinger og på tvers av landegrensler. Selv om et økende antall behandlingsprogram er blitt utformet, også i forhold til behandling av angstlidelser hos barn, har kun et fåtall behandlingsstudier på barne- og ungdomsfeltet vurdert terapeuters behandlingsintegritet. Vurdering av behandlingsintegritet er imidlertid nødvendig for å trekke slutninger om effekt av et behandlingsprogram og det antas at dette vil bli et krav i fremtiden for i det hele tatt å få publisert behandlingsstudier.

Det er behov for studier som undersøker prosedyrer for vurdering av behandlingsintegritet. Slike studier er så og si fraværende i litteraturen (Perepletchikova et al., 2007). I foreliggende studie ønsker vi å prøve ut skåringsskjemaet FEKS, i forhold til vurdering av behandlingsintegritet ved gjennomføring av FRIENDS-programmet. Interrater reliabilitet mellom studenter og eksperter vil her både bli vektlagt som et middel for å undersøke konsistensen til det skåringsskjemaet som er blitt anvendt og for å kvalitetssikre studentenes vurdering av behandlingsintegritet. I tillegg til vurdering av skåringssystemets reliabilitet, er vurdering av dets validitet både relevant og viktig. Dette inngår imidlertid ikke som fokus for foreliggende studie.

Hovedmålsetninger for studien er; 1) å prøve ut et skåringsskjema og en prosedyre for vurdering av behandlingsintegritet i forhold til manualisert behandling av angstlidelser hos barn og ungdom (se Appendiks A) og 2) å vurdere behandlingsintegritet i forhold til ulike behandlingsformat (individualterapi versus gruppeterapi) og aldersgrupper (barn versus ungdom).

Problemstillinger for studien:

1) Er FEKS tilfredsstillende utformet i forhold til vurdering av terapeuters behandlingsintegritet ved bruk av FRIENDS?

- a I hvilken grad oppnås akseptabel interrater reliabilitet mellom studenters skårer og ekspertskårer ved bruk av FEKS for skåring av terapeuters behandlingsintegritet?

- b I hvilken grad opprettholdes interrater reliabilitet over tid ved bruk av FEKS for skåring av terapeuters behandlingsintegritet?
- c Har FEKS tilfredsstillende struktur og indre konsistens?

2) Vurderes terapeuters behandlingsintegritet som tilfredsstillende ved anvendelse av FRIENDS-programmet?

- a Er det forskjeller i oppnådd behandlingsintegritet ved individual- versus gruppeterapi?
- b Er det forskjeller i oppnådd behandlingsintegritet ved behandling av barn versus ungdom?

### Metode

Foreliggende studie inngår som et delstudie under behandlingsforsknings-prosjektet ”Kartlegging og Behandling – angst hos barn og voksne”, et nettverksprosjekt for poliklinikker innen helseregion vest, finansiert av Helse Vest for perioden 2006-2010. Hovedprosjektet skal undersøke effekten av kognitiv atferdsterapi ved behandling av generelle angstlidelser hos barn og voksne. En pilotstudie innen barnedelen av prosjektet, ble gjennomført ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Helse Vest i løpet av 2007. Foreliggende delstudie prøver ut skåringssystemet FEKS for vurdering av terapeuters behandlingsintegritet i forhold til FRIENDS-manualen for behandling av barn og ungdom med angstlidelser. Behandlingsintegritet ble skåret fra videoopptak av terapisesjoner. Studien anses å være en effektivitetsstudie dvs. terapeuter ansatt i vanlige poliklinikker behandler barn og ungdom som har søkt hjelp innenfor det ordinære hjelpeapparatet. Erfaringene fra pilotstudien og fra foreliggende studie av behandlingsintegritet er ment å danne grunnlag for prosedyrer og skåringssystem som vil bli benyttet i hovedstudien, som starter opp våren 2008.

*Deltagere*

*Terapeuter.* Tolv terapeuter fra fem Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker deltok i pilotdelen av behandlingsstudien (BUP Haugesund, BUP Fjell, BUP Førde, BUP Åsane og BUP Fana). Følgende bakgrunnsinformasjon ble innhentet fra terapeutene (9 av 12 terapeuter). Alle var kvinner i alderen 30-58 år, med grunnutdanning som pedagoger eller psykologer. De fleste hadde noe videreutdanning i kognitiv atferdsterapi i form av kurs eller spesialisering, men varierte i hvor mye de hadde arbeidet med dette klinisk (fra ikke i det hele tatt til i flere år). Nesten alle terapeutene hadde klinisk erfaring med både barn og ungdom. Få hadde tidligere erfaring med gruppeterapi.

Før oppstart av pilotstudien gjennomgikk terapeutene et fem dagers opplæringskurs. Dette bestod av et to-dagers seminar med generell innføring i kognitiv atferdsterapi med barn og forskningsbasert kunnskap om angstlidelser hos barn, samt prinsipper for behandling av disse. Deretter fulgte et tre-dagers seminar med innføring i og gjennomgang av FRIENDS-manualen. Behandlingene som inngikk i studien ble i hovedsak utført våren 2007. Terapeutene mottok jevnlig veiledning i forhold til sitt arbeid. Veiledning ble gitt etter annenhver FRIENDS-sesjon i grupper sammen med andre FRIENDS-terapeuter. Veilederne hadde i tillegg avsatt en times telefontid i uken for henvendelser fra terapeutene. Veiledningen fokuserte på ferdighetsbaserte terapeutiske teknikker og gjennomføringen av disse, samt behandlingsprosessen til hver enkelt klient.

*Klienter.* Førti-ni barn deltok i pilotstudien (16 gutter og 33 jenter). Gjennomsnittsalderen var 11.9 år, med variasjon fra 8 til 16 år. Til sammen deltok 24.5 % av barna i individualterapi, mens 75.5 % deltok i gruppeterapi.

*Skårere.* Behandlingsvideoene ble skåret av forfatterne av foreliggende oppgave. Begge var studenter i avslutningsfasen av psykologstudiet, med begrenset klinisk praksis. Deler av videomaterialet ble i tillegg skåret av en psykolog som anses å være ekspert i FRIENDS-programmet (Jon F. Bjåstad). Bjåstad har fått opplæring av og drevet behandling sammen med opphavskvinnen til FRIENDS-programmet dr. Barrett ved hennes klinikk "Pathways Health and



Research Centre” i Brisbane. Bjåstad var også en av veilederne for terapeutene og har vært sentral i forhold til oversettelse av behandlingsprogrammet til norsk.

### *Instrumenter*

FEKS består av fire skalaer: 1) Kognitiv struktur, 2) Relasjonsferdigheter, 3) Mål for timen, og 4) Helhetsvurdering. De tre første skalaene har tre ledd mens den siste består av ett ledd. Alle leddene blir vurdert både i forhold til etterlevelse og kompetanse. Etterlevelse skåres ut fra *om og i hvor stor grad* terapeuten har utført den aktuelle intervensjonen /målet/oppgaven i forhold til en syvpunktsskala fra ”ikke i det hele tatt” (0) til ”i svært stor grad” (6). Kompetanse skåres ut fra *hvor kompetent* terapeuten er i utføring av den aktuelle intervensjonen /målet/oppgaven. Også her blir en syvpunktsskala (0-6) benyttet. Skåringsskjemaet gir eksempler på hva man skal se etter i forhold til de aktuelle delskårene (se Appendiks A).

### *Prosedyre*

*Opplæring og trening av skårere.* Som skårere gjennomgikk studentene følgende opplæringsprogram: 1) et 2-dagers kurs med gjennomgang av FRIENDS manualene, 2) opplæring og gjennomgang av skåringsskjemaet, og 3) skåring av treningsvideoer (totalt 10 videoer) med tilbakemelding fra ekspertskårer. Videoene som ble skåret i treningsfasen ble trukket ut tilfeldig. Det ble imidlertid korrigert for at skårerne skulle få trening i vurdering av videoer med individual- og gruppeterapi og vurdering av videoer med behandling av barn så vel som ungdom. I treningsfasen ble videoene skåret individuelt og deretter sammenlignet og drøftet i forhold til Bjåstads ekspertskårer. I forkant og etterkant av hver skåringsvideo ble begreper og skalaene i skåringsskjemaet drøftet, i tillegg til at en definerte hvilke observasjoner som med rimelighet hørte inn under de ulike skalaene og leddene. Av praktiske grunner måtte en av studentene (student A) gjennomføre en utprøving av skåringssystemet tidlig. Hennes erfaringer ble i samråd med Bjåstad,

benyttet til å etablere en skåringsprosedyre for det videre arbeidet, samt retningslinjer for skåring av FEKS (se Appendiks C). Den andre studenten (student B) skåret deretter videoene som inngikk i foreliggende studie, i tråd med den utarbeidede skåringsprosedyren og retningslinjene. Skårene fra student B ble benyttet som grunnlag for videre analyser.

*Vurdering av interrater reliabilitet.* Interrater reliabilitet mellom studenter og ekspertskårer ble beregnet ved to tidspunkt, etter avsluttet treningsperiode (Fase 1) og som stikkprøvekontroller underveis i skåring av videoene som inngikk i studien (Fase 2).

Fase 1 bestod av skåring av fem videoer etter treningsperioden. Også disse videoene ble valgt ut fra kriterier om å dekke både individual- og gruppeterapi med barn, så vel som med ungdom. Beregning av oppnådd interrater reliabilitet ble så utført. Etter at student B hadde skåret de 21 videoene som inngikk i studien, ble fem av videoene (20 %) tilfeldig plukket ut og skåret av ekspertskårer. Fase 2 bestod i at interrater reliabilitet mellom student B og ekspertskårer ble beregnet, dette for å vurdere i hvilken grad interrater reliabiliteten var blitt opprettholdt i løpet av skåringsperioden.

*Vurdering av behandlingsintegritet.* FRIENDS-programmet omfatter 10 ukentlige behandlingssesjoner, samt to oppfølgingsesjoner. Alle behandlingssesjonene ble videofilmert. Kun videoer som var innsamlet medio august 2007 ble inkluderte i studien. Videoene som inngikk i studien ble plukket ut i henhold til følgende kriterier: 1) Terapeutene skulle vurderes i *en* behandlingssesjon hvor de var hovedterapeut for en *gruppe* og *en* behandlingssesjon hvor de hadde *individualterapi*, 2) terapeutene skulle vurderes i *en* behandlingssesjon hvor de benyttet *barneverjonen* av FRIENDS programmet (individuelt eller i gruppe) og *en* sesjon hvor de benyttet *ungdomsversjonen* (individuelt eller i gruppe), og 3) terapeutene skulle vurderes *både* i forhold til behandlingsprogrammets *første del* og programmets *siste del*. Ut fra disse kriterier skulle studentene vurdere 24 behandlingssesjoner. På grunn av ufullstendig merking og manglende videoopptak, endte studien imidlertid opp med et utvalg på 21 videoer (se Tabell 1). Syv videoer manglet. I

tillegg ble tre videoer tatt ut på grunn av utilfredsstillende opptak, for eksempel ved for dårlig lyd, at deler av sesjonen ikke var filmet eller at terapeuten/ klientene kun var delvis eller ikke synlig på videoen. Disse ble alle erstattet av videoer som i størst mulig grad tilfredstilte kriteriene for utvelgelse.

Tabell 1: Fordeling av videoer som inngikk i studien i forhold til terapiformat (individual- versus gruppeterapi) og barnas alder (barn <12 år, ungdom >12 år).

Alder	Individualterapi	Gruppeterapi	Totalt
Barn	3	8	11
Ungdom	6	4	10
Totalt	9	12	21

*Skåringsprosedyre.* Følgende skåringsprosedyre ble utformet (se Appendiks C); 1) Før gjennomsyn av video starter, må alle relevante dokumenter foreligge (riktig versjon av terapeutmanual og barnas/ungdommens arbeidsbok, endringsdokument og oversikt over foreldreinvolvering for den aktuelle timen), 2) mål og kjerneoppgaver for den aktuelle timen samt hjemmeoppgaver gitt i forrige time identifiseres før skåring begynner, 3) ved gjennomsyn av video skal hovedterapeutens verbale og nonverbale atferd observeres samt effekten den har på klientene, 4) relevante observasjoner skrives ned på notat ark underveis i gjennomsyn av videoen (se Appendiks B). Det er ikke restriksjoner i forhold til å ta pause for å gjøre lengre notater eller i forhold til å se enkeltsekvenser om igjen ved behov, og 5) endelige skårer settes først etter gjennomsyn av hele videoopptaket for den aktuelle timen.

### *Statistikk*

Antagelser om avvik fra normalfordeling i skåringsresultatene ble undersøkt ved å sjekke skjevhet i fordelingen av skårer og eventuell tilstedeværelse av uteliggere. Det ble utført

transformering av skårene til logaritmer, ettersom enkelte analyser forutsetter at normalfordeling foreligger. Alle analysene ble foretatt ved bruk av programvaren SPSS, versjon 15.0.

*Interrater reliabilitet (IRR).* IRR ble utregnet ved bruk av Intra-Class Correlations (ICC) og prosentvis enighet. ICC ble beregnet både med og uten omformede logaritmeverdier. ICC ble utregnet i form av Two-way Random Effects Model (Type Consistency). For ICC mellom ekspert- og studentskårer ble Single Measures benyttet. Utregning av prosentvis enighet var basert på skårer innenfor et intervall på  $+1/-1$ . ICC verdier lik eller over 0.70 og prosentvis enighet lik eller over 80 % ble ansett som akseptabel IRR.

*Vurdering av FEKS.* Cronbachs alpha og Pearsons korrelasjonsanalyse ble benyttet for å vurdere i hvilken grad skåringssystemet viste indre konsistens, samt for å undersøke forholdet mellom dimensjonene etterlevelse og kompetanse i FEKS.

En eksplorerende faktoranalyse ble utført med Principal Component Analysis, både på leddene under etterlevelse og leddene under kompetanse, for å vurdere om resultatene støttet skalainndelingen i skåringssystemet. Dette innebærer at det ikke forelå noen hypoteser om hvor mange faktorer de ti leddene ville fordele seg på. Det var satt som kriterium at faktorene måtte ha en egenverdi over 1.0.

Skalaen "Helhetsvurdering" ble inkludert i faktoranalysen, men ikke ved beregning av indre konsistens, da denne skalaen kun består av ett ledd.

*Behandlingsintegritet.* Det ble benyttet t-tester for avhengige og uavhengige utvalg for sammenligning av skårer av terapeuters behandlingsintegritet ved barne- versus ungdomsbehandling og individual- versus gruppeterapi. I FEKS ble skåren 3 satt som grense for akseptabelt nivå av behandlingsintegritet, mens skåren 4 og oppover ble vurdert som god behandlingsintegritet.

### *Etiske vurderinger*

Pilotfasen av hovedprosjektet var godkjent av Regional Etisk Komité og Datatilsynet. Videomaterialet og vurderinger gjort i foreliggende studie, ble behandlet som sensitivt og taushetsbelagt materiale. Dette gjaldt både i forhold til identiteten til barna og deres familier, samt de vurderinger som ble gjort av hver enkelt terapeut, ut fra den tillit og sårbarhet som ligger i å åpne opp for andres vurderinger av egne prestasjoner (se Appendiks D og Appendiks E).

### Resultat

Skåringsskjemaet FEKS ble prøvd ut for vurdering av terapeuters behandlingsintegritet. Interrater reliabilitet mellom ekspert- og studentskårer ble beregnet på to tidspunkt og vurdert i forhold til de ulike skalaene i skåringsskjemaet. Videre ble det gjort analyser av skåringsskjemaets struktur og indre konsistens. Deretter ble skåringsskjemaet benyttet for vurdering av behandlingsintegritet hos terapeuter i individual- eller gruppeterapi av barn og ungdom med angstlidelser.

### *Undersøkelse av data*

Det var ingen uteliggere i forhold til skårene av terapeutenes behandlingsintegritet. Histogram over skårene viste moderat skjevhet i variasjon med opphopning mot øverste del av skalaen ("Stor" eller "Svært stor grad" av etterlevelse og kompetanse), noe som ble korrigert ved transformering av skårene til logaritmer. Det forekom ingen manglende verdier. Ved tre tilfeller var det gitt skåre 0 på etterlevelse, noe som medførte at også kompetanse måtte skåres 0. De aktuelle kompetanseskårene ble erstattet med nye verdier beregnet ut fra terapeutens gjennomsnitt på øvrige kompetanseledd for samme behandlingssesjon.

*Interrater reliabilitet*

Interrater reliabilitet (IRR) mellom ekspertskårer og de to studentskårene ble beregnet etter endt opplæring (Fase 1) og ved stikkprøvekontroll i skåringsfasen (Fase 2) (se Tabell 2).

Tabell 2.

*Gjennomsnitt og standardavvik for behandlingsintegritet for videoer inkludert i analyser av IRR:*

*Etablering av IRR (Fase 1, n =5) og stikkprøvekontroll av IRR (Fase 2, n =5).*

Skårere	Fase 1		Fase 2	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ekspert totalskåre	4.87	1.11	4.65	1.42
Kognitiv struktur	4.70	1.18	4.80	1.30
Relasjonsferdigheter	5.30	0.65	4.43	1.31
Mål for timen	4.63	1.40	4.60	1.35
Helhetsvurdering	4.80	0.63	4.65	1.42
Student A totalskåre	4.57	1.17	-	-
Kognitiv struktur	4.50	1.20	-	-
Relasjonsferdigheter	4.70	1.15	-	-
Mål for timen	4.57	1.25	-	-
Helhetsvurdering	4.40	0.97	-	-
Student B totalskåre	4.30	1.23	4.54	1.52
Kognitiv struktur	4.37	0.85	4.20	1.58
Relasjonsferdigheter	4.33	1.49	4.83	1.09
Mål for timen	3.90	0.74	4.30	1.49
Helhetsvurdering	4.30	1.23	4.54	1.52

Tabell 2 viser relativt høye skårer for behandlingsintegritet både ut fra ekspert- og studentskårer (minimumsskåre 0 og maksimumsskåre på 6). Standardavvikene viser større variasjon i skårene i Fase 2, både for ekspertens og student B sine skårer.

ICC i Fase 1 mellom ekspert og studentskårere var moderate, men ikke akseptable, verken for vurdering av etterlevelse (ICC: .46 for student A; ICC: .63 for student B) eller for vurdering av kompetanse (ICC: .30 for student A; ICC: .54 for student B). Ved utregning av ICC i Fase 2 ble det oppnådd akseptabel IRR på kompetanse for student B (ICC: .70) og en tilnærmet akseptabel verdi på etterlevelse (ICC: .69).

Enkelte hevder at ICC gir det beste mål på IRR når skåring foregår på ordinal eller intervall nivå. ICC forutsetter imidlertid at skårene er normalfordelte. Liten varians vil gi lav ICC uavhengig av hvor reliable de ulike skårene er (Tinsley & Weiss, 1975). Standardavvikene i Tabell 2 viser lavere varians i skårene av videoene i Fase 1 sammenlignet med Fase 2. Utregninger viste at denne forskjellen ikke var signifikant. Det ble likevel vurdert at variansen var tilstrekkelig til å ha medvirket til akseptabel IRR i Fase 2. ICC analysene ble også gjort med bruk av logaritmeverdier uten at dette endret IRR i positiv retning. På bakgrunn av at enkelte ICC verdier ga et uriktig bilde av den reelle reliabiliteten, ble ICC vurdert som en lite egnet metode for beregning av IRR i denne studien. Prosentvis enighet ble derfor brukt som mål på IRR.

På bakgrunn av at student A ikke oppnådde tilfredsstillende IRR hverken ut fra ICC eller prosentvis enighet (Fase 1: etterlevelse 74 % og kompetanse 74 %) ble hennes skåringsresultater ikke benyttet i de videre beregninger.

Resultatene for IRR i form av prosentvis enighet mellom ekspert og student B er presentert i Tabell 3.

Tabell 3.

*Prosentvis enighet mellom ekspert og student B ved skåring av behandlingsintegritet etter opplæring (Fase 1, n=5), og ved stikkprøvekontroll (Fase 2, n=5).*

FEKS Skalaer	IRR (ekspert vs student B) Fase 1			IRR (ekspert vs student B) Fase 2		
	Etterlevelse	Kompetanse	Total	Etterlevelse	Kompetanse	Total
Kognitiv struktur	80 %	60 %	70 %	87 %	87 %	87 %
Relasjonsferdigheter	73 %	80 %	77 %	87 %	73 %	80 %
Mål for timen	80 %	87 %	84 %	73 %	93 %	83 %
Helhetsvurdering	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Samlet skåre	80 %	78 %	79 %	84 %	86 %	85 %

Slik det fremgår av tabellen er IRR god for skåring av etterlevelse og tilnærmet god for kompetanse ved vurdering av IRR etter opplæring (Fase 1). Ved måling av IRR ved stikkprøver underveis i skåringen (Fase 2) var verdien høy både for etterlevelse og kompetanse.

IRR økte fra Fase 1 til Fase 2. Skalaen "Helhetsvurdering" viste gjennomgående 100 % samsvar mellom skårerne, mens reliabiliteten for de øvrige skalaene varierte mellom fasene i forhold til skåring av etterlevelse eller kompetanse. Skalaen "Relasjonsferdigheter" hadde lavere samsvar for etterlevelse i Fase 1 og for kompetanse i Fase 2. Skalaen "Kognitiv struktur" hadde lav IRR ved kompetanse i Fase 1 og skalaen "Mål for timen" hadde lavere IRR ved etterlevelse i Fase 2.

#### *Vurdering av FEKS*

Ettersom IRR mellom ekspertskårer og student B ble vurdert som akseptabel, ble 21 sesjoner skåret av Student B. Disse skårene utgjorde grunnlaget for videre vurdering av skåringsskjemaet FEKS (se Tabell 4).



Tabell 4

Deskriptive data fra terapeuters etterlevelse og kompetanse i forhold til FRIENDS-manualen (N=21).

FRIENDS ETTERLEVELSE OG KOMPETANSE SKALA	Etterlevelse				Kompetanse			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>alpha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>alpha</i>
Kognitiv struktur	5.10	1.41	0-6	.76	4.60	1.28	2-6	.82
Hjemmeoppgaver	5.38	1.24	2-6	-	4.95	1.24	2-6	-
Fremdrift og struktur	5.19	0.93	3-6	-	3.95	1.24	2-6	-
Foreldreinvolvering	4.86	1.91	0-6	-	4.97	1.14	2-6	-
Relasjonsferdigheter	4.70	1.29	1-6	.69	4.30	1.21	2-6	.77
Positiv forsterkning	4.33	1.39	1-6	-	4.24	1.22	2-6	-
Varme	4.95	1.12	3-6	-	4.33	1.28	3-6	-
Samarbeid	4.76	1.34	2-6	-	4.43	1.16	2-6	-
Mål for timen	4.70	1.38	0-6	.45	4.30	1.21	1-6	.66
Mål 1	5.42	0.87	3-6	-	4.67	1.20	2-6	-
Mål 2	4.71	1.31	2-6	-	4.14	1.24	1-6	-
Mål 3	4.14	1.59	0-6	-	4.11	1.18	2-6	-
Helhetsvurdering	4.70	1.28	2-6	-	3.80	1.03	2-6	-
Total for dimensjonen	4.80	1.36	0-6	.80	4.40	1.23	1-6	.88

Struktur og indre konsistens i FEKS skalaene ble undersøkt ved Cronbachs alpha, korrelasjonsanalyser og faktoranalyse.

*Indre konsistens.* Slik det fremgår av Tabell 4 var indre konsistens høy både for etterlevelse og kompetanse. Skalaen "Mål for timen" skiller seg negativt ut i forhold til de øvrige skalaene som alle viser moderat til god indre konsistens.

*Forhold mellom dimensjonene.* Korrelasjonsanalysen viste at dimensjonene etterlevelse og kompetanse var signifikant positivt assosiert ( $r = .68, p < .001$ ). Skåren for etterlevelse og kompetanse på hver av de tre skalaene var alle høyt korrelerte: "Kognitiv struktur" ( $r = .64, p < .001$ ), "Relasjonsferdigheter" ( $r = .75, p < .001$ ) og "Mål for timen" ( $r = .63, p < .001$ ). En terapeut

som ble skåret høyt på etterlevelse i forhold til eksempelvis ”Kognitiv struktur” hadde med andre ord stor sannsynlighet for å også få høy kompetanseskåre på samme skala.

*Skalaene i FEKS.* Faktoranalysen av leddene for etterlevelse ga tre faktorer med egenverdi større enn 1, og som samlet forklarte 70 % av den totale variansen. Egenverdiene for faktorene var; Faktor 1: 4.230; Faktor 2: 1.740; Faktor 3: 1.085. I analyse av kompetanseleddene fremkom også tre faktorer med egenverdi større enn 1.0, som forklarte 76 % av den totale variansen. Egenverdiene for faktorene var; Faktor 1: 5.080; Faktor 2: 1.289; Faktor 3: 1.223. Det ble deretter foretatt en Varimax rotasjon (se Tabell 5).

Tabell 5

*Faktoranalyse av FEKS med roterte faktorer (N=21).*

Ledd i FEKS	Etterlevelse			Kompetanse		
	Faktorer			Faktorer		
	1	2	3	1	2	3
<b>Kognitiv struktur</b>						
Hjemmeoppgaver	.821			.967		
Fremdrift og struktur	.625			.428		.705
Foreldreinvolvering	.928			.821		
<b>Relasjonsferdigheter</b>						
Positiv forsterkning		.725		.862		
Varme		.819		.688		
Samarbeid	.679	.419		.768		
<b>Mål for timen</b>						
Mål1			.800			.949
Mål2		.681	.466	.601		.545
Mål3			.717	.453		.478
Helhetsvurdering	.742		.584	.714	.482	.405
Egenverdi etter rotasjon	3.123	2.077	1.855	3.064	2.301	2.227

Av de roterte faktorladningene ble kun de som var høyere enn 0.400 tatt med i tabellen. I skåringen av etterlevelse lader leddene under "Kognitiv struktur" bare på Faktor 1. Leddene under "Relasjonsferdigheter" ladet alle på Faktor 2 og leddene fra skalaen "Mål for timen" ladet på Faktor 3. De to sistnevnte faktorene er imidlertid ikke like entydig definert ettersom ett ledd i begge skalaene lader på mer enn én faktor. I skåringen av kompetanse ladet leddene under "Relasjonsferdigheter" kun på Faktor 1. Leddene under "Kognitiv struktur" ladet alle under Faktor 2, men ett ledd ladet på også på en annen faktor. Likeledes ble leddene under "Mål for timen" samlet under Faktor 3, men to av leddene ladet på mer enn én faktor. Den siste skalaen "Helhetsvurdering" ladet på fem av de seks faktorene for etterlevelse og kompetanse.

#### *Vurdering av behandlingsintegritet*

Deskriptive data fra vurdering av terapeuters behandlingsintegritet er presentert i Tabell 4. Behandlingsintegritet ble vurdert ut fra 21 sesjoner, tilfeldig trukket ut fra totale antall videofilmede sesjoner tilgjengelig per september 2007. Tabell 4 viser hvordan terapeutene ble vurdert (skala 0-6) på dimensjonene etterlevelse og kompetanse i forhold til de ulike FEKS skalaene

Terapeutene hadde relativt høy behandlingsintegritet både ut fra vurdering av etterlevelse og kompetanse. T-tester (to-halede tester for avhengige utvalg) ble utført for å vurdere forholdet mellom dimensjonene. Samtlige skalaer viste signifikant høyere behandlingsintegritet ved vurdering av etterlevelse sammenlignet med kompetanse ( $p < 0.001$ ). Skalaen "Kognitiv struktur" hadde høyest skåre for behandlingsintegritet på både etterlevelse og kompetanse (Tabell 4).

T-tester (to-halede tester for uavhengige utvalg) ble utført for å sammenligne terapeutenes behandlingsintegritet i sesjoner med barn versus ungdom, i henholdsvis individual- og gruppeterapi (se Tabell 6).

Tabell 6.

*Terapeutenes behandlingsintegritet i sesjoner med barn versus ungdom vurdert ut fra individual- og gruppeterapi (N=21).*

Etterlevelse							
Beh.format	Barn			Ungdom			t
	n	M	SD	n	M	SD	
Individualterapi	3	5.33	0.96	6	4.37	1.59	3.58**
Gruppeterapi.	8	5.16	1.17	4	4.55	1.32	2.58*

  

Kompetanse							
Beh.format	Barn			Ungdom			t
	n	M	SD	n	M	SD	
Individualterapi.	3	4.90	0.96	6	4.09	1.37	3.25**
Gruppeterapi.	8	4.50	1.12	4	4.08	1.25	1.90

\*\* p < .01

\* p < .05

Både etterlevelse og kompetanse var signifikant høyere ved individualterapi av barn sammenlignet med individualterapi av ungdom. Det var også signifikant høyere verdier ved vurdering av etterlevelse ved gruppeterapi av barn enn ved gruppeterapi av ungdom.

T-tester for uavhengige utvalg (to-halede) ble beregnet for sammenligning av terapeutenes behandlingsintegritet i behandling av barn versus ungdom vurdert ut fra ulike skalaer i FEKS (se Tabell 7). Ved vurdering av behandlingsintegritet ble det funnet signifikant høyere skårer for behandling av barn sammenlignet med behandling av ungdom. Dette gjaldt både i forhold til vurdering av etterlevelse og kompetanse. Ved vurdering av etterlevelse hadde skalaene "Kognitiv struktur" og "Relasjonsferdigheter" signifikant høyere skårer ved behandling av barn enn ved behandling av ungdom. Skalaen "Kognitiv struktur" hadde videre også signifikant høyere skårer ved vurdering av kompetanse i forhold til behandling av barn sammenlignet med behandling av ungdom.

Tabell 7

*Behandlingsintegritet i behandling (gruppe- og individual) av barn (n= 11) og ungdom (n = 10) for ulike skalaer i FEKS*

FRIENDS etterlevelse og Kompetanse Skala	Barn			Ungdom			<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	
Etterlevelse	5.21	1.12	2-6	4.44	1.49	0-6	4.21**
Kognitiv struktur	5.70	0.68	3-6	4.53	1.74	0-6	3.44**
Relasjonsferdigheter	5.00	1.09	3-6	4.33	1.42	1-6	2.10*
Mål for timen	4.94	1.44	2-6	4.57	1.31	2-6	1.08
Helhetsvurdering	5.18	0.75	4-6	4.10	1.52	2-6	2.03
Kompetanse	4.61	1.09	1-6	4.08	1.32	2-6	3.17**
Kognitiv struktur	5.06	1.03	3-6	4.15	1.38	2-6	2.99**
Relasjonsferdigheter	4.61	1.00	3-6	4.03	1.35	2-6	1.93
Mål for timen	4.34	1.22	1-6	4.27	1.23	2-6	0.80
Helhetsvurdering	4.09	0.70	3-5	3.50	1.27	2-6	1.34

\*\*  $p < .01$

\* $p < .05$

T-tester for uavhengige utvalg ble også gjort for å sammenligne skårer av terapeuters behandlingsintegritet ved individual- versus gruppeterapi. Total skåre for etterlevelse viste ingen signifikant forskjell mellom individualterapi ( $M = 4.69$ ,  $SD = 1.48$ ,  $range = 0-6$ ) og gruppeterapi ( $M = 4.96$ ,  $SD = 1.25$ ,  $range = 0-6$ ); [ $t = 1.43$ ,  $p = .155$  (to-halet)]. Skalaen "Kognitiv struktur" hadde imidlertid signifikant høyere skåre for etterlevelse ved gruppeterapi ( $M = 5.50$ ,  $SD = 0.97$ ,  $range = 2-6$ ) sammenlignet med individualterapi ( $M = 4.67$ ,  $SD = 1.75$ ,  $range = 0-6$ ); [ $t = 2.22$ ,  $p = .030$  (to-halet)]. Total skåre for kompetanse var heller ikke signifikante forskjellig for individualterapi ( $M = 4.36$ ,  $SD = 1.30$ ,  $range = 2-6$ ) sammenlignet med gruppeterapi ( $M = 4.36$ ,  $SD = 1.18$ ,  $range = 1-6$ ); [ $t = 0,001$ ,  $p = .998$  (to-halet)].

## Diskusjon

Målsetning med foreliggende studie har vært å prøve ut en skåringsmetode for vurdering av behandlingsintegritet i forhold til terapeuter som anvender et kognitiv atferdsterapeutisk program for behandling av angstlidelser hos barn og ungdom. Kvalitetsmessige krav som stilles vedrørende bruk av skåringssystem og måling av behandlingsintegritet ble forsøkt imøtekommet, blant annet gjennom at skårerne fikk opplæring og trening i forhold til skåringssystemet FEKS så vel som introduksjonskurs i det aktuelle behandlingsprogrammet (Perepletchikova et al., 2007).

Ved skåring av FEKS ble det oppnådd akseptabel interrater reliabilitet for etterlevelse og tilnærmet akseptabelt interrater reliabilitet for kompetanse (Fase 1) mellom ekspertskårer og en av studentskårerne (student B). Ved stikkprøvekontroll under skåring av senere videoer (Fase 2) var både etterlevelse og kompetanse på et akseptabelt nivå (prosentvis enighet > 80 %). Bortsett fra høye interrater reliabilitetsverdier i forhold til helhetsvurdering, utmerket ingen av skalaene i FEKS seg med hensyn til høy eller lav grad av interrater reliabilitet.

Student A, som var involvert i utformingen av retningslinjene for skåring av FEKS, oppnådde ikke akseptabel interrater reliabilitet.

Resultatene fra Cronbachs alpha, korrelasjonsanalyse og faktoranalyse indikerer at skåringsskjemaet FEKS har god indre konsistens og at de tre skalaene langt på vei måler ulike kvaliteter i forhold til terapeutens etterlevelse og kompetanse.

Terapeutene ble vurdert å ha høyt et nivå av behandlingsintegritet spesielt i forhold til etterlevelse, noe lavere i forhold til kompetanse. Gjennomsnittlige skårer for behandlingsintegritet var høyest for skalaen ”Kognitiv struktur” og lavest i forhold til skalaen ”Helhetsvurdering”.

Terapeutene oppnådde høyere skårer for behandlingsintegritet ved behandling av barn sammenlignet med behandling av ungdom, uavhengig av behandlingsformat. Dette gjaldt både i forhold til etterlevelse og kompetanse. Skalaen ”Kognitiv struktur” ble skåret signifikant høyere i

forhold til etterlevelse og kompetanse ved behandling av barn, mens ”Relasjonsferdigheter” ble skåret signifikant høyere skårer for etterlevelse. Det var ingen signifikante forskjeller i nivå av behandlingsintegritet ved sammenligning av individual- og gruppeterapi, med unntak av skalaen ”Kognitiv struktur”, som hadde signifikant høyere skårer for etterlevelse av gruppeterapi.

#### *Vurdering av FEKS i forhold til interrater reliabilitet*

Forskjell mellom studentskårene i oppnådd interrater reliabilitet kan best forklares med ulike forutsetninger i forhold til skåringsarbeidet. Skåreren som ikke oppnådde akseptabel interrater reliabilitet gjennomførte skåringen samtidig med at siste revidering av skåringskjemaet foregikk og retningslinjene og prosedyren for skåringen ble utformet. Hennes skåringserfaringer ga imidlertid nyttige innspill i forhold til utvikling og revidering av skåringsmetode og -prosedyre.

Student B oppnådde akseptabel interrater reliabilitet, noe som kan indikere at den opplæring og trening som ble gitt var tilfredsstillende. For vurdering av kompetanse ble det imidlertid ikke oppnådd tilstrekkelig høy interrater reliabilitet mellom student og ekspertskårer før i Fase 2. Dette kan skyldes at studenten ervervet seg erfaring i forhold til vurdering av kompetanse etter gjennomgang av et større antall behandlingssesjoner. I tillegg hadde behandlingsvideoene i Fase 2 større variasjon i forhold til terapeutenes kompetanse, noe som bidro til at skårene fikk et bredere sammenligningsgrunnlag og mer nyansert bilde av kvaliteten av terapeutenes ferdigheter. Kunnskap om kognitiv atferdsterapi, klinisk erfaring og grundig trening i den aktuelle behandlingsmetodikken, anses å være nødvendig kompetanse hos skårere av behandlingsintegritet. Dette hevdes i særlig grad å være viktig i forhold til vurdering av terapeuters kompetanse (McGlinchey & Dobson, 2003; Perepletchikova et al., 2007). Resultatene fra foreliggende studie tyder imidlertid på at studenter i siste del av psykologstudiet med begrenset klinisk erfaring kan oppnå akseptabel interrater reliabilitet både i forhold til vurdering av etterlevelse og kompetanse. En utvidet treningsperiode enn den som ble benyttet i foreliggende studie, samt trening i forhold til å skåre terapeuter med ulikt

nivå av kompetanse, kan imidlertid være påkrevd for å etablere akseptabel interrater reliabilitet ved skåring av terapeutkompetanse.

Helhetsvurderingen av etterlevelse og kompetanse oppnådde høyest interrater reliabilitet. En kan spekulere i om skåring av "Helhetsvurdering" muligens er mindre avhengig av klinisk erfaring hos skårerne enn de øvrige skalaene ("Kognitiv struktur", "Relasjonsferdigheter" og "Mål for timen"). Under treningen fremkom det tidvis at skårerne registrerte de samme kvalitetene hos en terapeut, men var uenige om hvilken skala dette skulle skåres på. Også dette kan forklare hvorfor skalaen "Helhetsvurdering" har høyere interrater reliabilitet. Ved vurdering av helhetsinntrykk blir det ingen usikkerhet i forhold til på hvilken skala en observasjon skal skåres. Dette peker imidlertid på behov for ytterligere operasjonalisering og klargjøring av skalaene i FEKS, for eksempel ved revidering av retningslinjene for skåring (Appendiks C).

Økt interrater reliabilitet fra Fase 1 til stikkprøvekontrollene i Fase 2 (f.eks. for vurdering av etterlevelse ved "Relasjonsferdigheter") kan forklares med økt trening og skåringserfaring hos studentskårer. At interrater reliabilitet i motsatt fall sank for enkelte av skalaene fra Fase 1 til Fase 2 (f.eks. for vurdering av kompetanse ved "Relasjonsferdigheter") kan igjen bety at skåringsskjemaet og retningslinjene for skåring av denne skalaen ikke er tilstrekkelig konkretisert og/eller entydig. Det kan i tillegg være særlig komplisert å skille vurdering av etterlevelse og kompetanse på disse skalaene (f.eks. vurdering av etterlevelse versus kompetanse i forhold til leddet *varme*).

Lavere interrater reliabilitet ved vurdering av kompetanse i skalaen "Kognitiv struktur" kan skyldes at denne skalaen er vanskelig å skåre når uforutsette hendelser oppstår og terapeuten må avvike fra den planlagte agendaen, noe som gjerne forekommer ved behandling av barn og ungdom. Retningslinjene for skåring av FEKS avklarer ikke i tilstrekkelig grad hvordan skårerne bør forholde seg til dette.

*Vurdering av FEKS i forhold til struktur og indre konsistens.* Resultatene fra faktoranalysen bekrefter skåringsskjemaets oppbygning med tre faktorer. "Kognitiv struktur" og



”Relasjonsferdigheter” fremkom som klare faktorer på en dimensjon, førstnevnte i forhold til vurdering av etterlevelse og sistnevnte i forhold til kompetanse. Skalaen ”Mål for timen” synes derimot å være mindre entydig, spesielt i forhold til vurdering av kompetanse hvor to av leddene også lader høyt på faktoren for ”Relasjonsferdigheter”. Vurdering av terapeuters kompetanse i forhold til ”Mål for timen” kan derfor overlapse med vurdering av kompetanse ved ”Relasjonsferdigheter”. Resultatene indikerer at skalaen ”Helhetsvurdering” er tilfredsstillende ved at den ga utslag på fem av seks skalaer under dimensjonene etterlevelse og kompetanse. Den helhetlige vurdering av etterlevelse synes i stor grad å bygge på vurderinger i forhold til ”Kognitiv struktur”, mens helhetlig vurdering av kompetanse i stor grad baseres på vurdering av ”Relasjonsferdigheter”.

Indre konsistens i FEKS-skalaene var god, uten at alpha verdiene var *for høye*. Dette tyder på at de ulike leddene i skalaene måler ulike kvaliteter av behandlingsintegritet. Indre konsistens i skalaen ”Mål for timen” skiller seg imidlertid negativt ut med lavere alpha for etterlevelse. Skalaens tre ledd representerer tre mål knyttet til ulike intervensjoner i sesjonen. For enkelte sesjoner kan noen av målene være unyanserte, noe som gjør det vanskelig å vite hvilke observasjoner som skal skåres under hvilke mål. For andre sesjoner er målene relativt uavhengige av hverandre. Det sistnevnte kan forklare den lave indre konsistens med hensyn til etterlevelse. Leddene i ”Mål for timen” bør ut fra dette revideres.

Det ble funnet høye positive korrelasjoner mellom etterlevelse og kompetanseskårene. Det er rimelig at skåring av etterlevelse og kompetanse samsvarer. Om de samsvarer svært mye kan man imidlertid stille spørsmål hvorvidt en måler det samme på to ulike måter. Dette kan være et relevant spørsmål i forhold til skalaen ”Relasjonsferdigheter” som hadde særlig høy korrelasjon mellom etterlevelse og kompetanse. Som nevnt tidligere kan det være vanskelig å skille mellom etterlevelse og kompetanse i forhold til relasjonsferdigheter. Det bør ut fra dette vurderes om skalaen ”Relasjonsferdigheter” kun skal skåres i forhold til kompetansedimensjonen.

*Skåring av terapeutenes behandlingsintegritet*

Høyt nivå av behandlingsintegritet indikerer at terapeutene hadde god bakgrunn og fått tilstrekkelig opplæring i forhold til gjennomføring av FRIENDS-programmet. Høyere skårer på etterlevelse versus kompetanse kan sees i lys av at behandlingssesjonene som ble vurdert var hentet fra pilotfasen av behandlingsstudiet. Terapeutene var under opptrening i forhold til gjennomføring av sine første behandlinger med FRIENDS-programmet. Lavere kompetanse sammenlignet med etterlevelse kan reflektere at terapeuter i begynnerfasen ofte viser mer rigid etterlevelse og mindre fleksibilitet i bruk av manualer (Kendall, 1998).

Høye skårer for etterlevelse av skalaen "Kognitiv struktur" kan skyldes at FRIENDS-manualen er eksplisitt i forhold til de oppgavene som skal skåres på denne skalaen for eksempel hjemmeoppgaver, foreldreinvolvering, etc. Manualen gir i mindre grad retningslinjer i forhold til "Relasjonsferdigheter". Høye skårer også på denne skalaen må derfor kunne forklares delvis ut fra den erfaring og kompetanse terapeutene hadde fra tidligere, og delvis ut fra at de fikk tett oppfølging og veiledning.

*Behandlingsintegritet ved behandling av barn versus ungdom.* Det ble funnet høyere skårer for behandlingsintegritet ved behandling av barn sammenlignet med ungdom. Gitt antagelsen om at behandlingsintegritet er positivt relatert til behandlingsutfall, strider dette imot tidligere funn om mer effekt av psykoterapi generelt ved behandling av ungdom (Perepletchikova & Kazdin, 2005; Weisz & Donenberg, 1995). Høyere behandlingsintegritet ved behandling av barn kan forstås ut fra en rekke forhold. Først og fremst kan det være en konsekvens av terapeutfaktorer. Utvalget vårt var imidlertid ikke stort nok til å undersøke denne hypotesen eller alternativt kontrollere for at de samme terapeutene hadde både barne- og ungdomsbehandlinger.

Barne- og ungdomsversjonene av FRIENDS-manualen er tilpasset barnas utviklingsnivå og er derfor ikke identiske. Ettersom ungdomsmanualen er av nyere dato kan denne være mindre gjennomarbeidet enn barnemanualen. Ungdomsmanualen inneholder kognitive teknikker som kan

være mer krevende å gjennomføre for så vel ungdommene som terapeutene. Barnemanualen kan derfor være lettere å etterfølge på en kompetent måte. Høyere behandlingsintegritet ved behandling av barn kan også ha sammenheng med utfordringer knyttet til utviklingsnivå, motivasjon og uttrykksform hos barn versus ungdom. Ungdom har gjennomgående større evne til konsentrasjon, refleksjon og abstraksjon, mens barn lettere kan la seg distrahere. Terapeuter kan være mer våre for ungdoms skiftende motivasjon i forhold til å møte til behandling, mens uteblivelse er mindre aktuelt i forhold til barneklinter som ofte bringes til terapitimer av sine foreldre. Terapeuters forventning til at barn trenger hjelp til å holde fokus kan føre til at de i større grad vektlegger struktur, framdrift og etterlevelse av manualen i arbeid med barn, mens viktighet av å opprettholde allianse i forhold til ungdomsklienter muligens kan øke tendenser til å avvike fra manualen. Når ungdom er meddelsom og formidler egne erfaringer, kan terapeuten tilpasse sesjonen til hendelser i ungdommens liv. Mer avvik fra manualen i forhold til ungdom kan også ha bakgrunn i at de kan ha et mer sammensatt forhold til autoriteter, noe terapeuten kan respondere i forhold til ved å bli mindre bundet til manualen.

Angstlidelser starter ofte tidlig i utviklingsforløpet (Kessler et al., 2005; Ollendick & King, 1998; Kim-Cohen et al., 2003). Noen ungdommer med angstlidelser kan ha utviklet mer komplekse sykdomsbilder enn barn, noe som kan gjøre behandlingen mer krevende og vanskeligere i forhold til etterfølging av manualer.

Høyere kompetanseskårer ved behandling av barn versus ungdom kan også ha sammenheng med at barn og ungdom uttrykker seg forskjellig. Ungdom kan være mer tilbakeholden og skeptisk overfor terapeuter som voksne autoriteter, noe som kan svekke terapeuters forutsetning for kompetent behandling i form av god timing, sensitiv bruk av behandlingsstrategier og fokus på tema som er relevante for klienten. Terapeuten kan også ha en mer krevende oppgave i balansen mellom ivaretagelse av ungdommens ambivalens og gjennomføring av behandlingsprogrammet. Ved gruppeterapi med ungdom kan eventuell tilbakeholdenhet, taushet og ambivalens "smitte"

mellom ungdommene i gruppen. Dette kan skape utfordringer for terapeuter både i forhold til etterlevelse og kompetanse.

Skalaen "Kognitiv struktur" viste størst diskrepans mellom barn versus ungdom, både i forhold til vurdering av etterlevelse og kompetanse. Leddene i skalaen omfatter *gjennomgang av hjemmeoppgaver og presentasjon av nye hjemmeoppgaver, foreldreinvolvering, samt fremdrift og struktur*. Terapeutene kan ha antagelser om at det er viktigere for barn å få bekreftelse på og grundig gjennomgang av hjemmeoppgaver, i motsetning til ungdom som kan lese og forstå disse på egen hånd. Lavere behandlingsintegritet i forhold til leddet om foreldreinvolvering ved behandling av ungdom, kan også reflektere at terapeutene i sin opplæring av programmet. Terapeutene instrueres i å være sensitiv overfor ungdommenes ønsker og behov for å holde ting privat når de formidler personlige tema til foreldrene som ungdommene har tatt opp i behandlingssesjonen. Dette medfører at terapeutene i mindre grad vil informere foreldrene om hva ungdommene har tatt opp i behandlingssesjonene. Ungdom har bredere erfaringsbakgrunn og et rikere språk enn barn. Dette kan gjøre at terapeuter på å lytte til og å utforske deres utsagn når de viser engasjement for et tema, noe som kan tenkes enkelte ganger å gå på bekostning av fremdriften og strukturen i behandlingssesjoner med ungdom.

Terapeutene i behandling av barn ble skåret høyere på etterlevelse på skalaen "Relasjonsferdigheter". Terapeuter kan oppleve eksplisitt formidling av positiv tilbakemeldinger og ros som kunstig ut fra at dette ikke alltid er så fremtredende i vår kultur. Det kan imidlertid være lettere å vise varme og ros i forhold til barn enn overfor ungdom, i frykt for at sistnevnte kan oppfatte det hele som barnslig. I tillegg kan terapeutens bruk av relasjonsferdigheter påvirkes av klientens kroppsspråk som for eksempel lite øyekontakt, at klienten tilsynelatende ikke hører etter, etc. Dette kan for enkelte ungdommer være en måte å uttrykke distanse og usikkerhet på.

*Behandlingsintegritet ved individual- versus gruppeterapi.* Interessant nok var behandlingsintegriteten ikke forskjellig ved individual- versus gruppeterapi bortsett fra i forhold til

skalaen "Kognitiv struktur". Det sistnevnte kan muligens forklares ut fra nødvendigheten av større grad av struktur og fokusering for at gruppesesjoner skal fungere godt. I gruppeterapi får terapeuten assistanse av en koterapeut, som hjelper til med gjennomføring av programmet. En-til-en kontakten mellom barna og terapeutene i individualterapien kan muligens gjøre det lettere å gli inn i mer ustrukturerte terapeutiske samtaler, slik terapeutene har mest erfaring med. Ettersom terapeutene i foreliggende studie har minst erfaring med gruppeterapi, kan dette behandlingsformatet ha krevd mer forberedelser og også mer trofasthet i forhold til manualen.

### *Begrensninger ved foreliggende studie*

*Utvalg.* Antall behandlingssesjoner benyttet til skåring av behandlingsintegritet var begrenset (21 sesjoner). Ettersom behandlingssesjonene var hentet fra pilotstudien, var terapeutene i en treningsfase, noe som antas å innvirke på både deres etterlevelse og kompetanse i forhold til behandlingsmanualen. Grunnet manglende eller dårlige videoopptak av en del behandlingssesjoner, ble kriteriene for å velge ut sesjoner for skåring vanskelig å følge. Dette bidro til at utvalget ikke ble så representativt som ønskelig, og at vi heller ikke fikk videoer av alle terapeutene både ved behandling av barn og ungdom. Resultatene fra foreliggende studie må således tolkes med forsiktighet.

*Opplæring og treningsfasen.* De største utfordringene i forhold til å vurdere behandlingsintegritet antas å være knyttet til skåring av kompetanse. Studenter har tidligere stort sett vært benyttet for vurdering av etterlevelse (Hollon et al., 1992). Det er rimelig å stille spørsmål ved om studentskårere med begrenset klinisk erfaring har tilstrekkelige forutsetninger for å vurdere terapeutkompetanse (Perepletchikova et al., 2007). Ut fra dette burde skåring av kompetanse definitivt hatt en mer sentral plass i opplærings- og treningsfasen til studentskårere. Ved oppstart av treningsfasen var det fremdeles uklarheter knyttet til begreper og skalaer i FEKS. Student A deltok i utforming av retningslinjer for skåring av FEKS (se Appendiks C). Vilkårene for skåring var

således ulike for de to studentskårerne, noe som gjorde at vi ikke kunne følge lage konsensuskårer og beregne interrater reliabilitet dem imellom.

I foreliggende studie var ekspertskårer også involvert i opplæring og veiledning av terapeutene. Nær kjennskap til terapeutene kan skape potensiell bias ved skåring av behandlingsintegritet, ut fra forantagelser man har om terapeutene i forkant av skåringsarbeidet (Forgatch, Patterson, & DeGarmo, 2005). Det er rimelig å anta at dette kan påvirke interrater reliabiliteten mellom de ulike skårerne.

*Valg av analysemetoder.* Prosentvis enighet ble benyttet som ett av målene på interrater reliabilitet. Dette anses imidlertid ofte å være en usikkert mål ut fra at metoden ignorerer tilfeldig samsvar mellom skårere (Bartko & Carpenter, 1976). I en eksplorerende faktoranalyse anbefaler Comrey og Lee (ref. i Tabachnick & Fidell, 2001) minimum et 1:10 forhold mellom antall ledd i skåringsskjemaet og utvalgsstørrelsen. Dette kravet ble ikke innfridd i foreliggende studie. Ettersom FEKS inkluderer 10 ledd burde det derfor vært skåret minimum 100 behandlingssesjoner. I tillegg til disse begrensningene hadde resultatene fra utprøvingen av FEKS vært styrket dersom flere skårere hadde vurdert de samme behandlingssesjonene.

*Vurdering av skåringsskjemaet FEKS.* Sentrale begreper i FEKS er etter vår vurdering utilstrekkelig definerte, spesielt gjelder dette leddene under skalaen "Relasjonsferdigheter". Vi fant det for eksempel vanskelig å skille mellom nonverbale aspekter av *Positiv forsterkning* og skåring av tilstedeværelse og grad av *Varme* hos terapeutene. Dimensjonene etterlevelse og kompetanse var også vanskelig å skille på skalaen "Relasjonsferdigheter". Videre var målene i FEKS tidvis overlappende, noe som vanskeliggjorde skåringen av etterlevelse og kompetanse. Utilstrekkelig avgrensning av begrepene/målene bidro til usikkerhet i forhold til skåring av observasjoner på ulike ledd i FEKS.

Et skåringsinstrument for vurdering av behandlingsintegritet må i tillegg til å være reliabelt også kunne dokumenteres å være valid (Perepletchikova & Kazdin, 2008). Manglende data i forhold til validiteten av FEKS representerer en viktig begrensning i foreliggende studie.

#### *Videre studier av behandlingsintegritet*

På bakgrunn av at ulike sesjoner i et behandlingsprogram representerer ulike krav og utfordringer for terapeuter, bør videre studier i tillegg til å presentere overordnede mål på terapeuters behandlingsintegritet også angi grad av etterlevelse og kompetanse for hver enkelt sesjon (Perepletchikova et al., 2007).

Skåringssystem for måling av behandlingsintegritet bør som nevnt tidligere også vurderes i forhold til skjemaets validitet. Da høyt nivå av behandlingsintegritet i enkelte studier har vist seg å være assosiert med positive behandlingsutfall, kan forholdet mellom etterlevelse og behandlingsutfall i følge Perepletchikova og Kazdin (2008) benyttes som mål på skåringssystemets validitet. Terapeuters aksept av behandlingsprogrammet foreslås for validering av terapeutens grad av etterlevelse, mens mål på terapeutisk allianse anses som en mulighet for validering av kompetansedimensjonen (Perepletchikova & Kazdin, 2008).

#### *Anbefalinger for måling av behandlingsintegritet i hovedstudien*

I hovedstudien av prosjektet ”Kartlegging og behandling. Angst hos barn og voksne” bør det kontrolleres for at de samme terapeutene gjennomfører behandling av både barne- og ungdomsklientene, så vel som individual- og gruppeterapi. Dette for å kunne kontrollere for terapeuteffekter.

Med hensyn til opplæring og trening av skårere er det viktig at endelig skåringssprosedyre og retningslinjer for skåring foreligger i sin helhet. For å sikre et akseptabelt nivå av interrater reliabilitet bør en utvide treningsperioden sammenlignet med foreliggende studie, spesielt dersom

en også i hovedstudien ønsker å benytte studenter som skårere. En bør videre se til at skårene får trening i å vurdere terapeuter med ulikt nivå av kompetanse.

FEKS er utviklet for å vurdere behandlingsintegritet både ved behandling av barn og ungdom. Retningslinjene for skåring bør etter vår vurdering i større grad enn nå ta høyde for at barnas alder- og utviklingsnivå representerer ulike utfordringer for terapeuter. Vi anbefaler at det ved revidering av retningslinjene lages konkrete eksempler på vurderinger som bør legges til grunn for skåring av FEKS i forhold til henholdsvis barn og ungdom.

Behandlinger av barn og ungdom kan ofte være preget av uforutsette hendelser som gjør det vanskelig for terapeuter å følge manualen. Eksempel på dette kan være barn med separasjonsangst som vegrer seg fra å forlate mor på venterommet. Retningslinjene for skåring av FEKS bør angi hvordan skårerer skal forholde seg så vel som hvilke instruksjoner terapeutene har fått vedrørende denne og andre typer uforutsette hendelser.

I foreliggende studie var etterlevelse av skalaen "Kognitiv struktur" og kompetanse i forhold til skalaen "Relasjonsferdigheter" i særlig grad relatert til skåring av skalaen "Helhetsvurdering". Alle FEKS skalaene bør ideelt sett ligge til grunn for helhetsvurderingen. Retningslinjene for skåring av "Helhetsvurdering" bør revideres med dette for øye.

I selve skåringsskjemaet var det for enkelte ledd vanskelig å skille mellom dimensjonene etterlevelse og kompetanse, spesielt gjaldt dette skalaen "Relasjonsferdigheter", hvor det også ble funnet svært høy korrelasjon mellom dimensjonene. I hovedstudien bør muligheten for å skåre kompetanse for hver av skalaene i stedet for i forhold til hvert av leddene i FEKS vurderes.

Enkelte begreper i FEKS bør konkretiseres og differensieres ytterligere. Dette gjelder spesielt leddene som gir åpning for ulike forståelser hos skårene, deriblant *Varme* og *Positiv forsterkning* under skalaen "Relasjonsferdigheter". Hva som menes med verbal- og nonverbal *positiv forsterkning* kan med fordel konkretiseres, samt hvordan nonverbal positiv forsterkning kan differensieres fra det å vise varme. Sist men ikke minst bør målene for de ulike sesjonene være



utformet slik at de tydeligere kan knyttes til viktige intervensjoner sesjonene. Det kan også være overflødig med tre mål for enkelte av sesjonene.

### *Konklusjon*

Det er stort behov for utforming og evaluering av skåringssystemer som måler behandlingsintegritet. Uten pålitelige målemetoder og rapportering av behandlingsintegritet kan vi vanskelig trekke konklusjoner om et spesifikt behandlingsprogram har effekt eller ikke. Terapeutene som inngikk i foreliggende studie ble vurdert å ha gjennomført det kognitivt atferdsterapeutiske behandlingsprogrammet FRIENDS slik det var tiltenkt. Studien imøtekommer således kravet om å kvalitetssikre psykiske helsetjenester gjennom å etterprøve behandlinger som blir tilbudt og sikre terapeutens kompetanse i møte med pasienter. Foreliggende studie representerer således et steg i retning av å fremme evidensbasert psykologisk praksis.

## Referanser

- American Psychological Association (APA). (2005, August). American Psychological Association Statement. Policy statement on Evidence-Based Practice in Psychology. Lastet ned 02.02.08. fra <http://www.apa.org/practice/ebp.html>
- Aschenbrand, S. G., Kendall, P. C., Webb, A., Safford, S. M., & Flannery-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia?: A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1478-1485.
- Barber, J. P., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence scale. *Psychotherapy Research* 13(2), 205-221.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459-468.
- Barrett, P. M. (2007a). Friends for life. Introduction to FRIENDS. Informasjonspamlet lastet ned 08.08.07. fra <http://www.friendsinfo.net/downloads/FRIENDSintrobooklet.pdf>
- Barrett, P. M. (2007b). *Fun FRIENDS. The teaching and training manual for group leaders*. Brisbane: Fun Friends Publishing.
- Barrett, P.M.(2007c). *Treatment integrity support materials for FRIENDS.4th Edition*. Unpublished manuscript. Brispon: Pathway Health and Research Center.
- Barrett, P. M. (2008a). *Friends for life*. (J. F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang. Overs.) Prosjekt "Kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne", Bergen: Innovest AS.
- Barrett, P. M. (2008b). *Friends for life: Terapeutmanual for barn*. (J. F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang. Overs.) Prosjekt "Kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne", Bergen: Innovest AS.

- Barrett, P. M. (2008c). *Friends for life: Arbeidsbok for barn*. (J. F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang. Overs.), Bergen: Prosjekt "Kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne", Innovest AS.
- Barrett, P. M. (2008d). *Friends for life: Terapeutmanual for ungdom*. (J. F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang. Overs.), Bergen: Prosjekt "Kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne", Innovest AS.
- Barrett, P. M. (2008e). *Friends for life: Arbeidsbok for ungdom*. (J.F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang. Overs.), Bergen: Prosjekt "Kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne", Innovest AS.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Bartko, J.J., & Carpenter, W.T. (1976). *On the Methods and Theory of Reliability*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163(5).
- Berman, J.S., & Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98(2), 401-407.
- Bjåstad, J.F., Haugland, B.M.S., & Fjermestad, K. (2007). *Friends Etterlevelse og Kompetanse Skala (FEKS)*. Upublisert skåringsinstrument, Universitetet i Bergen, Norge.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive-behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 421-436.

- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weering, R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.
- Dobson, K. S., & Singer, A. R. (2005). Definitional and practical issues in the assessment of treatment integrity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 384-387.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(1), 67-81.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent management training. *Behavior Therapy*, 36(1), 3-13.
- Gresham, F. M., MacMillan, D. L., Beebe-Frankenberger, M. E., & Bocian, K. M. (2000). Treatment integrity in learning disabilities intervention research: do we really know how treatments are implemented? *Learning Disabilities Research & Practice*, 15(4), 198-205.
- Gullestad, S. E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 38(10), 942-951.
- Havik, O. E. (2000). Behandlingsveiledere og terapimanualer- bedre eller verre enn sitt rykte? In A. Holte, M.H. Rønnestad & G.H. Nielsen, (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., et al. (2007). Psychiatric disorders in norwegian 8- to 10 year-olds: an epidemiological survey of

- prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Helse- og Sosialdepartement. (1997, 18. April). St melding nr 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Lastet ned 08.03.08. fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086)
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J, Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M et al.(1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of systematic Reviews*, 4(1), 1-25.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. I A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.) (ss.19-71). New York: Wiley.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.
- Kendall, P. C. (2004). *CBT supervision checklist*. Unpublished scoring measure, University of Minnesota, USA.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 177-198.
- Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2004). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (ss. 16-43). New York; Wiley.

- Kendall, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S. P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat). Kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Terapeutmanual. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H. L., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 404-411.
- Lowry-Webster, H. M., Hayley, M., & Barrett, P. M. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18(1), 36-50.
- Luborsky L., & Barber, J. P. (1993). Benefits of adherence to psychotherapy manuals and where to get them. I N. C. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber & J. P Doherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice* (ss. 211-226). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 5-14.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery D., Fiksenbaum, L., Freire, M., et al. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1423-1430.
- Marks, S. E., & Tolsma, R. J. (1986): Empathy research: some methodological considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 4-20.

- Miller, S. J., & Binder, J. L. (2002). The effects of manual based training on treatment fidelity and outcome: a review of the literature on adult and individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 184-198.
- Moras, K. (1993). The use of treatment manuals to train psychotherapists: observations and recommendations. *Psychotherapy, Theory, Practice, Training*, 30(4), 581-586.
- Muris, P., Bogie, N., & Hoogsteder, A. (2001). Effects of an early intervention group program for anxious and depressed adolescents: a pilot study. *Psychological Reports*, 88(2), 481-482.
- Nordahl, H. M., Nysæter, T. E., & Mikkelsen, B. (2006). Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi. Nr 3. s 14-29.*
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Psychology*, 27(2), 156-167.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 365-383.
- Perepletchikova, F., Treat, T.A., & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.
- Reichborn-Kjennerud, T., & Falkum, E.(2000). Reicborn-Kjennerud,T & Falkum, E. svarer. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120,1582-1583.
- Scott, R. W., Mughelli, K., & Deas, D. (2005). An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 97(1), 13- 24.

- Seligman, M. E. P.(1995). The effectiveness of therapy: the consumer reports study. *American psychologist*, 50(12), 965-974.
- Shortt, A.L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525-535.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. G.,Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioural therapy: a randomised clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995-1003.
- Snyder, D.K., Wills, R. M., & Grady- Fletcher, A. (1991). Risks and challenges of long-term psychotherapy outcome research: reply to Jacobson. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 146-149.
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Carter, T., Osborn, C., & Bush, S.(2005). An evaluation of FRIENDS programme: a cognitive behavior therapy intervention to promote emotional resilience. *Archives of Disease in Childhood*, 90(10), 1016-1019.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.) (ss.588). New York: Harper and Row.
- Tinsley, H. E. A., & Weiss, D. J. (1975). Interrater reliability and agreement of subjective judgements. *Journal of Counseling Psychology*, 22(4), 358-376.
- Vermilyea, B. B., Barlow, D. H., & O'Brien, G. T. (1984). The importance of assessing treatment integrity: an example in anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assesment*, 6(1), 1-11.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S.(1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620-630.



- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Kauneckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments and clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 83-106.
- Weersing, V. R., Weisz, J. R., & Donenberg, G. R. (2002). Development of the Therapy Procedures Checklist: a therapist-report measure of technique use in child and adolescent treatment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31(2), 168-180.
- Wilson, G.T. (1998). Manual based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 363-375.
- Wilkinson, L. A. (2006). Monitoring treatment integrity: an alternative to the "Consult and Hope" strategy in school-based behavioural consultation. *School Psychology International*, 27(4), 426-438.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 1086-1093.
- Yeaton, W. H., & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 156-167.

Appendiks A

FRIENDS ETTERLEVELSE OG KOMPETANSESKALA (FEKS-S)

Rater-id: _____	<b>SETT RING RUNDT FØLGENDE:</b>								
Dato: _____	<b>Behandling</b>	GRUPPE			INDIVIDUAL				
Terapeut-id: _____	<b>Klient(er)</b>	BARN			UNGDOM				
Klient-id: _____	<b>Time</b>	2	3	4	5	6	7	8	9

**NOTATER FOR VIDEOVURDERINGEN**

(Eks. er det spesielle omstendigheter ved timen, opptaket, etc. som bør registreres så kan dette feltet brukes):

I. Kognitiv terapi struktur

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. Gjennomgang av hjemmeoppgaver og presentasjon av nye hjemmeoppgaver\*

Etterlevelse    Kompetanse

\* Det er forskjell på tid som er brukt på dette punktet iht individuell behandling og gruppe. Etterlevelseskåre kan deles inn i 50% på gjennomgang av tidligere og 50% på presentasjon av nye hjemmeoppgaver.

Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

Vurdering av kompetanse: ("IU" dersom ikke utført)

- 0    Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. virket uklar, uinteressert, ga misvisende informasjon eller viste svært liten interesse for barnas arbeid med hjemmeoppgaver.*
- 1
- 2    Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. nevnte hjemmeoppgavene kortfattet; noe uklar informasjon eller ga kun overflatisk oppmerksomhet i forhold til barnas hjemmeoppgaver.*
- 3
- 4    Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. var klar, tydelig, interessert og var engasjert i forhold til barnas hjemmeoppgaver.*
- 5
- 6    Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. gikk effektivt gjennom hjemmeoppgaver, var engasjert og viste tilstrekkelig grundighet, klarhet i forhold til barnas hjemmeoppgaver. Hvis hjemmeaktiviteter ikke var gjort, viste da terapeuten problemløsningsatferd for å hjelpe klienten/e til å gjøre hjemmeaktiviteter.*

/                                      2. Fremdrift og struktur  
Etterlevelse    Kompetanse

Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

Vurdering av kompetanse: (“IU” dersom ikke utført)

- 0    Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. timen virket målløs og med lite effektiv bruk av tiden i forhold til oppgavene for timen.*
- 1
- 2    Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks timen hadde en viss retning, men terapeuten synes å bli distraheret av perifere tema og benyttet ikke tiden effektivt nok i forhold til oppgavene for timen.*
- 3
- 4    Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. fokus for timen ble opprettholdt godt og tiden ble benyttet effektivt i forhold til oppgavene for timen. Agenda ble presentert og fulgt på en god måte.*
- 5
- 6    Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. terapeuten brukte tiden særdeles effektivt ved å dirigere flyten i samtalen og strukturere aktivitetene. Timen var fokusert og strukturert og tiden ble effektivt brukt i forhold til oppgavene for timen. Agenda ble presentert og fulgt på en særdeles god måte.*

                  /                                      3. Forelderinvolvering\*  
Etterlevelse    Kompetanse

\* Foreldrene skal inn i slutten av timen for å få informasjon om hva som har vært gjennomgått i timen, samt bli informert om hva som skal skje iht hjemmeoppgaver. Dette kan variere for barn vs. ungdom for ungdom er mer selvstendige ift hjemmeoppgaver. I noen timer er det større grad av forelderinvolvering (Time 5 & 6 i barnevernsjon og 5 & 7 i ungdomsversjon). Ratingene blir gjort i forhold til forelder/e.

Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

Vurdering av kompetanse: (“IU” dersom ikke utført)

- 0    Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. formidlet innhold i timene, mål, hjemmeoppgaver og foreldrenes rolle på en dårlig måte (på en uengasjert, lite tydelig eller ustrukturert måte). Virket uengasjert, negativt, kritisk eller overinvolvert i forhold til foreldrene.*
- 1
- 2    Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks formidlet innhold i timene, mål, hjemmeoppgaver og foreldrenes rolle, men kunne ha vært mer strukturert, tydelig, varm og engasjert i møte med foreldrene.*
- 3
- 4    Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. formidlet innhold, mål, hjemmeoppgaver og foreldrenes rolle til foreldre på en god måte i forhold til struktur, tydelighet, varme og engasjement.*
- 5
- 6    Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. formidlet innhold i timene, mål, hjemmeoppgaver og foreldrenes rolle til foreldrene på en utmerket måte, både med hensyn til struktur, tydelighet, varme og engasjement.*

## II. Prosess og relasjonsferdigheter

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Etterlevelse      Kompetanse

### 1. Positiv forsterkning

#### Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

#### Vurdering av kompetanse: ("IU" dersom ikke utført)

- 0      Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. brukte positiv forsterkning dårlig for eksempel ved at uønsket atferd ble gitt oppmerksomhet.*
- 1
- 2      Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. ga positive kommentarer på en generell eller overfladisk måte, i liten grad knyttet opp til barnas atferd eller utsagn, eller noe uoverensstemmelse i terapeuten verbale versus non-verbale atferd. De positive tilbakemeldingene synes å ha begrenset effekt på barnet/barna.*
- 3
- 4      Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen
- 5
- 6      Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. formidlet oppmuntring og ros på en særdeles god måte både non-verbalt (eks ved å nikke, øye kontakt) og verbalt (eks. "takk for at du delte ideene dine med oss, Martin!") i forhold til ønsket atferd (eks. deltakelse i gruppe, å anvende nye ferdigheter i konkrete situasjoner etc.). Ga særdeles gode spesifikke tilbakemeldinger i forhold til ønsket atferd. Tilbakemeldingene ble gitt på en svært god og respektfull måte.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Etterlevelse      Kompetanse

### 2. Varme\*

\* Vurderes ut fra både verbal og non-verbale atferd. Det kan være utfordrende å skille etterlevelse og kompetanse, men vurder om terapeuten viser varme og i hvor stor grad (etterlevelse) og om terapeuten viser dette på en god og overbevisende måte (kompetanse).

#### Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

#### Vurdering av kompetanse: ("IU" dersom ikke utført)

- 0      Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. terapeuten prøver å vise varme men mislykkes og fremstår som kald, kritisk, respektløs, dømmende.*
- 1
- 2      Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. terapeuten viser varme men fremstår som klønete, tafatt, innsensitiv og kan stille klienten i forlegenhet i sine forsøke på å skape kontakt og formidle forståelse.*
- 3
- 4      Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. terapeuten formidler varme, anerkjennelse og sensitivitet på en god måte.*
- 5
- 6      Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. formidler varme, anerkjennelse og sensitivitet på en svært god og overbevisende måte.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Etterlevelse      Kompetanse

### 3. Tilretteleggelse av Samarbeid\*

\* Vurderes ut fra hvorvidt terapeuten monopoliserer timen, overlater for mye av ansvaret til barna (eller co-terapeut) eller alternativt fungerer som en "teamleder" hvor ansvaret for oppgaver som for eksempel å definere barnas problemer og mulige løsninger blir gjort i samarbeid med barna (og til en viss grad også co-terapeut).

#### Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

#### Vurdering av kompetanse: ("IU" dersom ikke utført)

- 0      Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. inviterer til samarbeid men gjør dette på en negativ, usikker eller klønete måte som i liten grad motiverer barna til å delta med aktivitet og utforsking av egne forslag, løsninger og eksempler.*
- 1
- 2      Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.
- 3
- 4      Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. inviterer til samarbeid på måte som er god og overbevisende og som motiverer barna til aktiv deltagelse med aktivitet og utforsking av egne forslag, løsninger og eksempler.*
- 5
- 6      Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.  
*eks. inviterer til samarbeid på svært god og overbevisende. Lykkes svært godt i å motivere barna/barnet til aktiv deltagelse med aktivitet og utforsking av egne forslag, løsninger og eksempler.*

### III. Tilretteleggelse og gjennomføring av mål for timen

I denne delen skal du bruke referansedokumentet for den aktuelle behandlingen (ungdomsmanual versus barnemanual) og den aktuelle timen (2-9) for å vurdere tilretteleggelse og gjennomføring av mål for timen.

Bruk referansedokumentet til å sette en skåre for etterlevelse og kvalitet i boksene nedenfor:

Behandling: Ungdom / Barn (stryk den som ikke passer)

TIME: \_\_\_\_\_

1. Mål nummer 1      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Etterlevelse      Kompetanse

2. Mål nummer 2      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Etterlevelse      Kompetanse

3. Mål nummer 3      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Etterlevelse      Kompetanse

## IV. Helhetsvurdering

                   /                    1. Gjennomføring av FRIENDS timen\*  
Etterlevelse    Kompetanse

\* Her gjør man en helhetsvurdering som ivaretar kognitiv terapi struktur, prosess- og relasjonsferdigheter, og tilretteleggelse og gjennomføring av mål for timen.

### Vurdering av etterlevelse:

0	1	2	3	4	5	6
Ikke i det hele tatt		Til dels		I stor grad		I svært stor grad

### Vurdering av kompetanse: ("IU" dersom ikke utført)

- 0    Terapeuten demonstrerte dårlige ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.
- 1
- 2    Terapeuten demonstrerte begrensede ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.
- 3
- 4    Terapeuten demonstrerte gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.
- 5
- 6    Terapeuten demonstrerte særdeles gode ferdigheter i utøvelse av dette målet/denne intervensjonen.

## **NOTATER**

Appendiks B

**NOTATARK FOR VIDEOSKÅRER**

**I. Kognitiv terapi struktur**

ID: \_\_\_\_\_

1. Gjennomgang av hjemmeoppgaver og presentasjon av nye hjemmeoppgaver

2. Fremdrift og struktur

3. Forelderinvolvering

**II. Prosess og relasjonsferdigheter**

1. Positiv forsterkning

2. Varme

3. Tilretteleggelse av Samarbeid

**III. Tilretteleggelse og gjennomføring av mål for timen**

1. Mål \_\_\_\_\_

2. Mål \_\_\_\_\_

3. Mål \_\_\_\_\_

**IV. Helhetsvurdering**

1. Gjennomføring av FRIENDS timen

## Appendiks C

### *Skåringsprosedyre for FEKS*

1) Før gjennomsyn av video starter, må alle relevante dokumenter foreligge (riktig versjon av terapeutmanual og barnas/ungdommens arbeidsbok, endringsdokument og oversikt over foreldreinvolvering for den aktuelle timen).

2) Mål og kjerneoppgaver for den aktuelle timen, samt hjemmeoppgaver gitt i forrige time, identifiseres før skåring begynner.

3) Ved gjennomsyn av video skal hovedterapeutens verbale og nonverbale atferd observeres. I tillegg observeres effekten av terapeutens atferd på klientene.

4) Relevante observasjoner skrives ned på et notatark underveis i gjennomsyn av videoen. Det er ikke restriksjoner i forhold til å ta pause for å gjøre lengre notater eller i forhold til å se enkeltsekvenser om igjen ved behov.

5) endelige skårer settes først etter gjennomsyn av hele videoopptaket for den aktuelle timen.

### *Retningslinjer for skåring av FEKS*

Det har blitt etablert en skåringsprosedyre for å fremme interrater reliabilitet og for å sikre at de samme vurderinger og kriterier blir lagt til grunn ved skåring. Nedenfor presenteres skåringsprosedyre for dimensjonene Kognitiv terapi og struktur og Prosess og relasjonsferdigheter.

#### *Kognitiv terapi og struktur.*

Leddene "Gjennomgang av hjemmeoppgaver og presentasjon av nye hjemmeoppgaver" bør deles i fire kolonner på notatarket, slik at man skiller etterlevelse og kompetanse både for de gjennomgåtte og de kommende hjemmeoppgavene. I vurdering av etterlevelse må man vurdere om terapeuten gjør det den skal. Noter dersom noe utelates og vurder viktigheten. Man kan her gi skåren 6 dersom en mindre viktig hjemmeoppgave ikke gjennomgås, da kriteriene for skåren 6



tilsvarer ”svært” og ikke ”fullstendig”. I vurdering av kompetanse skal man vurdere om terapeutens engasjement og viser problemløsende atferd i å hjelpe klienten ved ikke utførte oppgaver.

I leddet ”Fremdrift og struktur” skal man i vurdering av etterlevelse sjekke om en agenda settes og følges. Her skal skåren 6 settes dersom terapeuten setter og kommer seg igjennom agendaen, selv om gjennomføringen er dårlig. I vurdering av kompetanse skal det vektlegges i hvilken grad terapeuten har bruker tiden effektivt. Er sesjonen preget av tidsnød, er ustrukturert eller ufokusert, skal det trekkes for dette. Dersom noen punkt på agendaen utelates, skal man vurdere viktigheten av punktet eller om det forelå en annen rimelig grunn til å hoppe over det.

I leddet ”Foreldreinvolvering” skal man ved etterlevelse vurdere tiden foreldrene inkluderes i sesjonen, samt om aktuelle punkter for timen gjennomgås. Det skal trekkes om foreldrene er for lite inne eller omviktige ting utelates. Det er viktig å understreke at man kan skåre høyt på etterlevelse selv om terapeuten holder en monolog uten å høre på foreldrenes innspill. Ved kompetanse skal relasjonen mellom foreldre og terapeut vurderes. Det skal vektlegges i hvilken grad foreldrene inkluderes og blir hørt på av terapeuten, samt om de har fått mulighet til å komme med innspill. Mangel på varme og positiv forsterkning av foreldrene skal kun trekkes her, og ikke i kategorien prosess og relasjonsferdigheter, da dette skal omhandle relasjonen mellom terapeut og barn

#### *Prosess og relasjonsferdigheter.*

Et hovedspørsmål ved etterlevelse i alle tre leddene under denne dimensjonen er hvorvidt terapeuten gir positiv forsterkning, viser varme og legger til rette for samarbeid. Dette skal vurderes uavhengig av hvor vellykket det virker ovenfor klientene. Ved kompetanse skal man imidlertid vurdere i hvilken grad dette virker å fungere ut fra klienten(e)s responser.

Ved etterlevelse av ”Positiv forsterkning” skal man vurdere i hvilken grad dette forekommer. Det er viktig at man inkluderer både verbal og nonverbal atferd, det vil si hvordan

terapeuten bruker kroppen med å lene seg frem, smile, nikke, osv. Kompetanse skal vurderes ut fra variasjon i uttrykk av positiv forsterkning, samt i hvilken grad den er spesifikk og direkte knyttet opp mot klientens atferd.

Ved "Varme" skal det trekkes på etterlevelse dersom terapeuten virker kritisk, avvisende, uttrykksløs, osv. I vurdering av kompetanse skal man vektlegge i hvilken grad klienten(e) oppfatter terapeuten som varm, ved å nøye observere deres responser til terapeuten.

Ved "Samarbeid" skal etterlevelse vurderes ut fra terapeutens evne til å invitere til samarbeid. Der klienten(e) er passive eller stille kan terapeuten fremdeles få høy skåre, hvis vedkommende har gjort flere og varierte forsøk på å tilrettelegge for samarbeid. Her kan det blant annet trekkes for dersom terapeuten snakker mye og ikke åpner opp for innspill fra barna. Ved kompetanse skal man vurdere utslaget av tilretteleggelse for samarbeid.

Appendiks D

**AVTALE MED KLINIKER OM BRUK AV VIDEOOPPTAK AV TERAPITIMER FOR  
FORSKNINGSFORMÅL I PROSJEKTETS  
PILOTFASE**

”Kartlegging og behandling. Angst hos barn og voksne - Barnedelen”,  
ledet av overlege dr. med. Einar Heiervang, RBUP vest.

Jeg gir med dette mitt samtykke til at innspilt materiale (videobånd) av behandlinger utført av meg i prosjektets pilotfase kan brukes med det formål å prøve ut skåringsskjema og prosedyre for vurdering av behandlingsintegritet i forhold til FRIENDS-manualen. Jeg er kjent med og samtykker til at resultatene fra denne utprøvingen blir gjort tilgjengelig, på gruppenivå, i en hovedoppgave i psykologi av stud psychol Anniken Sørensen og stud psychol Pia Poulsen, under tett veiledning av dr psychol Bente Storm Mowatt Haugland og dr Jon Bjaastad Fauskanger.

Mitt samtykke bygger på følgende vilkår:

1. Materialet er beskyttet av taushetsplikt og skal bare brukes til forskningsformål.
2. Materialet oppbevares slik at ingen uvedkommende får tilgang til det.
3. Bare de personer som prosjektleder har godkjent og som har skrevet under på taushetserklæring skal ha tilgang til materialet.
4. Publiserte resultater skal være på gruppenivå og det skal ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.
5. Jeg er informert om at jeg kan avbryte min deltakelse i prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt og få data om meg anonymisert/slettet om jeg ønsker det.

Sted og dato \_\_\_\_\_ Navn \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

## Appendiks E

**AVTALE OM OPPTAK OG LAGRING AV VIDEO AV INTERVJU OG TERAPIER FOR  
I PILOTFASEN TIL BARNEDELEN AV PROSJEKTET  
”KARTLEGGING OG BEHANDLING – ANGST HOS BARN OG VOKSNE”**

Som deltaker/på vegne av mitt barn som deltar (stryk det som ikke passer) i prosjektet ovenfor samtykker jeg til at innspilt materiale (videobånd) oppbevares av prosjektleder til prosjektets avslutning 31.12.2010. Videoopptaket skal kun brukes til forskning, veiledning og undervisning innenfor prosjektet, og skal oppbevares slik at ingen uvedkommende kan få adgang til det. Bare de personer som prosjektleder har godkjent og som har skrevet under taushetserklæring skal ha tilgang på materialet. Publiserte resultater skal være på gruppenivå og det skal ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Jeg er informert om at jeg kan når som helst kan trekke tilbake dette samtykket og avbryte deltakelsen i prosjektet uten nærmere begrunnelse, og at jeg da kan få data som ikke allerede er analysert om meg/mitt barn slettet om jeg ønsker.

Sted og dato \_\_\_\_\_ Navn \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Mor/far/deltaker/andre (skriv hvem)