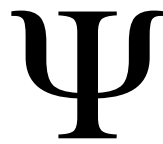




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Effekten av Klient- og resultatstyrt praksis i terapeutisk arbeid,  
og for terapeuters profesjonelle utvikling. En teoretisk  
oppgave.*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Nils Arne Kværnhaug**

Vår 2013

Veileder

Jan Eirik Skjerve

## **Forord**

Jeg ble interessert i klient og resultatstyrt praksis gjennom min periode i eksternpraksis ved kommunepsykologen i Stange kommune. I Stange kommune er det etablert praksis å bruke tilbakemelding fra klienter og registrering av behandlingsutfall, som grunnlag for den hjelpen som gis. Det slo meg hvor raskt klienten, i samarbeid med terapeuten, kom frem til en arbeidsstrategi som kunne hjelpe klienten til å få det bedre. Jeg ønsket å finne ut mer Klient- og resultatstyrt praksis som fremsto som et nyttig verktøy i arbeid med klienter. Jeg vil takke Birgit Valla for inspirasjon til å skrive oppgaven, og min veileder Jan Skjerve for god hjelp underveis i arbeidet.

### **Abstract**

One of the main goals in the Norwegian government plan to improve mental healthcare was to improve client's impact on their own treatment. A Report from the department of health shows that clients do not feel that this goal is reached. To make changes in therapy, one of the most important factors is the client himself. Klient- og resultatstyrt praksis is developed to put the client in front and utilize his own theory of change in therapy. This paper investigates the effect common factors has in therapy, and how KOR helps the therapist utilize important factors for change. KOR has been implemented in several clinics and shows good results. This paper investigates the development and research on KOR and tries to give a picture of its validity. Research on expertise shows that one of the most important elements to get better is feedback. KOR is a method that can help therapists to get better thru the utilization of key elements in expertise. The preliminary results on KOR research is impressive and it might be that the time is right for therapists to start using feedback in therapy.

### Sammendrag

Et av hovedpunktene i opptrappingsplanen for psykisk helse er at brukermedvirkning er en forutsetning for god kvalitet i psykisk helsevern. Rapporter fra helsedirektoratet viser at klientene mener at målet om å øke brukermedvirkning ikke ble nådd. En av de viktigste faktorene for å oppnå endring i terapi er at klienten opplever at han blir hørt. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er utviklet for å sette klienten i førersete med tanke på at klienten selv best vet hva som kan føre til endring i terapi. Oppgaven utforsker hvilken effekt fellesfaktorer har i terapi, og hvordan KOR kan hjelpe terapeuter å nyttiggjøre seg av virksomme faktorer i terapi. KOR er implementert i ulike klinikker med gode resultater. Oppgaven utforsker utvikling av, og forskning på KOR, og forsøker å fastslå validiteten av de resultatene som er oppnådd. I tillegg til å være et middel for å bedre utfall i terapi, kan KOR være et verktøy for terapeuters faglige utvikling. Ekspertiseforskning innen flere domener viser hvordan man utvikler seg best mulig, og tilbakemelding på egne prestasjoner er en viktig faktor. Oppgaven utforsker om KOR er et verktøy terapeuter kan bruke for å utvikle seg som terapeuter. De foreløpige resultatene av forskning på KOR er gode, og det tyder på at tilbakemelding i terapi er noe terapeuter burde begynne med.

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b> .....	S. 1
<b>Formål med oppgaven</b> .....	S. 3
<b>Lover og Retningslinjer</b> .....	S. 3
Lovverket.....	S. 3
Retningslinjer fra Norsk Psykologforening.....	S. 5
Statlige retningslinjer.....	S. 7
<b>Teoretisk grunnlag for Klient og resultatstyrt praksis</b> .....	S. 8
Faktorer i terapeutisk endring.....	S. 8
Hvordan fokusere på fellesfaktorer i terapi.....	S. 13
<b>Klient og resultatstyrt praksis</b> .....	S. 15
Utvikling av Outcome Rating Scale.....	S. 17
Utvikling av Session Rating Scale.....	S. 20
Utvikling av Children Outcome Rating Scale.....	S. 23
Partners for Change Outcome Management System.....	S. 25
Terapeutisk utbytte av tilbakemelding i terapi.....	S. 26
Hvordan utvikle seg som terapeut gjennom KOR.....	S. 30
<b>Diskusjon</b> .....	S. 36
Metodologiske utfordringer med KOR forskning.....	S. 36
KOR og OQ- 45.....	S. 42
Terapeuters behov for tilbakemelding.....	S. 43
Kan KOR bidra til profesjonell utvikling hos terapeuter.....	S. 46
Hva er virksomt med tilbakemelding i terapi.....	S. 47
Fremtidig forskning.....	S. 49
<b>Konklusjon</b> .....	S. 51
<b>Referanseliste</b> .....	S. 52
<b>Appendix</b> .....	

En studie som ser på klienters beskrivelse av sitt møte med psykisk helsevern i Norge, Sverige og Danmark viser at klienter ikke opplever møte med den psykiske helsetjenesten annerledes i dag enn de gjorde for 90 år siden (B. I. Larsen & Andersen, 2011). Det gjennomgående er at klientene ikke opplever å bli hørt i møte med hjelpeapparatet og i utformingen av egen behandlingsplan. Jakten på en evidensbasert metode, som kan hjelpe alle klienter i en diagnosegruppe, har ført til at man har en tendens til å glemme klientens stemme i terapi og at man ikke registrerer resultatet av tjenestene man tilbyr. Det er likevel en økende trend til at man ønsker å involvere klientene som reelle medarbeidere i psykisk helsearbeid. Det er et uttalt mål i psykisk helsevern at klienter skal informeres om ulike behandlingsalternativer og delta i utformingen av egen behandlingsplan.

Opptappingsplanen for psykisk helse har brukermedvirkning som et av sine satsningsområder og en forutsetning for at man skal oppnå god kvalitet (E. Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006). Hvis man får til brukermedvirkning i planleggingen, utførelsen og evalueringen av tjenestetilbudene er det større sannsynlighet for at man oppnår et positivt behandlingsresultat i følge forskning (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). Pasientrettighetsloven viser til klienters rett til autonomi i behandling. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom klienten og helsetjenesten og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Det er et skifte fra evidensbasert behandling til praksisbasert evidens der det viktigste ikke er å gi den korrekte behandlingen ut i fra validerte metoder, men en behandling som virker for den aktuelle klienten. Terapeutene må søke, analysere og kontinuerlig bruke reliable og valide tilbakemeldinger fra klientene på samarbeidet og bedring for å arbeide praksisbasert (American Psychological Association, 2006).

Man kan øke klienters følelse av brukermedvirkning og innflytelse på egen behandling gjennom bruk av tilbakemeldinger fra klientene (Duncan et al., 2010). Det er viktig at terapien vektlegger klientens egen endringsteori for å oppnå gode resultater (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). Kontinuerlig systematisk tilbakemelding kan brukes til fange opp klientens endringsteori og øke deres involvering i egen behandling.

En metode som er utviklet for dette formålet er Klient og resultatstyrt praksis (KOR). Denne metoden er innført ved flere klinikker i Norge og USA med gode resultater. Klient og resultatstyrt praksis er et bidrag til evidensbasert praksis og forsøker å være anvendbart i klinisk praksis. Klient og resultatstyrt praksis er utviklet i USA og baserer seg på to korte selvrappoteringskjemaer som klienten fyller ut i timen sammen med terapeuten. Skjemaene måler kvaliteten på alliansen mellom klienten og terapeuten og utfallet av terapien. Skjemaene er utviklet uavhengig av metode og teori og er en motbør til manualbaserte metoder som skal brukes i behandling for bestemte lidelser. Ved å benytte tilbakemelding skal terapeuten tilpasse behandlingsopplegget til klienten, i motsetning til å tilby klienten et fastsatt opplegg når klienten møter til terapi.

Systematisk tilbakemelding i terapi kan også være et hjelpemiddel for terapeutens faglige utvikling. Trening uten tilbakemelding på prestasjoner har i følge Ericsson liten effekt. Hvis man ikke vet hva man må forbedre har man heller ikke mulighet til å gjøre det. I følge forskning på ekspertise blant terapeuter og andre faggrupper er tilbakemelding viktig for å bidra til utvikling. Det viser seg at terapeuter opplever størst læring gjennom klinisk arbeid med klienter og at effekten av dette kan økes hvis terapeuter mottar tilbakemelding om klientens utvikling. Terapeuter synes ofte det er vanskelig å avgjøre hvilke klienter som har en negativ utvikling og hvilke



klienter som er i fare for et negativt utfall (Ericsson, 2006; Orlinsky & Rønnestad, 2005).

### **Formålet med oppgaven.**

Oppgaven undersøker om det er et empirisk grunnlag for å hevde at klient og resultatstyrt praksis kan føre til bedre utfall i terapi gjennom tilbakemelding til terapeut og klient om allianse og fremgang underveis i behandlingen.

Oppgaven vil også redegjøre for om tilbakemelding i terapi og registrering av behandlingsfremgang og utfall på en systematisk måte, kan hjelpe den enkelte terapeut å utvikle seg profesjonelt gjennom karrieren.

### **Lover og retningslinjer**

#### **Lovverket**

I 1997 kom Stortingsmelding 63 som inneholdt opptrappingsplanen for psykisk helse, utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Det psykiske helsearbeidet skulle styrkes i perioden 1998-2008. Opptrappingsplanen skulle reformere spesialist- og kommunehelsetjenesten og hadde en kostnadsramme på 24 milliarder kroner. Helsedirektoratet utarbeidet åtte målsetninger for opptrappingsplanen. Et av hovedpunktene i opptrappingsplanen var å styrke brukeres medvirkning i egen behandling og i utformingen av tjenestetilbudet i psykisk helsevern (E. Larsen et al., 2006). Brukerperspektivet skulle dermed ivaretas på individ og systemnivå. Ved behandling av St.prp.nr.63 (1997-1998) om opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008 sluttet Stortinget seg til at brukerperspektivet skal ligge til grunn for

tjenestetilbudet innen psykisk helse (E. Larsen et al., 2006). Retten til brukermedvirkning er ikke noe den enkelte enhet kan avgjøre om de vil satse på, men reguleres flere steder i sosial- og helselovgivningen og er et krav.

I pasientrettighetsloven, Lov om pasient og brukerrettigheter gjeldende fra 01. 01. 2001, står det blant annet ”man skal ivareta pasientene i møte med helsevesenet med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd” (Pasientrettighetsloven, 1999). Lovteksten definerer pasient som: *en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.* § 3.1 omfatter ”pasientens rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenesten”. Brukere har rett til å medvirke i forhold til helsehjelpens nærmere innhold, det vil si ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, jfr. pasrl. § 3-1. Brukeren må dermed gis en reell mulighet til å delta aktivt i eget behandlingsopplegg og velge behandling der det er mulig. I loven står det videre at ”tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker”. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utformingen av tjenestetilbudet etter helse og omsorgstjenesteloven §§ 3.2 første ledd nr.6, 3-6 og 3-8. § 3.2 omhandler pasientens rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Brukeren skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsyn i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter jfr. pasrl. § 3.2. I internkontrollforskriften står det blant annet at ”den ansvarlige for enheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten”, jfr. § 4- e (Pasientrettighetsloven, 1999). Det er dermed behov for en

systematisk innsamling av klienters erfaringer for å tilfredsstille kravet om at klienter skal påvirke utformingen av virksomheten.

### **Retningslinjer fra Norsk Psykologforening**

Psykologforeningen vedtok i 2007 prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis utarbeidet av American Psychological Association (APA) som retningslinjer for psykologer i Norge. Psykologforeningen definerer evidensbasert psykologisk praksis som ”integrasjon av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (Norsk Psykologforening, 2007). Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) består av tre elementer; beste tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise, og klientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål (Høstmælingen, 2010). Denne definisjonen var et forsøk på å likestille empirisk støttede terapeutiske forhold med empirisk støttede behandlingsmetoder (Norcross & Lambert, 2011). Man ønsket å vise at vektleggingen av alle de tre elementene i definisjonen av evidensbasert praksis ikke representerte motstridende interesser, men at en likestilling av elementene ville føre til best mulig behandling (Norcross & Lambert, 2011). Hensikten med EBPP er å fremme god psykologisk praksis og bedre folkehelsen gjennom å ta i bruk empirisk underbygde psykologiske prinsipper, case formuleringer, terapeutisk allianse og forskningsbaserte metoder (American Psychological Association, 2006).

Tilbakemelding i terapi omhandles direkte i det tredje punktet i EBPP. I følge EBPP er det viktig med systematisk innsamling av informasjon om den terapeutiske alliansen, fremgang i behandlingen, og klientens enighet i valg av metode for å oppnå et positivt resultat. EBPP mener at psykoterapi et gjensidig prosjekt, der klient og terapeut

forhandler om hvordan man kan samarbeide for å oppnå et positivt resultat (American Psychological Association, 2006). Forskning viser at flere klientrelaterede variabler påvirker utfallet av terapi, eksempelvis sosial støtte, endringsvilje og funksjonsnivå (Messer & Wampold, 2002).

De fleste klienter som kommer til behandling har ikke et spesifikt problem slik man ofte ser i kliniske studier, men en rekke sammensatte vansker. Fenotypisk kan lidelsene være like, men det er ofte stor heterogenitet i symptomer, opphav og prognose blant klienter (American Psychological Association, 2006). I tillegg er det ofte andre faktorer i hverdagen som påvirker symptomtrykket og muligheten for å behandle symptomene i terapi. Terapeuter må derfor ta hensyn til den individuelle klients ressursers og utfordringer for å forstå og behandle symptomene vist av den enkelte klient (American Psychological Association, 2006). Det er like viktig å kjenne personen som har en lidelse som å kjenne lidelsene til personen. Klienter kan ha sterke preferanser for enkelte behandlingsformer basert på deres bakgrunn og psykologens rolle er å få klientene til å forstå fordelene og ulempene ved de ulike behandlingsoalternativene (American Psychological Association, 2006).

EBPP ønsker å maksimere klientenes valg mellom ulike effektive behandlinger. Effektiv behandling krever en balanse mellom klientens preferanser og terapeutens dømmekraft basert på best tilgjengelig forskning og klinisk ekspertise for å velge den best tilgjengelige behandlingen (American Psychological Association, 2006). Det er terapeuten som har den endelige beslutningen når det gjelder spesielle intervensjoner eller behandlingsplan, men det er som regel avgjørende for et positivt utfall at klienten er en aktiv og informert part i behandlingen. Terapeuten avgjør om metoder passer til den aktuelle klienten eller om det er behov for intervensjoner som ikke beskrives direkte

i evidensbasert tilgjengelig forskning. Det er derfor viktig med en pågående evaluering av behandlingsopplegget gjennom tilbakemelding fra klientene i følge EBPP (American Psychological Association, 2006).

### **Statlige retningslinjer.**

Det er fastsatt av myndighetene og et grunnleggende prinsipp fastsatt av Psykologforeningen, at psykologer skal ta i bruk klientens ressurser i klinisk arbeid. En rapport utarbeidet av Helsedirektoratet i 2006, som evaluerer resultatet av brukermedvirkning i opptrappingsplanen, slår fast at *”brukermedvirkning ikke er godt nok ivare tatt, og at brukermedvirkning er en forutsetning for at målene i opptrappingsplanen for psykisk helse skal oppnås”* (E. Larsen et al., 2006). Reell brukermedvirkning innebærer på individnivå at fagpersoner har respekt for brukernes valg i forhold til egen sykdom. Brukermedvirkning på individnivå handler om retten til å ha innflytelse og medbestemmelse på eget tjenestetilbud. Det betyr ikke at fagpersoner skal eller kan fraskrive seg ansvaret for en faglig forsvarlig behandling, men at en i større grad skal lytte til brukerne og pårørende (E. Larsen et al., 2006).

Rapporten kommer videre med tiltak som kan brukes for å oppnå reell brukermedvirkning på individ og systemnivå. Et av rådene omhandler bruk av klient- og resultatstyrt praksis som en integrert del av klinisk praksis (E. Larsen et al., 2006). Dette kan brukes til å styrke brukermedvirkning på individnivå og systemnivå gjennom kontinuerlig tilbakemelding fra klienter. I tillegg til å gi brukerne en unik mulighet til å påvirke egne behandlingstilbud, kan resultatene fra klient og resultatstyrt praksis brukes til kontinuerlig forbedring av enheten og den enkelte terapeut (Duncan & Sparks, 2008).

### **Teoretisk grunnlag for klient og resultatstyrt praksis.**

## **Faktorer i terapeutisk endring**

Forskere har lenge forsøkt å forstå hvilke faktorer som fører til endring i terapi. De siste 20 årene har det vært fokus på empirisk støttet terapi (EST) og det er utviklet mange ulike manualbaserte metoder og teknikker. Det er nødvendig å skille mellom EBPP og EST. Empirisk støttede behandlinger viser til behandlinger som har effekt for et spesifikt problem under spesifikke omstendigheter. EBPP går grundigere til verks og tar hensyn til best tilgjengelig forskning, terapeutens erfaringer og klientens karakteristikka (American Psychological Association, 2006). Det har tidligere vært en debatt om psykoterapi har noen effekt i forhold til placebo eller ingen behandling. Det er utført flere studier rundt dette og resultatene tyder på at psykoterapi har større effekt enn ingen behandling og det er enighet om at psykoterapi virker (Shedler, 2010; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001).

Det er i dag en kontrovers rundt spørsmålet om det er spesifikke terapeutiske teknikker eller fellesfaktorer som har størst effekt for endring (Kazdin, 1994). Det er vanlig å sette de to komponentene opp mot hverandre og skape en ide om at det enten er spesifikke metodologiske faktorer eller fellesfaktorer som har størst effekt på endring (Goldfried & Vila, 2005). Et klart skille mellom teknikker og fellesfaktorer kan sees som et kunstig skille. Flere retninger fokuserer på begge elementer i terapi og fastslår at de inngår i en dynamisk prosess, påvirker hverandre og skaper endring sammen. Uten en god allianse er det vanskelig å komme med gode intervensjoner, samtidig som det er nødvendig med teknikker for å oppnå en god allianse eller for å reparere brudd i alliansen (Goldfried & Vila, 2005). Det er mindre klart hvilke spesifikke elementer i behandlingen som er avgjørende for å oppnå positiv endring (Ahn & Wampold, 2001; Messer & Wampold, 2002). Wampold et al. (1997) utførte en metaanalyse av ulike EST

studier de siste 20 årene og fant ingen forskjell i effekt mellom de ulike studiene. Flere behandlingsformer viser god effekt, men det er ingen av metodene som er signifikant bedre enn andre.

Forskning antyder at det er de faktorene som er felles for alle behandlingsformer og teknikker, som har størst betydning for et positivt behandlingsresultat (Wampold, 2001). Fellesfaktorene i terapi er de endringsskapende faktorene som er felles for all terapi uavhengig av metode eller teoretisk forståelse (Duncan & Sparks, 2008; Messer & Wampold, 2002). Fellesfaktorer forsøker å fastslå kjerneingrediensene som flere terapiformer deler, med en målsetning om å skape mer effektive og spesifikt beskrivende behandlingsformer (Norcross & Goldfried, 2005). Fellesfaktorer er uavhengige av metode og teori, men oppstår ikke tilfeldig. Det er et spesifikt valg å opptre med respekt og likeverd, i likhet med å velge en empirisk støttet terapi (Norcross & Goldfried, 2005).

Forskning viser at tilbakemelding i terapi kan være en måte for å fokusere på fellesfaktorene, ved systematisk å samle inn informasjon fra klientene (Duncan et al., 2010). Wampold (2001) har forsket på behandlingsutfall de siste 40 årene og identifisert fire fellesfaktorer som er viktig for endring i terapi. Duncan, Hubble og Miller (1999) presenterer følgende funn basert på Wampold (2001) sin forskning. Klient/ utenom terapeutiske faktorer 40 prosent, relasjonen mellom terapeut og klient 30 prosent, placebo, håp og forventninger 15 prosent, og metode/ teknikk 15 prosent. Lignende funn viser seg i omtrentlig samme prosentandeler i andre metaanalyser (Ahn & Wampold, 2001; Messer & Wampold, 2002; Wampold, 2001).

Forskning viser at det er klienten selv, med de ressurser som påvirker livene deres og som de bringer med seg til terapien som bidrar mest til at resultatet blir vellykket. Eksempler på klientrelaterte faktorer er utholdenhet, åpenhet, tillit, optimisme og støtte fra en pårørende eller en religiøs overbevisning. Det innbefatter også interaksjonen mellom klientens sterke indre sider og ytre tilfeldigheter som en ny jobb eller en krise som blir taklet på en god måte (Miller et al., 1999). For å fange opp endringer i klientens liv er tilbakemelding en metode man kan benytte. Man kan tydeligere se positive eller negative svingninger i klientens liv og ha muligheten til å fange opp dette hvis klienten ikke forteller om viktige hendelser som påvirker personens psykiske helse.

Klientens opplevelse av alliansen i terapien er en annen viktig faktor for et vellykket behandlingsresultat. Alliansen er basert på at det er en enighet mellom terapeut og klient om hvilke mål og oppgaver terapien skal fokusere på. Bordin (1979) definerer allianse gjennom tre komponenter, enighet om terapiens mål, enighet om terapiens arbeidsoppgaver og det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient. Klientens opplevelse av en positiv relasjon til terapeuten er avgjørende for utfallet av behandlingen, men er ikke nok i seg selv (Miller et al., 1999; Norcross, 2010). Studier tyder på at relasjonen forklarer rundt 30 prosent av oppnådd endring i terapi (Ahn & Wampold, 2001; Miller et al., 1999; Norcross, 2010). Wampold (2001) mener at 87 prosent av muligheten til endring i terapi kommer fra alliansen mellom klient og terapeut. Det er uklart om terapeutens egenskaper korrelerer med behandlingsutfallet. Dunckle og Friedland (1996) fant at terapeutens kjønn, alder og rase ikke er en god indikator på behandlingsutfall, mens terapeutens erfaring, utdanning, stil og metode svakt korrelerte med utfallet. Terapeutens vennlighet, positivitet, velvære og verdier var



korrelert med et positivt utfall, mens fiendtlighet og kritikk var korrelert med et negativt utfall for klienten (Dunckle & Friedlander, 1996). Det er viktig for terapeuten å vise empati, vennlighet og respekt for å øke kvaliteten på den terapeutiske alliansen. I tillegg er det viktig at eventuelle brudd i alliansen diskuteres og repareres. Et brudd er i seg selv ikke skadelig for behandlingsutfallet, men det er avgjørende hvordan terapeuten håndterer bruddet (Norcross, 2010). Terapeuten er ansvarlig for alliansedannelsen og studier viser at terapeuten kan ha nytte av å endre sin egen framtoning når det er vanskelig å danne en god allianse, framfor å tillegge klienten egenskaper som vanskeliggjør alliansedanningen (Norcross, 2010). Klientens egenskaper kan også ha betydning for alliansedannelse. Hvis klienten lider av en personlighetsforstyrrelse kan dannelsen av en god allianse kreve lengre tid og man trenger flere timer for å oppnå et positivt behandlingsutfall (Norcross, 2010). Klient og resultatstyrt praksis måler klientens opplevelse av alliansen etter hver time og gir terapeuten en mulighet til å ta opp eventuelle problemer. På bakgrunn av forskning om alliansens betydning kan man anta at drøfting av problemene vil øke muligheten for et positivt behandlingsutfall (Duncan et al., 2010).

Med forventninger, placebo og håp menes de bedringer som oppstår hos klienten som følge av behandlingstilbud, bedring etter første time og klientens tiltro til at behandlingen vil gjøre en forskjell (Duncan & Sparks, 2008; Ilardi & Craighead, 1994). Forskning har vist at positiv endring i løpet av tre til syv timer er en god indikator for et positivt behandlingsresultat (Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006). Det er vanskelig for terapeuter å vite om klienten har opplevd bedring i første del av behandlingen. Tilbakemelding fra klientene er en metode for å identifisere om klienten

opplever terapien som virksom tidlig i behandlingsforløpet, og den gir mulighet for justeringer hvis klienten ikke er fornøyd med tilnærmingen i terapien.

Metode og teknikk har også effekt på behandlingsutfallet. Med metode og behandlingsformer menes terapiforståelsen og teknikken som er særegen for den bestemte form for behandling. Eksempler på dette er mirakelspørsmål, eksponering eller mindfulness. Cukrowicz et al. (2011) utførte et oppfølgingsstudie på en klinikk som hadde implementert EST ti år etter implementeringen. Den opprinnelige studien viste at klinikken hadde bedre resultater med EST sammenlignet med vanlig behandling. Studien fant at klientene fortsatt hadde bedre utfall ved avslutning av terapi etter skiftet til EST behandling sammenlignet med resultatene fra tiden før implementering av EST. Studien viste også at suksessraten ved avslutning var bedre nå sammenlignet med studien utført rett etter implementering av EST. Dette kan tyde på at EST var blitt bedre integrert i behandlingsinstitusjonen (Cukrowicz et al., 2011). Cukrowicz et al. (2011) fant at empirisk baserte kognitive- og atferds terapier hadde bedre effekt enn andre EST behandlinger i en pasientgruppe som inneholdt hele spekteret av diagnoser basert på DSM- IV. Metaanalyser av ulike behandlingsformer har vist at de spesifikke elementene i behandlingen gir lik effekt mellom de ulike empirisk baserte behandlingene (Ahn & Wampold, 2001; Wampold, 2001). Metaanalysene viser også at ingen spesifikke behandlingsformene generelt viser bedre effekt enn andre (Duncan & Sparks, 2008; Ilardi & Craighead, 1994). Studiene viser at fellesfaktorene forklarer en stor del av forskjellen mellom de ulike metodene. Dette gjelder for terapi både med voksne og med barn. Alle former for terapi gir en viss effekt og det er faktorene som er felles for alle terapiformene som forklarer hoveddelen av endring (Norcross & Goldfried, 2005; Wampold, 2001). Målet med denne inndelingen

er ikke at man må velge mellom teknikker eller fellesfaktorer, men å vise hvilke elementer som har størst effekt i terapi. Kontinuerlig tilbakemelding fra klienter kan hjelpe terapeuter med å identifisere problemer med alliansen, metoden eller utenforliggende faktorer i klientens liv som hindrer positiv utvikling.

### **Hvordan fokusere på fellesfaktorene i terapi.**

Fellesfaktorene hjelper terapeuter å se hva som er virksomt i terapi og hva man burde fokusere på. Samtidig gir inndelingen av faktorene i enheter et inntrykk av at disse kan tas fra hverandre og at delene sammen redegjør for 100 prosent av utfallet i terapi. Dette fører til en forståelse av at man kan lage behandlingsmodeller som konsentrerer seg om spesifikke deler, og at dette kan brukes på klienter (Duncan et al., 2010). Fellesfaktorene er dynamiske, avhengig av hverandre og avhengig av samspillet mellom klienten og terapeuten (Duncan et al., 2010). En måte å samle de ulike faktorene på er å bruke tilbakemelding i terapi. Kontinuerlig systematisert tilbakemelding i terapi har tiltrukket seg mer oppmerksomhet de siste årene. Ideen er at man systematisk skal evaluere hvordan klienter reagerer på terapi og at denne informasjonen skal være med på å avgjøre om den valgte behandlingen er rett og behovet for videre behandling.

KOR er uavhengig av metode eller teoretisk orientering. Poenget er å sette klientens endringsteori i fokus. Klienten vet selv hva som kan hjelpe og kan være til stor nytte for terapeuten ved avgjørelsen av hvilke intervensjoner og metoder som skal tas i bruk (Ulvestad, Henriksen, Tuseth, & Fjedstad, 2007). Terapeuten skal fortsatt avgjøre hvilken behandling som er mest egnet, men man endrer fokus fra terapeutens fortrukne metode til Klienten og resultatstyrt praksis. Klientens situasjon og opplevde problem er

utgangspunkt for valg av metode og tilnærming. Man tilstreber fleksibilitet i terapien og tilrettelegger etter klientens ønsker og behov. Det er viktig med en kontinuerlig evaluering av behandlingen slik at terapeuten vet om behandlingen virker og hva det er som virker. Like viktig er det å vite om terapien ikke fungerer, og hva man kan gjøre for at klienten skal oppnå bedring. KOR bygger på fellesfaktorene i terapi og fokuserer på klientens egen endringsteori. Tilbakemeldingen fokuserer på klientens ressurser, opplevelse av alliansen og tilfredshet med metoden som blir brukt. Hvis det er problemer med en av disse faktorene oppfordres terapeuten til å diskutere dette med klienten og finne en løsning. Det er viktig at terapeuten har kunnskap om ulike metoder og intervensjoner som kan ha effekt ved ulike lidelser, slik at behandlingsopplegget kan tilpasses til klienten. I KOR er en opptatt av at terapeuter har mange terapeutiske verktøy, men at det er klientens situasjon som skal avgjøre hvilken metode som benyttes. Det er en annen tilnærming enn å ha en evidensbasert metode man tilbyr alle klienter i en diagnosegruppe, og en erkjennelse av at fenotypisk like lidelser har ulikt uttrykk hos alle individer (Duncan et al., 2010). Manualbaserte metoder uten rom for klinisk skjønn egner seg ikke for individualisering av behandlingen. I flere teorier og metoder innen psykoterapi er tilbakemelding og allianse viktige elementer. I kognitiv atferdsterapi er viktigheten av en god terapeutisk allianse vektlagt som en forutsetning for at metoden skal ha effekt. Det er samtidig en erkjennelse av at klienten må være klar for forandring og være enig i behandlingsplanen. I dynamisk psykoterapi blir det fokusert på relasjonen, men i tillegg blir det brukt teknikker. Tanken med KOR er at tilbakemelding kan brukes i alle terapeutiske retninger for å forsikre seg om at klienten opplever bedring og er fornøyd med terapien (Duncan, 2010).

Michael Lambert og medarbeidere har publisert mange artikler om tilbakemelding i terapi (Duncan et al., 2010). Studier har vist at tilbakemelding gir større mulighet for å identifisere klienter som er i fare for å droppe ut av terapi eller få et negativt resultat. Når slike klienter er identifiserte, er det større mulighet for å legge til rette for fortsatt terapi og oppnåelse av et positivt sluttresultat. Lambert og medarbeidere har forsket på selvutfyllingsskjemaet outcome questionnaire 45 (OQ-45). OQ-45 er et spørreskjema som fylles ut av klientene etter hver time (Wells, Burlingame, Lambert, Hoag, & Hope, 1996). Terapeuten skårer på skjemaet og får beskjed om å intervensere hvis klienten ikke utvikler seg positivt gjennom terapien. Studier av OQ-45 viser at det er klienter som er i fare for et negativt utfall, som har størst utbytte av dette systemet, mens resultatene ikke er like klare for klienter som har en positiv utvikling (Lambert & Shimokawa, 2011; Whipple et al., 2003). Det er funnet at klienter med positiv utvikling i løpet av tre til syv timer trenger færre timer for å oppnå endring enn klienter som ikke viser tidlig bedring. Noen av studiene har funnet at alle klienter som mottar tilbakemelding oppnår bedre resultater enn klienter som ikke får tilbakemelding (Hawkins, Lambert, Vermersch, Slade, & Tuttle, 2004). Studier av andre tilbakemeldingssystemer som klient og resultatstyrt praksis har vist bedre resultater for alle klienter som mottar tilbakemelding.

### **Klient- og resultatstyrt praksis**

Så mange som 47 prosent av de som begynner i behandling avbryter behandlingen uten videre oppfølging (Duncan & Sparks, 2008). Terapeuter kan som regel ikke forutsi hvem det er som kommer til å slutte eller som ikke oppnår bedring i løpet av terapi (Sapyta, Riemer, & Bickman, 2005). Man er ofte dårlige til å bedømme om en klient er fornøyd med behandlingen eller om det er noe som kunne vært

annerledes (Norcross, 2010). Miller et al. (1999) mener at det er to faktorer som kan forutsi om klienten kommer til å fortsette i terapi og om resultatet blir vellykket. Den første faktoren er klientens vurdering av samarbeidet med og relasjonen til den som utfører tjenesten. Den andre faktoren er klientens opplevelse av at det er fremgang tidlig i behandlingsprosessen (Miller et al., 1999). Det viser seg at kontinuerlig tilbakemelding fra klient om relasjonen og fremgangen i terapien øker muligheten for et vellykket resultat med gjennomsnittlig 65 prosent (Duncan & Sparks, 2008; Lambert & Shimokawa, 2011). En forutsetning for at tilbakemelding skal være effektivt er at terapeuten mener at klientens stemme er viktig og at man kan motta negativ tilbakemelding på en god måte. Terapeuten må også være villig til å prøve ut andre metoder enn det man har planlagt i behandlingsplanen for at tilbakemeldingene fra klienten skal ha en reel innvirkning (Duncan & Sparks, 2008).

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) ble utviklet i USA av Scott Miller, Barry Duncan og medarbeidere (2008). Ved å bygge på forskning om fellesfaktorene kom gruppen fram til et klient- og resultat orientert perspektiv. Det er en forutsetning at klientens stemme blir framhevet som en kilde til løsninger og kunnskap og at terapeuter er opptatt av å bygge sterke samarbeidsrelasjoner med klientene i arbeidet med KOR (Duncan & Miller, 2000). KOR er ikke ment å være et instrument for å vurdere symptomer eller diagnoser på tradisjonelt vis. Det skal være et klinisk hjelpemiddel som er integrert i arbeidet med klienter (Duncan et al., 2010). Det er tre viktige punkter i bruken av KOR. Arbeidsmåten skal ta i bruk fellesfaktorene som på tvers av teorier fører til vellykkede resultater, ta i bruk klientens tanker og preferanser når det gjelder valg av metode og teknikk og bygge arbeidet på gyldige og pålitelige målinger av hvordan klientene opplever utfallet av behandlingen og relasjonen til terapeuten

(Duncan & Sparks, 2008). Klient- og resultatstyrt praksis ønsker å vise at det er klienten som er den virkelige helten i terapi, og at kvaliteten på relasjonen mellom klient og terapeut er viktigere for utfallet av behandlingen enn hvilke metoder eller teknikker terapeuten benytter. Dette blir fremhevet i flere forskningsrapporter (Ahn & Wampold, 2001; Messer & Wampold, 2002; Miller et al., 1999). Klient og resultatstyrt praksis benytter to selvrapporterings skjemaer for å få tak i klientens tilbakemelding om framgang og relasjon i terapi.

### **Utvikling av Outcome rating scale (ORS).**

Miller introduserte ideen om å bruke tilbakemeldinger fra klientene for å gjøre psykoterapi mer effektivt og nyttig (Duncan & Sparks, 2008). På bakgrunn av Outcome Questionnaire 45 (OQ 45) utviklet av Lambert og medarbeidere (Wells et al., 1996), utformet Miller, Duncan, Brown, Sparks, og Claud (2003) "Outcome rating scale" (ORS). OQ 45 er et selvrapporteringsverktøy som måler klientens funksjonsnivå gjennom terapien og ved avslutning.

Tanken var at OQ 45 skulle brukes kontinuerlig for å måle endring, ta kort tid å administrere, være sensitiv for endring og kostnadseffektivt (Wells et al., 1996). Studier som sammenligner klientpopulasjon med normalpopulasjon viser at OQ 45 er en god indikator på endring i terapi. Den har høy indre validitet (.93) og test-retest reliabilitet (.84). OQ 45 har også moderat til høy reliabilitet sammenlignet med instrumenter som SCL-90 og Becks depresjonsskala (Wells et al., 1996). Instrumentet er inndelt i tre komplementære subskalaer, symptompres hos klient, interpersonlig fungering og sosial fungering. De tre subskalaene korrelerer høyt med hverandre (Wells et al., 1996).

Miller og Duncan hadde erfaring med OQ 45 og opplevde at terapeuter og klienter mente at måleinstrumentet tok for lang tid både å administrere og å skåre (Miller et al., 2003). Studier viser at terapeuter ikke bruker måleinstrumenter som tar over fem minutter å administrere (Miller et al., 1999). De viktigste kriteriene for måleinstrumentene er at de er reliable, meningsfulle for klienten og lette å gjennomføre i klinisk praksis.

ORS er en forenklet utgave av OQ 45 som måler klientens utvikling og utfall i terapi (Miller et al., 2003). Ved å ta utgangspunkt i klientens skåringer på ORS kan man finne ut hvorfor klienten oppsøker terapi og hvordan man kan bidra til at klienten skal oppleve bedring. Skalaene omhandler viktige områder i livet som ofte er årsaken til at klienter oppsøker terapi. Skalaene på ORS ble tilpasset de tre funksjonsområdene fastsatt av OQ 45, Personlig symptompres, Interpersonlig fungering og Sosial fungering (Miller et al., 2003). Endringer i disse områdene i klientens liv er forbundet med et positivt behandlingsutfall (Kazdin, 1994). I tillegg inneholder ORS en skala som måler klientens generelle følelse av velvære. Kategoriene ble omgjort til analoge skalaer på ti centimeter, hvor et kryss mot venstre indikerer dårligere fungering og mot høyre bedre fungering. ORS har lavere test- retest reliabilitet enn OQ 45, men fortsatt på et moderat nivå. Det er vanskelig å måle reliabilitet i et instrument som er sensitivt for endring og inneholder få spørsmål (Miller et al., 2003). ORS korrelerer moderat til høyt med OQ 45 som indikerer at ORS måler det samme som OQ 45. ORS er et mål på endring i terapi, og det burde dermed være mulig å skille mellom resultatene i en normal populasjon og i en klientgruppe. Studier viser at endring fra første ORS til siste ORS var signifikant i klientgruppen, men ikke i normalpopulasjonen. Dette tyder på at ORS har konstrukt- validitet (Miller et al., 2003). Man har også undersøkt



gjennomførbarheten til ORS, det vil si om måleinstrumentet brukes i klinisk praksis. Studier viser at ORS ble brukt av 86 prosent av terapeutene i løpet av et år. Til sammenligning brukte 25 prosent OQ 45 (Miller et al., 2003). Det er utført et replikasjonsstudie med ORS i en subklinisk populasjon. Studien ble utført på 98 universitetsstudenter ved et universitet i Utah. Studien sammenlignet reliabilitet og validiteten til ORS med OQ- 45 og fant de samme resultatene som den originale studien til Miller et al. (2003). Dette tyder på at ORS er et både valid og mindre omfattende måleinstrument som kan brukes til å måle endring i terapi.

Outcome rating scale (ORS) måler klientens opplevelse av bedring eller forverring av symptomer. Skjemaet består av fire ordinale måleskalaer hvor maks skår er 10 og samlet skår er 40. De ulike skalaene undersøker hvordan klienten har hatt det Personlig ("hvordan jeg har hatt det med meg selv"), Mellommenneskelig ("med familie, partner, nære relasjoner"), Sosialt ("venner, skole, arbeid") og Generelt ("opplevelse av hvordan jeg har hatt det"). Klinisk grense for voksne er 25 poeng og personer som skårer under dette har som regel behov for hjelp av helsetjenesten. Signifikant bedring oppnås når poengskalaen øker med fem poeng. Man administrerer ORS i begynnelsen av hver time og forklarer meningen med skjemaet til klienten. Når man registrerer skårene får man en graf som visualiserer klientens utvikling gjennom terapiforløpet. Grafen er et nyttig verktøy for å se om klienten er over eller under klinisk grense og om terapien har effekt. Forskning har vist at bedring i løpet av de tre til syv første timene er viktig med tanke på et positivt behandlingsresultat ved avslutning (Duncan et al., 2010). ORS er bare en del av klient og resultatstyrt praksis. Det neste instrumentet måler kvaliteten på alliansen mellom klient og terapeut.

**Utvikling av session rating scale (SRS).**

Som nevnt tidligere i oppgaven viser studier at alliansen mellom klient og terapeut er viktig for å oppnå et positivt behandlingsutfall (Duncan et al., 2010; Norcross, 2010; Wampold, 2001). Studier har vist at terapeuters vurdering av alliansen ikke samsvarer med klientens opplevelse av alliansen. Klientens bedømmelse av alliansen er en bedre indikasjon på om man oppnår et positivt eller negativt behandlingsutfall og man burde registrere klientens opplevelse av alliansen jevnlig (Duncan et al., 2003). Vektlegging av klientens syn på alliansen er noe av det mest innflytelsesrike man kan gjøre for å påvirke positiv endring i terapi (Duncan et al., 2004). Det finnes mange alliansemål utviklet for bruk i forskning, men ingen måleinstrumenter var spesifikt designet for å vurdere allianse til klinisk bruk på 90-tallet. Johnson (1995) utviklet derfor den første utgaven av Session Rating Scale (SRS) for å få tilbakemelding fra egne klienter (Duncan et al., 2003). Dette instrumentet bygget på "The Working Alliance Inventory" som detaljer bygger på Bordin (1979) sin definisjon av alliansen, "Session Evaluation Questionnaire" (Stiles & Snow, 1984) som undersøker om timen har vært konstruktiv eller verdiløs og om den har vært komfortabel eller stressende, og "The Empathy Scale" (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992) som måler det terapeutiske forholdet mellom klient og terapeut i timen.

Elementer fra de tre instrumentene ble omformet til et spørreskjema som inneholder ti analoge skalaer. Instrumentet ble undersøkt med 39 klienter og hadde høy reliabilitet, men validitet ble ikke vurdert (Duncan et al., 2003). Duncan og Miller opplevde at terapeuter syntes det tok for lang tid å forklare og administrere første utgave av SRS. Studier viste at terapeuter vegrer seg for å bruke kompliserte instrumenter som tar lang tid å administrere, og man hadde derfor bruk for et enklere instrument som kunne benyttes i klinisk praksis (Brown, Dreis, & Nace, 1999).

Johnson, Miller og Duncan utviklet derfor Session rating scale v.3 (SRS v.3) som et kortere alternativ til lengre alliansemål som Working Alliance Inventory (WAI) og Helping Alliance Questionnaire (HAQ 2) for å stimulere terapeuter til å prate regelmessig med sine klienter om alliansen (Duncan et al., 2003).

SRS v.3 bygger også på Gaston (1991) sin definisjon av allianse som inneholder mye av det samme som Bordin (1979), men i tillegg vektlegger klientens endringsteori. Det er viktig at terapeut og klient er enige om hvordan man kan endre seg i terapi (Duncan et al., 2003). Instrumentet består av tre analoge skalaer som omhandler de tre punktene i Bordin (1979) sin definisjon samt klientens endringsteori som foreslått av Gaston (1991). En fjerde skala tapper klientens følelse av om terapien og terapeuten vil være nyttig. Den ble dannet på bakgrunn av faktoranalyse av WAI, HAQ 2 og ”California Psychotherapy Alliance Scale (CPAS). De ulike skalaene måler Relasjonen ”opplevelsen av å bli hørt, respektert og forstått”, Mål og Tema ”Snakket om og arbeidet med det jeg ønsket”, Tilnærming og metode ”måten vi arbeidet på passet godt for meg”, Generelt ”det manglet noe i dag, eller samtalen som helhet var bra”.

Det ble i tillegg identifisert to faktorer som predikerer alliansen og utfallet. Faktorene er klientens tiltro til samarbeid med terapeuten og deres trygghet til å uttrykke negative følelser. Det er viktig for verdien av SRS v.3 at klienten har trygghet til å uttrykke misnøye med behandlingsformen eller alliansen slik at terapeuten kan tilpasse seg klientens forventninger. Duncan et al. (2010) fant at klienter som uttrykte noe misnøye med terapeuten, hadde bedre behandlingsutfall enn klienter som ikke rapporterte noe negativt til terapeuten.

Se Appendix for en oversikt over de forskjellige instrumentene omtalt i utviklingen av KOR skalaene.

Duncan et al. (2003) forklarer SRS v.3 som en stol med tre ben. Bena representerer delt målsetning, enighet om metode og det emosjonelle båndet mellom klienten og terapeuten. Setet som holder alt sammen er klientens endringsteori. Forstyrrelser i noen av elementene kan føre til dårligere allianse eller brudd. Forskning viser at SRS har høy test- retest reliabilitet og høy indre konsistensreliabilitet, noe som tyder på at SRS er et mål på det generell alliansebegrepet. Studier av korrelasjonen mellom HAQ 2 og SRS v.3 viste signifikante resultater. Dette tyder på at SRS måler det samme som HAQ 2 selv om SRS v.3 er et mindre omfattende måleinstrument. Duncan et al. (2003) fant også signifikante korrelasjoner mellom SRS ved andre og, tredje time og avsluttende ORS. Funnene tyder på at SRS v.3 måler det samme som andre allianseinstrumenter. Undersøkelse av gjennomførbarhet viste også gode resultater for SRS v.3 sammenlignet med WAI.

Det er viktig at man etablerer en kultur for feedback allerede ved første møte. Klienten må være trygg på at en negativ tilbakemelding ikke vil bli tatt ille opp av terapeuten, men at dette er et verktøy som skal brukes for å utvikle et best mulig samarbeid mellom klient og terapeut (Duncan et al., 2010). Det kan være en utfordring for terapeuten at man får en direkte tilbakemelding fra klienten på hva som fungerer og hva som ikke fungerer.

Toppskåre på ORS er 40. Hvis klientens samlede skåre er under 36, er det et tegn på at man burde ta opp relasjonen med klienten for å se hva som kan gjøres annerledes (Duncan et al., 2003; Duncan & Sparks, 2008). Studier tyder på at en skåre

på 36 kan være for høy grense etter første time, men at en skåre som ligger under 36 etter tredje time er et uttrykk for et problem med alliansen ((Duncan et al., 2010)). Man kan også se på de enkelte skalaene for å se om skårene er lavere enkelte steder. Det er definert hva de ulike skalaene omhandler, og man kan adressere det området som ikke fungerer optimalt for klienten. Etter skåring burde terapeuten gå gjennom skjemaet sammen med klienten for å avklare om klienten er fornøyd med timen eller om det er behov for forandringer, selv om skåren ikke er under 36.

### **Utvikling av children outcome rating scale (CORS).**

Det fantes ikke selvrapporteringsskjemaer som var validert for barn og unge og ingen måte man systematisk kunne samle inn tilbakemelding fra denne gruppen.

Duncan, Sparks, Miller, Bohanske, og Claud (2006) begynte derfor arbeidet med å utvikle et validert måleskjema for barn og unge.

Duncan et al. (2006) utviklet og validerte et kort spørreskjema for barn og unge mellom 6 og tolv år. Dette skjemaet kalles Child Outcome Rating Scale (CORS), og er det første skjemaet for barn under tolv år. Skjemaet fylles ut av barnet i behandling og av nære omsorgsgivere. CORS har samme format som ORS, men har et barnevennlig språk med visuelle hjelpemidler for å forklare skalaene. En studie fant at barn mellom seks og 12 år hadde god forståelse for betydningen av CORS, og barn mellom 12 og 18 år hadde god forståelse for ORS, begge aldersgrupper forstod den terapeutiske prosess. Barna mente at skjemaene førte til viktige diskusjoner, oppmuntret til aktiv deltakelse og førte til at deres perspektiv fikk betydning.

CORS er validert mot Youth Outcome Questionnaire 30 (YOQ) som er et spørreskjema som fylles ut av nære omsorgsgivere og har gode psykometriske

egenskaper (Duncan et al., 2006). I deres studie fylte barn og omsorgsgivere ut CORS og YOQ ved inntak og avslutning. Respondentene var fra to kliniske populasjoner og en normalpopulasjon. For å undersøke validitet, ble det kartlagt om normalpopulasjonen hadde lavere inntaksskåre og mer stabil skåre på avsluttende CORS. Studien viste at klinisk populasjon hadde høyere inntaksskåre og viste større endring enn normalpopulasjonen (Duncan et al., 2006). Reliabilitet ble evaluert på bakgrunn av 1495 voksne og 1961 barn. CORS og ORS viste sterk intern reliabilitet med henholdsvis 0.84 og 0.93 Cronbachs alpha. Sammenlignet med YOQ viser CORS og ORS moderat konsistensvaliditet og Pearsons produktkorrelasjon på 0.61. Dette er gode resultater for et kort skjema sammenlignet med YOQ, som er mer omfattende (Duncan et al., 2006). Studien viser signifikant korrelasjon mellom barns og ungdoms skåre og omsorgspersoners skåre, noe som støtter viktigheten av barn og ungdoms tilbakemelding i terapi (Duncan et al., 2006). Sammenfallet mellom omsorgsgiveres og unges skåre og korrelasjonen med YOQ underbygger konstruktvaliditet for CORS. Den kliniske populasjonens og normalpopulasjonens inntaksskåre og endringsnivå på avslutningsskåre er forskjellig for CORS og ORS, noe som også tyder på konstruktvaliditet (Duncan et al., 2006).

Klinisk grense er 28 for ungdom og 32 for barn ved bruk av CORS (Duncan et al., 2006). Det finnes også et skjema for barn under seks år som kalles "Youth Outcome Rating Scale" (YORS). Dette er et skjema bestående av ulike smilefjes, og barnet skal krysse av på det av fjesene som gjenspeiler følelsene til barnet (Duncan et al., 2006). Dette instrumentet er ikke validert, og bruksverdien er begrenset utover å være et hjelpemiddel for å aktivisere barnet i terapi.

**Partners for change outcome management system.**

ORS, CORS og SRS v.3 er ment å være hjelpemidler som fører til at terapeuter åpent diskuterer med klienter om behandlingen som blir tilbudt passer og om den har ønsket effekt (Duncan & Sparks, 2008). Duncan og Sparks er opptatt av at terapien skal bygge på et empirisk grunnlag. Forskerne ønsket å utvikle metoder for måling av resultater som ville gjøre terapeut og klient til reelle samarbeidspartnere, og som var enkle å bruke i klinisk praksis. De utviklet det webbaserte systemet "Partners for Change Outcome Management System" (PCOMS) (Duncan & Sparks, 2008). Systemet viser reliabel og valid tilbakemelding fra klienter og kan gjennomføres i vanlig klinisk praksis. Man legger inn skårene fra ORS og SRS v.3 etter hver time med klienten og får opp en graf som viser inntaksskåren til klienten og utviklingen etter hver time. Systemet har en utviklingskurve basert på regresjonsanalyser fra tidligere studier, som klienten statistisk burde følge (Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005). PCOMS er et enkelt visuelt system som viser utviklingen til klientens opplevelse av egen psykiske helse basert på ORS skåre. Hvis klienten skårer fem poeng lavere på ORS tyder det på en negativ utvikling, og man får et varsel med forslag om mulige intervensjoner. PCOMS anbefalinger er da å diskutere mulige årsaker, evaluere alliansen eller vurdere å endre i behandlingsplan sammen med klienten (Miller et al., 2005). Hvis klienten ikke har oppnådd reliabel bedring etter seks timer, anbefaler systemet at man får veiledning av en erfaren terapeut. PCOMS regner reliabel endring når skåren har steget fem poeng. Terapeuten får da beskjed om å både forsterke og sikre endringen fram til man ser at endringen er stabil. Når klienten har oppnådd en stabil endring kan terapeuten vurdere å endre både antall og hyppighet av timer (Miller et al., 2005). Klinisk grense er i følge PCOMS 25 poeng og klienter som skårer over 25 har oppnådd klinisk signifikant bedring. Miller et al. sin forskning har vist at klienter som er over klinisk grense og som

fortsetter i terapi, har en tendens til å bli dårligere. Det bør derfor vurderes å avslutte terapien.

### **Terapeutisk utbytte av KOR**

Duncan et al. (2010) presenterer flere funn gjort med Klient- og resultatstyrt praksis. Ved en familieklinikk i Florida ble antall timer for klienter redusert med 40 prosent etter innføring av KOR. Langtidspasienter uten bedring ble redusert med 80 prosent, antall ikke møtt redusert med 25 prosent og avbestillinger ble redusert med 40 prosent. Et senter i Maine, som behandler klienter med alvorlig psykiske lidelser reduserte gjennomsnittlig behandlingstid med 59 prosent og behov for langvarig innleggelse ble redusert med 50 prosent etter implementering av KOR. KOR har også gitt gode resultater i en rusklinikk. ”The center for alcohol and drug treatment (CADT)” tilbyr tjenester til over 6000 brukere hvert år i ulike programmer. CADT oppnådde 15 prosent flere vellykkede behandlinger sammenlignet med lignende tjenester i delstaten. Behandlingslengden for innlagte pasienter og polikliniske pasienter var 20 og 43 prosent lavere.

KOR er implementert ved ulike enheter i Norge. Hagen behandlingsenhet Sykehuset innlandet, behandler barn mellom seks og tolv år og startet et pilotprosjekt for å øke brukermedvirkning i enheten i 1994. En gjennomgang av behandlingsmøter og andre prosesser som omhandlet brukerne, viste at de ikke var involvert i noen av prosessene. Hagen behandlingsenhet ønsket å øke brukermedvirkning gjennom å etablere en tilbakemeldingskultur i enheten, som sikret klientstyring fra første kontakt. I 2001- 2002 innførte man ORS og SRS skalaer for barna i behandling og nære omsorgsgivere. Ved oppstart av prosjektet i 1994 mottok 18 barn i året et



behandlingstilbud på Hagen. I løpet av en femårsperiode etter innføringen av KOR økte antall barn i behandling til 76, en økning på 400 prosent. I løpet av de neste årene økte tilbudet til 84 barn, og samtidig som flere barn ble behandlet, gikk behandlingstiden ned. Man fikk gjennom kontinuerlig tilbakemelding bedre grunnlag for å vurdere, sammen med foreldre og barn, når behandlingen skulle avsluttes, og man kom raskere i gang med riktige behandlingstiltak (Duncan et al., 2010).

Familiehjelpe i Stange er et kommunalt lavterskeltilbud til familier med barn i alderen 0 til 18/23. Enheten innførte klient og resultatstyrt praksis i 2008 og har nylig lagt frem resultater av sin internevaluering for 2012. Tallene viser at familiehjelpe hjelper fire av fem klienter. Av 45 avsluttede kontakter viste 80 prosent bedring, 11 prosent ingen endring og 9 prosent forverring (Halvorsen, 2013). Familiehjelpe har ingen statistikk på behandling før innføringen av KOR, men tallene er gode for en liten enhet bestående av 7 årsverk.

Tre randomiserte studier har undersøkt effekten av KOR i klinisk bruk. Reese, Norsworthy, og Rowlands (2009) har i sitt studie undersøkt to ulike klinikker som undersøkte effekten av bruk av PCOMS med klienter sammenlignet med klienter tildelt "treatment as usual" (TAU) behandling, det vil si EST behandling uten tilbakemelding. En klientgruppe i individuell behandling ble undersøkt ved en på en universitetsklinikk. Det var både fem profesjonelle og fem praktikum studenter blant terapeutene. Den andre klientgruppen ble undersøkt ved en undervisningsklinikk for et masterprogram i familierapi, men det var bare klienter i individuell terapi som ble inkludert i studien. Terapeutmassen i denne studien besto av 17 masterprogram studenter (Reese et al., 2009). Studentterapeutene i begge studiene fikk ukentlig veiledning av profesjonelle

terapeuter. Begge studiene fulgte protokollen til PCOMS for skåring og administrering av ORS og SRS

Studiens hypoteser var at klienter som fikk tilbakemelding ville oppleve raskere bedring og større endring fra pre- til post måling av ORS og at flere klienter som fikk tilbakemelding, ville oppleve reliabel endring sammenlignet med TAU- gruppen. Resultatene støtte hypotesene. Studien oppnådde signifikant bedring både i tilbakemeldingsgruppen og i TAU- gruppen, men det var signifikant større endring i tilbakemeldingsgruppen. Det var signifikant støtte for at klientene i tilbakemeldingsgruppen oppnådde reliabel endring i løpet av færre timer enn i TAU- gruppen. Resultatene fra familierapiklinikken viste at klienter i KOR- gruppen som var i fare for ikke å oppnå et positivt utfall eller droppe ut av behandling etter tre timer, hadde signifikant større mulighet for å oppnå et positivt resultat enn klientene i TAU- gruppen. Reese et al. repliserte funnene gjort av Miller et al. (2003, 2005), og resultatene bidrar dermed til å underbygge KOR sin nytteverdi i klinisk praksis.

Anker, Duncan, og Sparks (2009) undersøkte effekten av KOR på en familieklinikk i Norge. De randomiserte ektepar som kom til familierådgivning, til KOR- behandling eller TAU- behandling. Inklusjonskriteriene i studien var at begge parter var interessert i å bevare ekteskapet, og at begge parter fylte ut tilbakemeldingsskjema omtrent alle timer. Studien så på forskjellen mellom pre- og post- ORS- skåre og ORS- skåre ved oppfølging seks måneder etter avslutning. Parene ble også skåret med et skjema som måler tilfredshet med forholdet ”The Locke-Wallace Marital adjustment Test” (LW) (Locke & Wallace, 1959). Begge gruppene hadde signifikant bedring, men tilbakemeldingsgruppen hadde signifikant større endring fra pre- til post- skåre på ORS sammenlignet med TAU- gruppen. Det var flere par i

tilbakemeldingsgruppen som oppnådde signifikant klinisk endring sammenlignet med TAU- gruppen, en skåre over 25 på ORS individuelt og som par. Det samme viste seg etter seks måneder, men forskjellen var noe svakere enn ved avslutning av behandling. Studien bekreftet at tilbakemelding bedret resultatene for både klienter med gode utsikter og for klienter i fare for et negativt utfall av terapi. I tillegg hadde tilbakemelding en preventiv effekt ved at færre par i KOR gruppen var i fare for ikke å oppnå bedring sammenlignet med TAU gruppen. Studien tyder på at KOR fanger opp et element som fører til bedring hos alle klienter sammenlignet med tidligere tilbakemeldingsstudier som bare finner effekt hos klienter i fare for ikke å oppnå bedring.

Reese, Norsworthy, Toland, og Slone (2010) ønsket å replisere funnene til Anker et al. (2009) med et amerikansk utvalg for å støtte ideen om at PCOMS kan brukes i parterapi. Studien undersøkte pre og post ORS skåre fra en tilbakemeldingsgruppe og en TAU gruppe, men hadde ikke oppfølging etter seks måneder. Studien brukte ikke andre mål enn ORS og SRS v.3. Resultatene viste at klienter i tilbakemeldingsgruppen hadde signifikant større endring sammenlignet med TAU gruppen og opplevde bedring etter færre timer (Reese et al., 2009). Klientene som fikk tilbakemelding opplevde over dobbelt så stor endring på ORS som TAU gruppen. Studien fant også støtte for at tilbakemeldingsgruppen hadde større mulighet for å oppnå klinisk signifikant endring (Reese et al., 2010). Dette tyder på at KOR kan benyttes i parterapi med god effekt også i et amerikansk utvalg.

Lambert og Shimokawa (2011) sammenlignet resultatene fra de tre randomiserte studiene utført på KOR. De sammenlignet post- ORS resultater for tilbakemeldingsgruppen med TAU- gruppen og fant en effektstørrelse på 0.23.

Resultatet forteller at klientene i tilbakemeldingsgruppen i gjennomsnitt hadde over dobbelt så stor forbedring sammenlignet med TAU-gruppen (Lambert & Shimokawa, 2011). Tilbakemeldingsgruppen hadde i tillegg 3.5 ganger så stor mulighet for å oppnå klinisk signifikant endring sammenlignet med TAU.

De tre studiene utført på KOR gir lovende resultater. Sammenlignet med TAU-grupper gir tilbakemelding signifikant bedre resultater og medium til høy effektstørrelse. Resultater på tvers av studiene viser at klienter som mottar tilbakemelding har mindre frafall, negativt utfall og trenger færre timer for å oppnå signifikant positiv endring, noe som tyder på at ORS og SRS v.3 er effektivt å bruke i psykoterapi (Anker et al., 2009; Reese et al., 2009; Reese et al., 2010). En av de viktigste parameterne i helsevesenet er at behandlingen er kostnadseffektiv og forskning tyder på at KOR er et system det vil lønne seg å innføre økonomisk og for klientene.

### **Hvordan utvikle seg som terapeut**

I tillegg til å være positivt for klientene kan KOR bidra til faglig utvikling for terapeuter. Forskning har fokusert på hvordan terapeuter utvikler seg faglig og hvor lang tid det tar å bli en ekspert på sitt felt. Ericsson, Rønnestad, Orlinsky og Skovholt har alle kommet med spennende bidrag på dette feltet som kan knyttes opp mot tilbakemelding i terapi. Oppgaven vil nå redegjøre for hvordan tilbakemelding fra klienter kan bidra til profesjonell utvikling for terapeuter.

Miller, Duncan og medarbeidere hadde med sine tilbakemeldingsskalaer etter hvert lært mye om resultatene til terapeuter. Det som gang på gang ble tydelig var de store forskjellene i resultater blant terapeutene. Miller trodde lenge dette bare var tilfeldig. Ett år gjør man det kanskje bra som terapeut, det neste er man mer

gjennomsnittlig. Men etter hvert ble dataene så store at man kunne se at noen terapeuter var gjennomgående bedre eller dårligere enn andre. Forskjellene kunne umulig være tilfeldige. Problemet var at man ikke kunne vite hva som gjorde noen terapeuter bedre enn andre. Det har blitt gjort masse forskning på hva som gjør psykoterapi effektiv mer generelt, slik som fellesfaktorene. Når man forsøkte å finne ut hva som skilte de beste terapeutene ut fra resten, var hypotesen at de måtte gjøre mer av dette. Men dette ga ikke tilfredsstillende forklaring, det viste seg rett og slett meget vanskelig å finne ut hva de beste terapeutene gjør, som er annerledes enn de mer gjennomsnittlige.

Studier viser at en av de viktigste effektene for oppnådd positiv endring i terapi er terapeutvariabler (Wampold, 2001). På bakgrunn av dette er det viktig å fastslå hvordan man som terapeut kan utvikle seg til å utøve sin profesjon på best mulig vis. Hva er grunnen til at noen personer utfører sine oppgaver på en eksepsjonelt god måte? Man har lenge forsøkt å forklare hvorfor noen personer ser ut til å være født med et talent for sjakk, musikk, ledelse eller terapi. I tillegg til stor innsats mener man at det eksisterer et talent som gjør personen bedre rustet til å møte den aktuelle oppgaven eller utføre en ferdighet innen sitt felt.

K. A. Ericsson har forsket på eksperter og ekspertise innenfor ulike domener og regnes som en av de ledende forskerne på ekspertise (Miller, Hubble, & Duncan, 2007). Han mener at talent kan eksistere, men at det er irrelevant for å utvikle evnen til å prestere på et høyt nivå, det er andre faktorer som avgjør om man blir ekspert på sitt felt (Ericsson, 2006, 2008). Ericsson beskriver en spesifikk og krevende måte og forbedre seg på. Meningsfull utøvelse forsøker å forklare hvordan man trener og utvikler seg for å bli en ekspert på sitt felt. Meningsfull utøvelse defineres som ”målrettede aktiviteter som er spesialdesignet for å forbedre enkelte elementer av utførelsen gjennom

selvevaluering og gradvis forbedring av utøvelsen gjennom tilbakemelding” (Ericsson, 2006). Meningsfull utøvelse ligger bak det man vanligvis kaller talent i følge Ericsson.

De viktigste elementene i meningsfull utøvelse er at man starter trening i ung alder, at treningen er designet av en dedikert trener eller veileder, at man må terpe på de elementene man ikke behersker, og at oppgavene er definert og målrettet med muligheter for konstruktiv tilbakemelding. Å identifisere sin egen læringssonen, noe som i seg selv ikke er enkelt, og så tvinge seg til å være i den etter hvert som den endrer seg, er enda vanskeligere. Mange års forskning på ulike domener viser at de beste på sitt felt har bedrevet meningsfull utøvelse over lang tid før de har oppnådd ekspertise (Ericsson, 2006, 2008; Ericsson, Krampe, & Tesch-Rømer, 1993; Nandagopal & Ericsson, 2012). KOR utnytter prinsippene bak meningsfull utøvelse gjennom tilbakemelding (Colvin, 2008). Terapeuten får direkte tilbakemelding fra klienten og man kan bruke denne informasjonen i veiledning til å forbedre terapeutiske egenskaper. Registrering av resultater er en god metode for å vite om terapien fungerer, og for å se om man har fremgang i løpet av karrieren. Hvis man ikke oppnår bedre resultater senere i karrieren er det et tegn på at man ikke øver på rett måte.

Det er viktig med mange timer utøvelse av et fag for å oppnå ekspertise, men det er ikke nok. Man trenger forholdsvis lite erfaring med en oppgave for å nå et respektabelt nivå og når nivået inntreffer automatiseres utførelsen og læring opphører. Dette skjer med de fleste dagligdagse gjøremål som bilkjøring, lesing og skriving. Når man utfører automatiserte oppgaver vil ikke videre erfaring bidra til at man hever eget nivå, dermed vil ikke mengde erfaring være relatert til bedre prestasjoner (Ericsson, 2008). Forskning viser at man trenger rundt 10 000 timer, eller minst ti års utøvelse av et fag for å oppnå ekspertise (Ericsson, 2006).

Skovholt, Rønnestad, og Jennings (1997) mener at terapeuter beveger seg fra en nybegynner fase gjennom flere mellomliggende faser til en ekspertfase etter mange år med profesjonell refleksjon. For å utvikle seg må terapeuten få tilbakemelding og reflektere gjennom introspeksjon, veiledning, kollegastøtte og tilbakemelding fra klienter. Man kan stagnere hvis man ikke er åpen for å forstå de komplekse prosessene som foregår i terapi, men belager seg på restriktive behandlingsrutiner. Ved å tilegne seg informasjon om behandling gjennom refleksjon, kan man utvikle seg til å bli ens egen ekspert og integrerer egen teori, istedenfor å velge en teori som en annen ekspert har utviklet.

Studier har sett på sammenhengen mellom resultater i terapi og erfaring blant terapeuter. Det viser seg at erfaring ikke direkte korrelerer med bedre utfall i terapi hos terapeuter (Dunckle & Friedlander, 1996; Sapyta et al., 2005). Clement (1994) fant ingen korrelasjon mellom antall års erfaring og vellykket behandling når han analyserte sitt arbeid med klienter gjennom 26 år. Dawes (1994) fant at de som definerte seg som eksperter i psykoterapi ikke hadde bedre resultater i terapi, enn de som definerte seg som nybegynnere eller middels terapeuter. I studien ble terapeutene definert som ekspert av kollegaer eller seg selv, og ikke gjennom måling av resultater. Terapeuter som utvikler seg til eksperter unngår en automatisering av oppgaver, setter seg nye mål og utfordrer egen komfortsone kontinuerlig for å overstiger nåværende kompetanse. Å identifisere egen læringssonen og så holde seg i den etter hvert som den endrer seg, er en viktig karakteristikk i meningsfull utøvelse (Ericsson, 2006, 2008).

Skovholt et al. (1997) viser til at man kan ha 20 års erfaring eller et år med erfaring 20 ganger. Det fokuseres på om det er en refleksjon, eller en kontinuerlig profesjonell refleksjon i arbeidet. Med kontinuerlig profesjonell refleksjon mener

forskerne et forsøk på å nå en omfattende og nyansert forståelse av utfordringer man møter i sitt profesjonelle arbeid. Det forutsetter at man har en utforskende natur og et støttende arbeidsmiljø, som forstår at arbeid med klienter er sammensatt. Profesjonell refleksjon fungerer etter de samme prinsippene som meningsfull praksis. Prosesseringen av profesjonell erfaring kan være viktig for å utvikle domenespesifikk kunnskap kontra stagnering.

Orlinsky og Rønnestad (2005) har forsket på over 5000 terapeuter fra hele verden og undersøkt hva som fører til profesjonell utvikling og ekspertise for psykoterapeuter. I følge studier utvikler terapeuter seg når man opplever at man er bekreftende og engasjert ovenfor sine klienter. Forskerne har identifisert to uavhengige dimensjoner som beskriver hvordan terapeuter kan involvere seg med klienter. Terapeutisk involvering (healing involvement), omfatter terapeutens opplevelse av terapeutisk kompetanse, en opplevelse av genuin personlig involvering med klienten, konstruktiv håndtering av problemer, og en generell følelse av terapeutisk mestring. Stresspreget involvering (stressfull involvement) er den andre dimensjonen og beskriver terapeuter som opplever vansker i praksis, defensive og lite konstruktive mestringsstrategier, og en følelse av kjedsomhet og angst i terapisituasjonen. Dette er en lite konstruktiv form for problemløsning (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

En effektiv praksis består av lite stresspreget involvering, og hovedsakelig terapeutisk involvering. Orlinsky og Rønnestad (2005) har identifisert tre ulike faktorer som påvirker terapeutisk involvering i terapi. En faktor er terapeutens følelse av kumulativ karriereutvikling, hvor man bedrer kliniske ferdigheter, øker mestring og gradvis beveger seg forbi tidligere grenser. Forskning viser at terapeuter som gruppe hele tiden ønsker å bli bedre i sin profesjon. 86 prosent av terapeutene i studien



rapporterte et ønske om å bli bedre terapeuter uavhengig av om man er i startfasen, eller i slutfasen av karrieren. Den andre faktoren er terapeutens egen teoretiske bredde. Ved å forstå klientene fra ulike teoretiske synspunkt og kontekster øker man evnen til å tilpasse seg ulike kliniske situasjoner og oppleve mestring med klienter. Terapeuter som arbeider eklektisk rapporterer høyere forekomst av å oppleve terapeutisk involvering. Den tredje faktoren er terapeuters opplevelse av egen vekst og er den faktoren som har størst betydning. Opplevelsen av kontinuerlig faglig utvikling er viktig for å bli en bedre terapeut. Dette skaper igjen en kontinuerlig profesjonell refleksjon som bidrar til at man søker spesialisering og ny kunnskap. Studien viser at flest terapeuter opplever faglig utvikling gjennom praktisk læring og direkte arbeid med klienter. Omtrent 97 prosent av terapeutene rapporterte at klientarbeid er en viktig del av profesjonell utvikling, og oppleves som mer meningsfullt enn kurs og annen spesialisering, i følge Orlinsky og Rønnestad. For å øke terapeuters læring med klienter, kan tilbakemelding og systematisk registrering av resultater være en effektiv metode. Kulminering av praktisk kunnskap kan forenkles gjennom å bruke tilbakemeldinger og registrere utfallet av terapien (Duncan, 2010).

## **Diskusjon**

### **Metodologiske utfordringer med KOR**

Resultatene som beskrives fra ulike klinikker og enheter i USA og Norge er ikke oppnådd med kontrollerte studier. Funnene er gjort ved å sammenligne resultatene oppnådd med KOR med tidligere resultater ved de samme klinikkene eller ved å sammenligne med andre tjenester. Resultatene synes imponerende, men det er vanskelig å fastslå hvilke faktorer som har ført til endring hos klientene. Det finnes konfunderende

variabler som kan ha påvirke resultatet. Eksempelvis jobbet Hagen behandlingsenhet med opplæring i systematisk tenkning, familierapi og møteledelse samtidig som de innførte KOR (Duncan et al., 2010). Enhetens oppløftende resultater kan skyldes et av tiltakene eller være en samlet effekt av alle. Det er ingen randomiserte betingelser som kan peke på et av tiltakene som mer betydningsfull enn noen av de andre.

Familiehjelpa i Stange hadde ingen måling av resultater fra perioden før KOR ble innført. Det er derfor vanskelig å fastslå både om resultatene faktisk representerer en forbedring og om eventuell bedring skyldtes bruk av tilbakemelding, et av de andre tiltakene eller andre forhold som endret klientpopulasjon eller ny terapeutkompetanse. I tiden hvor KOR ble innført, ble det ansatt flere psykologer som kan ha hatt en annen tilnærming til problemer enn de andre yrkesgruppene i enheten. Resultatene kan skyldes fokuset på hele familien i terapi i forhold til å ha et individuelt fokus, som er mer tradisjonelt i psykoterapi og spesialisthelsetjenesten.

### **Randomiserte kontrollerte studier**

I tillegg til valideringsstudiene av ORS, SRS og kvasiekperimentelle studier er det utført tre randomiserte studier av bruk av KOR. Dette er ikke et bredt datamateriale, men de foreløpige resultatene er lovende. Studiene er utført med god vitenskapelig metode, men det er likevel metodologiske utfordringer som er felles for de tre studiene. En generell problemstilling for KOR er at klinisk grense og endringsindeks ved ORS ikke har blitt kryssvalidert mot andre etablerte spørreskjemaer. Dette fører til at betydningen av signifikant bedring målt med ORS er begrenset (Lambert & Shimokawa, 2011). Det kan være at dette er valide mål, men det er behov for bedre

validering av signifikant bedring og klinisk grense for å klargjøre betydningen av skalaene.

Reese et al. (2009) rapporterte om store frafall i det endelige utvalget i deres studie. Det var 89 av 239 deltakere som møtte til første time, men som ikke fylte ut ORS i alle timene og dermed ikke oppfylte kriteriene for deltakelse i studien. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på første ORS mellom inkluderte og ekskluderte klienter, noe som reduserte utfordringene med frafall. Halvparten av de ekskluderte deltakerne som ikke møtte til andre time var fra tilbakemeldingsgruppen. Det kan være at misnøye med tilbakemeldingsmetoden førte til frafall (Reese et al., 2009). Hvis frafall skyldtes misnøye med tilbakemelding, var ikke effekten av tilbakemelding like robust som den fremsto i denne studien. For å undersøke om frafallet førte til falske positive resultater for PCOMS, utførte man en ny analyse hvor man brukte ORS til deltakere som bare deltok i en time, som siste ORS- skår. Ingen av analysene førte til forskjeller som hadde noen effekt på utfallet av studien, som tyder på at resultatene var valide (Reese et al., 2009).

Det var flest deltakere i TAU-gruppen som ikke fylte ut siste ORS og dermed ble ekskludert. Det er en mulighet for at denne gruppen opplevde bedring som ville ført til mindre forskjell mellom tilbakemeldings- og TAU- gruppen. Et annet problem var at flere av deltakerne manglet data fra enkelte timer. Klienter som manglet data fra halvparten av timene, ble ekskludert fra studien for å unngå at effekten av tilbakemelding ble undervurdert (Reese et al., 2009). Samtidig er det en mulighet for at deltakerne som ble ekskludert manglet data fordi de ikke var komfortable med tilbakemelding eller hadde en negativ utvikling. Hvis det er tilfellet kan ekskluderte deltakere være en kilde til overdrevne positive resultater for PCOMS.

Omtrent en tredjedel av deltakerne i studien manglet data fra minst en time og det er usikkert om dette påvirket resultatet. Det er en mulighet for at man får bedre effekt hvis man bruker KOR eksempelvis hver tredje time. Klienter kan føle at det blir for mye å skåre egen fungering hver time, og at noe sjeldnere tilbakemelding har større effekt. Reese et al. (2009) fant ingen forskjeller mellom deltakerne med komplett datasett og de som manglet data, noe som kan tyde på at de to gruppene er like.

Anker et al. (2009) var den første studien av bruk av KOR i parterapi. Studien brukte utviklingskurver som var beregnet for individuell terapi noe som kan ha påvirket utfallet av studien. Studien anses likevel som valid (Anker et al., 2009).

Det er funnet at KOR fører til bedre resultater for klienter som er i fare for et negativt utfall (Miller et al., 2006; Reese et al., 2009; Reese et al., 2010). Verdien av dette funnet kan være begrenset, da over halvparten av alle sakene i TAU og tilbakemeldingsgruppen ble vurdert å være i faresonen i Anker et al. (2009) studien (Lambert & Shimokawa, 2011). Allikevel kan man anta at KOR er positivt for klienter som er i faresonen for et negativt utfall på bakgrunn av tidligere resultater av bruken av KOR.

En annen utfordring med studien er bruk av ORS som eneste mål på utfall. Siden ORS er et kortfattet instrument, som kan begrense forståelsen av effekten av tilbakemelding sammenlignet med mer omfattende instrumenter, vet en ikke om resultatene ville vært det samme hvis man hadde benyttet instrumenter som gir mer informasjon om allianse og utfall, som OQ- 45. En styrke med ORS er at den korrelerer med OQ- 45 som er et godt validert og mer omfattende spørreskjema (Miller et al., 2003).

Anker et al. (2009) benyttet et instrument som måler ekteskapelig lykke og målte antall skilsmisser i en oppfølgingsstudie etter seks måneder. Funnene ved bruk av ”The Locke-Wallace Marital adjustment Test”, og forskjellen i separasjons og skilsmisse rate i fordel tilbakemeldingsgruppen støtter funnene gjort med ORS, men det eliminerer ikke problemene som oppstår ved å bruke et måleinstrument i primæranalysen (Anker et al., 2009). Utfordringer knyttet til bruk av et forholdsvis kort måleinstrument gjelder også for Reese et al. (2009) og Reese et al. (2010) studien.

Reese et al. (2010) rapporterer i likhet med Reese et al. (2009) om stort frafall i både TAU- og Tilbakemeldingsgruppen. Forskerne mener at denne utfordringen er av mindre betydning fordi resultatene ligner resultatene oppnådd av Anker et al. (2009). Det er likevel en utfordring for studier av KOR at så mange deltakere ikke fullfører studien. Fordelen med studier av KOR er at det er utført i et naturlig miljø og derfor har høy klinisk verdi.

Det er en mulighet for at man får bedre effekt hvis man bruker KOR eksempelvis hver tredje time. Klienter kan føle at det blir for mye å skåre egen fungering hver time, og at noe sjeldnere tilbakemelding har større effekt (Reese et al., 2009; Reese et al., 2010). Ingen av studiene undersøkte om det er noen forskjell mellom tilbakemelding både til klient og terapeut eller til terapeut alene. Det er derfor usikkert hvor stor effekt samarbeidet mellom terapeut og klient har for utfallet av tilbakemelding (Anker et al., 2009). Det er foreslått at tilbakemelding til klient og terapeut bidrar til effekt hos flere klienter enn tilbakemelding til terapeut alene (Hawkins et al., 2004). Samtidig viser andre funn gjort med OQ- 45 at tilbakemelding i terapi hovedsakelig viser effekt hos klienter som har en negativ eller flat utvikling i terapi (Lambert & Shimokawa, 2011). De ulike studiene utført på KOR viser at man oppnår bedre

resultater med alle klientgrupper noe som tyder på at tilbakemelding burde gis til terapeut og klient (Duncan et al., 2010).

Ingen av studiene undersøkte hvordan KOR ble brukt av den enkelte terapeut. Det var ingen måling av hvordan ORS og SRS skåre ble fulgt opp av terapeutene, eller av hvordan man administrerte skjemaene i timene (Anker et al., 2009; Reese et al., 2009; Reese et al., 2010). Det er en mulighet for at klientene som ikke ble inkludert i studien hadde en terapeut som ikke fulgte prinsippene for KOR på en god måte. I følge Duncan og Sparks (2008) er det avgjørende at man gir klienten en forståelse av at tilbakemelding er verdsatt og vil føre til et bedre behandlingstilbud. Reese et al. (2009) fant at terapeuter fullførte KOR med noen klienter, men ikke med andre. Det kan være en forskjell i samspillet mellom klient og terapeut der hvor man brukte KOR og der hvor man unnlot å bruke arbeidsmåten. Hvis terapeutene ikke brukte KOR med klienter de ikke syntes passet ville det fordelaktige resultatet av tilbakemelding være forhøyet. Terapeutene i TAU gruppen kan ha gitt tilbakemelding muntlig til sine klienter. Anker et al. (2009) fant at noen av terapeutene uttrykte misnøye med ikke å kunne bruke tilbakemelding med klienter som de trodde kunne profitere på tilbakemelding. Dette vil ha ført til at forskjellen mellom tilbakemelding og TAU ble lavere enn hva som egentlig var tilfellet.

Tilbakemelding om utfall i terapi til klienter kan føre til sosial ønskverdighet. Dette er et fenomen som tilsier at klienten ønsker å oppfylle omverdenens eller terapeutens forventninger. Klienten kan forstå at man ikke oppnår forventet endring og derfor rapportere falsk endring. Et annet problem som kan oppstå blant klienter som følger forventet endring er et ønske om å fremstå enda mer vellykket for terapeuten, noe som kalles kravkarakteristika. Vanligvis er det kontrollspørsmål i

selvrapporteringskjema som oppdager slike fenomener. Det er ikke lagt inn spørsmål som kan oppdage sosial ønskverdighet i KOR, noe som kan forekomme. Rasjonale for det er at instrumentet skal være kortfattet og enkelt i bruk (Duncan et al., 2010). Bruk av kontrollspørsmål kan føre til at gjennomførbarheten til KOR blir mindre.

Spesielt bruk av SRS er utsatt for effekten av sosial ønskverdighet, da klienten evaluerer kvaliteten på timen sammen med terapeuten (Reese et al., 2010). I parterapi kan presset være enda større på grunn av ekstra press fra partner. Anker et al. (2009) problematiserer muligheten for sosial ønskverdighet blant klientene. Forskerne mener at stress forbundet med ekteskapelige problemer ville minsket effekten av kravkarakteristika og rapportering av falsk endring hvis disse forholdene hadde betydning. Studien argumenterte videre for at tilbakemeldingsgruppen ved seks måneders oppfølging hadde like resultater som ved avslutning av terapien, og at dette styrker resultatene. KOR kontrollerer heller ikke for ekstremsvær. Ekstremsvær vil si at klienter skårer i en ende av skalaen, men på grunn av få spørsmål anses ikke dette som et problem ved KOR (Duncan et al., 2010).

### **KOR og OQ- 45**

I tillegg til tilbakemeldingsstudier utført om bruken av KOR, er det utført flere studier av OQ- 45. Studier som har undersøkt effekten av OQ- 45, har undersøkt flere betingelser enn hva som har blitt undersøkt med KOR. Studiene kan sammenlignes, siden KOR er basert på OQ- 45 og begge metoder baseres på tilbakemelding fra klienten.

Studier av OQ- 45 gir ikke entydige resultater for at tilbakemelding hjelper alle klienter. Tre av fem studier gjort med OQ- 45 har funnet at det bare er klienter i fare for

et negativt utfall som har noe effekt av tilbakemelding, omtrent 25 til 30 prosent av klientene (Lambert & Shimokawa, 2011). Studier har undersøkt om tilbakemelding til både klient og terapeut eller til terapeut alene gir forskjellig effekt. Studie gjort av Harmon et al. (2007) fant ikke at tilbakemelding til både terapeut og klient bedret utfallet av behandling sammenlignet med at bare terapeuten fikk tilbakemelding. Dette funnet er ulikt fra andre studier utført på OQ- 45, der man har funnet denne effekten (Hawkins et al., 2004). I følge Harmon et al. (2007) kan en av grunnene til motstridende funn være at klientene hadde høyere inntakskåre enn klientene i studien til Hawkins et al. (2004). Begge studier fant en positiv effekt også for klienter med positiv utvikling i tillegg til klienter i fare for et negativt utfall (Harmon et al., 2007; Hawkins et al., 2004). Dette resultatet ble ikke funnet i tre andre studier (Lambert & Shimokawa, 2011). Studier av KOR har bare undersøkt effekten av tilbakemelding til både terapeut og klient og kan derfor ikke si noe om forskjellen mellom disse to betingelsene. Studier av forskjellene avhengig av hvem som mottar tilbakemeldingene kan belyse hva som fører til best effekt ved bruk av KOR. Det er usikkert om KOR fører til endring fordi klienten får et innblikk i egen utvikling, eller om det er terapeutens tilgang på informasjon som er avgjørende. Grunntanken i KOR er derimot at klienten skal være med å bestemme sitt eget behandlingsløp, og det vil dermed være i strid med hensikten å holde informasjon tilbake fra klienten. Uansett kan videre studier avklare om man kan utnytte ORS og SRS på en bedre måte enn man gjør i dag.

Det er undersøkt om effekten av kliniske hjelpemidler sammen med OQ- 45 er bedre enn tilbakemelding alene. Studiene er designet slik at man får et sett av hjelpemidler å velge mellom, når en klient har en negativ utvikling i terapiforløpet. De terapeutiske hjelpemidlene er utformet med grunnlag i funn fra behandlingsforskningen



(Whipple et al., 2003). For klienter med en negativ utvikling øker bruken av kliniske hjelpemidler sjansen for et positivt behandlingsutfall sammenlignet med TAU eller tilbakemelding alene (Harmon et al., 2007; Whipple et al., 2003). Studiene av KOR har et kontinuerlig fokus på alliansen før det har oppstått konflikter eller brudd i alliansen. Dette kan føre til at KOR oppnår signifikant bedring hos klienter med positiv og negativ utvikling i motsetning til enkelte studier på OQ-45. En annen forskjell er at ORS blir skåret i timen sammen med klienten. Det er mulig at ORS fanger opp utfordringer med behandlingsmetoden raskere og bidrar til at terapeuten endrer dette før det blir et problem. Studier av KOR har vist at tilbakemelding har en preventiv effekt på negativ utvikling noe som støtter tanken om tilbakemelding til terapeut og klient er viktig (Anker et al., 2009).

### **Terapeuters behov for tilbakemelding**

Det er et forholdsvis høy antall av klienter som blir dårligere eller ikke blir bedre av behandling for psykiske vansker (Duncan et al., 2010). KOR kan være et virkemiddel man kan bruke for å identifisere de klientene som ikke utvikler seg positivt, samtidig som klientene holdes involvert i utforskningen av nye behandlingsmuligheter sammen med terapeutene (Duncan, 2010). Man kan argumentere med at terapeuter ikke har behov for et hjelpemiddel som KOR da de har god kontroll over hvilke klienter som ikke har en positiv utvikling. Forskning viser at dette ikke stemmer (Sapyta et al., 2005). Det viser seg at terapeuter er dårlige til å identifisere klienter som er i fare for å droppe ut av behandling eller få et negativt utfall. En studie undersøkte om terapeuter kunne identifisere klienter som ikke hadde en positiv utvikling (Hannan et al., 2005). I dette studiet fikk terapeutene vite hvor mange klienter som gjennomsnittlig har et negativt utfall og de var kjent med hypotesen til studiet. På tross av denne

informasjonen klarte terapeutene bare å identifisere 1 av 550 saker med negativt utfall. Det vil si at de ikke identifiserte 39 av 40 saker, mens dataprogrammet som ble brukt som kontroll identifiserte 36 av 40 saker (Hannan et al., 2005). Dette er ikke en utfordring spesielt for psykologer, men et vanlig sosialpsykologisk fenomen hvor man har en tendens til å evaluere seg selv som bedre enn gjennomsnittet. Ved å kontinuerlig overvåke klientens utvikling vil man gi terapeuten et hjelpemiddel som kan hjelpe til å identifisere klientene og dermed redusere antall klienter som ikke oppdages tidlig nok til å gjøre en endring i behandlingsforløpet (Anker et al., 2009; Lambert & Shimokawa, 2011). Innføring av systematisert tilbakemelding vil også øke reliabiliteten og validiteten til klinisk dømmekraft. Terapeuters egen hukommelse og tanker om endring i terapi er ofte positive, men det kan være et resultat av kognitive heuristikker og vanlige hukommelsesprosesser som fører til at man husker det positive (Kazdin, 2008). En oversikt over klienters utfall gjennom årene vil være en sikrere kilde til kunnskap om hva som virker i terapi.

Terapeuters tro på egen klinisk dømmekraft kan føre til motvilje mot å ta i bruk et dataprogram som forteller om man har en god allianse og framgang i terapi. Vurderinger fra andre kan ofte virke som trusler mot terapeutens personlige vurdering av effektivitet. Dette er i strid med meningsfull praksis hvor man er avhengig av en evaluering fra andre om sin egen prestasjon for å kunne utvikle seg. Det kan se ut som at terapeuter vanskelig lærer hvilke signaler som tyder på at klienter er i fare for et negativt utfall, på tross av tilbakemelding. Det kan være et resultat av overoptimisme hos terapeuten og tro på at endring kan forekomme selv ved mindre tilbakefall eller sen endring (Hannan et al., 2005). Det er en fordel for klienten, men negativt i forhold til å identifisere klienter som er i fare for et negativt utfall.

Studier har også vist at terapeuter med middels eller lav effektivitet har bedre effekt av tilbakemelding enn terapeuter som er effektive (Anker et al., 2009). Terapeutene bruker færre timer, har mindre frafall og oppnår signifikant endring med flere klienter. Dette tyder på at terapeuter som er mindre effektive, har mest utbytte av tilbakemelding. Anker et al. (2009) benyttet ti terapeuter i sitt studie og er forsiktig med å tolke resultatene. Det er ønskelig at flere studier undersøker om det blir mindre forskjeller mellom terapeuter etter at tilbakemelding er innført. Det viktigste etter innsamlingen av tilbakemelding er å danne en tilbakemeldingskultur, der klientene opplever at deres mening og vurdering er like viktig som terapeutens. Det er viktig at man ved første kontakt forklarer betydningen av ORS. Dette skal være et mål på hvordan klienten har det i livet sitt og hva han søker hjelp for. Det er viktig at ORS ikke blir et ukentlig mål som svinger med dagliglivets vanlige opp og nedturer, men er et mål på klientens målsetning i terapi (Duncan, 2010). Miller et al. (2007) rapporterer at terapeutene som er blant de 25 prosent beste konsekvent får mindre gode skårer på standardiserte alliansemål. En forklaring på dette kan være at de er troverdige når de forteller at de ønsker oppriktige tilbakemeldinger. Dette fører til at de kan jobbe med mulige problemer og oppnå bedre resultater (Miller et al., 2007).

### **Kan KOR bidra til profesjonell utvikling for terapeuter**

Et mål for tjenestene innen psykisk helsevern burde være å øke kvaliteten på tjenestene for pasientene. Klient- og resultatstyrt praksis undersøker de tre kildene til utvikling som Orlinsky og Rønnestad beskriver. Ved å måle og registrere klientens utfall kan man følge egen karriereutvikling, undersøke om man jobber effektivt, og om man får bedre resultater senere i karrieren. Tilbakemelding er noe som blir gitt oss hele tiden. Klienter prøver å gi det også utenfor de systematiske tilbakemeldingene man ber

dem om. Men selv om vi kan bli ganske gode til å ta imot tilbakemelding, betyr ikke det at man vet hvordan man skal bruke den, eller hvordan man kan utnytte den over tid.

Tvert imot, kan man utvikle vaner som gjør at man unngår å bruke den feedbacken man får. Terapeuter kan bortforklare tilbakemeldingen til ikke å være relevant, eller bli overbevist om at tilbakemeldingene verken er nyttig for klientene eller en selv. Å lære å bruke tilbakemeldingene er noe helt annet enn å bare ta dem imot. Når man blir god til å ta i bruk tilbakemelding, vil man oppleve at man faktisk forbedrer seg, og man opplever en styrket tro på at bruk av feedback er nyttig.

Terapeutens teoretiske bredde kan økes gjennom klient- og resultatstyrt. Ved å vektlegge klientens endringsteori kan man ikke belage seg på å bruke sin favorittmetode, men man må tilpasse terapien til den enkelte klient. Dette er en del av det å integrere sin egen teori og bli sin egen ekspert. Tilbakemelding fra klienter fører til at man får muligheten til å se og høre om egen kontinuerlig opplevde vekst, som er den viktigste faktoren for å oppleve terapeutisk involvering (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Miller et al. (2007) mener at det som skiller seg ut hos de beste terapeutene er deres evne til å samle inn tilbakemelding fra sine klienter. Studier av KOR har antydnet at tilbakemelding i terapi reduserer forskjellen i resultater mellom terapeuter (Anker et al., 2009). Dette tyder på at terapeuter som bruker KOR får en treningseffekt av tilbakemelding som bidrar til bedre resultater. Ved å inkorporere tilbakemelding i sin daglige praksis tvinger man seg selv til å øve på de elementene av psykoterapi man ikke mestrer. Ideen er at man skal trene på det man ikke mestrer helt til man er på et høyt nivå. Får å gjøre dette er man avhengig av tilbakemelding for å avgjøre hva man trenger å trene på. Studier viser at terapeutens basisferdigheter, som alliansedannelse er viktig for klienters bedring i terapi og at det kan være viktigere enn metoden som brukes

(Wampold & Brown, 2005). Terapeuter må kunne mange ulike terapeutiske metoder slik at man har ulike valgmuligheter i møte med klienter. Ved å samle inn informasjon om hva klienten tror er virksomt i terapi, kan terapeuten tilby klienten ulike metoder som kan være virkningsfulle. Gjennom tilbakemelding får man informasjon om metoden har ønsket effekt, eller om det er behov for justeringer. For å utvikle seg må man ta denne informasjonen alvorlig, og justere seg etter den. De beste terapeutene finner nye strategier som kan fungere, istedenfor å bruke tid på det som ikke fungerte (Miller et al., 2007). Dette er det samme som gjøres når man trener for å bli bedre i meningsfull praksis og er i følge Ericsson (2006) den beste måten å bli bedre på.

Det er allerede vanlig praksis at psykologer får veiledning av en spesialist. Det er en forutsetning for meningsfull praksis og profesjonell utvikling. Forskning har vist at veiledere holder tilbake informasjon som de vet er viktig for elevens utvikling fordi det er ubehagelig å ta opp enkelte tema (Reichelt et al., 2009). I en klinikk hvor tilbakemelding er etablert som et positivt hjelpemiddel, og noe som hjelper både klient og terapeut, kan tilbakemeldingen brukes til å forbedre veiledningen. Hvis terapeuter er komfortable med å få tilbakemeldinger daglig vil det ikke være like utfordrende å motta dette i veiledning.

### **Hva er virksomt med tilbakemelding i terapi**

Det gjenstår å vise hvilke faktorer ved tilbakemelding som fører til bedre effekt i Klient- og resultatstyrt praksis. Med den betydningen allianse er tillagt, kan det være at alliansen mellom klient og terapeut er underliggende for endring, og at klientens tilbakemelding ikke har betydning for endringen, men for at problemer oppdages. Reese et al. (2010) argumenterer for at SRS har sin virkning ved at klientene opplever at

terapeuten verdsetter deres mening, og at selve skårene er mindre viktig. Man kan argumentere for at man uten tilbakemelding ikke ville oppdaget sakene som er i fare for å oppnå et negativt resultat, og at tilbakemelding dermed er avgjørende for utfallet, selv om alliansen har stor effekt. Duncan et al. (2010) foreslår i tråd med dette resonnementet tilbakemelding som en fellesfaktor.

Tilbakemelding fungerer uavhengig av metode og teoretisk bakgrunn og viser god effekt både i individuell terapi og parterapi. Den gir signifikante resultater uavhengig om man gir tilbakemeldingen bare til terapeut eller til både klient og terapeut. Det er også vanlig med uformell tilbakemelding i de fleste kognitive tradisjoner i dag, selv om den ikke er systematisert. Anker et al. (2009) fant at ni av ti terapeuter allerede brukte tilbakemelding muntlig og spurte om alliansen og fremgang i timen. Forskning har i midlertidig vist at effekten av tilbakemelding blir bedre, hvis tilbakemeldingene blir innsamlet systematisk og registrert (Duncan & Sparks, 2008; Sapyta et al., 2005).

Det er uklart hvor ønskelig det er å dele progresjonstilbakemelding med klientene. I KOR og PCOMS samles progresjons- og relasjons-data kontinuerlig i timen og deles med klientene. Siden begge elementene er en del av timen, er det usikkert hvilket av elementene som har effekt på endring (Lambert & Shimokawa, 2011). I studier på OQ- 45 har man undersøkt effekten av tilbakemelding til klient og terapeut og tilbakemelding til terapeut alene. Man burde undersøke effekten av dette også med KOR for å få et bedre innblikk i hva som fører til endring. Resultater tyder på at tilbakemelding er nyttig for de fleste terapeuter og klienter og at det er et verktøy man burde ta i bruk.

### **Fremtidig forskning**

Det er ikke utført randomiserte studier av bruken av KOR i settinger med klienter som lider av mer alvorlige diagnoser. De fleste studier av KOR har sett på klienter i universitetsklinikker eller familieklinikker hvor klientgruppen ikke har hatt alvorlige psykiske vansker. Det vil være interessant å undersøke om bruk av KOR gir gode resultater med klienter som lider av schizofreni, bipolar lidelse eller personlighetsforstyrrelser. Et mål for videre forskning kan være å implementere KOR i en døgnenhet med et bredt spekter av diagnoser for å se om det har noen effekt på behandlingstid, utfall og klientens følelse av brukermedvirkning gjennom et randomisert studie.

Kommunale tjenester har forsøkt KOR med gode resultater. Dette burde følges opp med studier som er designet for å sammenligne kommuner som har implementert KOR og kommuner som ikke bruker KOR. Man har også muligheten til å observere resultatene i en klinikk ett år før man implementerer KOR og sammenligne resultatene før og etter innføringen. Da kan man kontrollere for eventuelle forskjeller mellom terapeuter fra de ulike kommunene som en faktor for ulike resultater. Fremtidige studier kan se på forskjellen mellom å bruke KOR hver time eller hver tredje time. Det kan være at et større tidsrom mellom hver måling vil gi klienten mer tid til å tenke over egne endringer.

Det er utført en metaanalyse som sammenligner effekten av de ulike tilbakemeldingsmetodene. Et problem er at det ikke er utført mange studier på KOR og at sammenligningsgrunnlaget dermed blir lite. Etersom det blir utført mer forskning på KOR kan metaanalyse undersøke om tilbakemelding har like god effekt som vist til nå.

Det er ingen studier som har forsøkt å kontrollere måten KOR blir brukt på av den enkelte terapeut. En kvalitativ studie som undersøker terapeuters opplevelse av KOR, kan bidra til en bedre forståelse av hvordan KOR brukes i terapitimene. Studier av klienters vurdering av KOR vil bidra til å avklare om de mener at brukerperspektivet er i fokus. Dette har ikke blitt ivaretatt på en tilfredsstillende måte under opptrappingsplanen for psykisk helse (E. Larsen et al., 2006).

Validering av SRS V.3 er et område som behøver mer forskning. SRS V.3 korrelerer med WAI, men man har ikke klart å finne korrelasjoner mellom subskalaene i WAI og SRS. Denne mangelen på spesifisitet kan skyldes at SRS måler et generelt alliansebegrep som sier at alliansen er god eller dårlig, men ikke sier noe om hva som fører til god eller dårlig allianse. Sammenlignet med WAI og andre alliansemål er SRS enkel og rask å gjennomføre og burde derfor vurderes som et alliansemål. En av de viktigste egenskapene til instrumentet er gjennomførbarhet, slik at det blir brukt daglig med klienter. Fremtidige studier kan undersøke betingelser som bare benytter SRS sammenlignet med bruk av ORS og SRS og bruk av ORS alene. Man vil da skulle ut alliansefaktoren fra tilbakemelding på utfall og undersøke hvorfor KOR gir ulike resultater fra OQ-45. Hvis effekten ved bruk av ORS alene ikke oppnår de samme resultatene, er det nyttig å måle allianse kontinuerlig.

Fremtidige studier kan også undersøke om sosial ønskerdighet og kravkarakteristika påvirker resultatet av bruk av KOR. Reese et al. (2010) foreslår at dette kan gjøres med tre randomiserte betingelser. En betingelse kan bruke PCOMS som vanlig, den andre betingelsen kan fullføre SRS uten terapeuten til stede, men gi terapeuten tilgang til resultatet, og den tredje betingelsen kan utføre SRS uten at terapeuten har tilgang til resultatet (Reese et al., 2010).



### **Konklusjon**

Forskning innenfor klient og resultatstyrt praksis med bruk av tilbakemelding i terapi har vist robuste resultater. Ekspertiseforskning tyder på at bruk av tilbakemelding, og refleksjon over resultater, kan føre til at terapeuter får mer utbytte av terapeutisk praksis og utøver bedre terapi. Likevel er dette et relativt nytt forskningsfelt som har behov for videre undersøkelser. Det finnes bare tre studier som tilfredstiller kravene for god vitenskapelig metode (Lambert & Shimokawa, 2011). Klient og resultatstyrt praksis er et spennende forskningsfelt som kan føre til bedre betingelser for klienter i psykisk helsevern. Videre studier vil vise hvor god effekt tilbakemelding har og om de foreløpig oppløftende resultatene vil bestå. Klient og resultatstyrt praksis har nylig blitt godkjent som beste praksis av APA, noe som er et stempel på metodens kvaliteter. Dette kan føre til at flere enheter innfører systemet og at det generes mer forskning. Videre blir det en utfordring for KOR å beholde sin uavhengighet til metoder og teorier og ikke bli en egen metode som innføres på bekostning av noe annet.

**Referanseliste.**

- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where??? are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251–257. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.251
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence- Based Practice, . (2006). Evidence-based practice in psychology. *American psychologist, 61*, 271–285.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*, 693–704.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389–406). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*, 441-449.
- Clement, P. W. (1994). Qualitative evaluation of 26 years of private practice. *Professional psychology: Research and practice, 25*, 173–176.
- Colvin, G. (2008). *Talent is overrated : what really separates world-class performers from everybody else*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Cukrowicz, K. C., Timmons, K. A., Sawyer, K., Caron, K. M., Gummelt, H. D., & Joiner, T. E. Jr. (2011). Improved treatment outcome associated with shift to empirically supported treatments in an outpatient clinic is maintained over a ten-year period. *Professional psychology: Research and practice, 42*, 145–152.

- Dawes, R. M. (1994). *House of cards: Psychology and Psychotherapy built on myth*. New York: Free Press.
- Duncan, B. L. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington DC, US: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). *The Heroic Client: Doing Client- Directed, outcome-Informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of brief therapy, 3*, 3–12.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change. Delivering what works* (Vol. 2). Washington DC: American psychological assosiation.
- Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2008). *I fellesskap for endring : en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis* (O. Ystanes, T. Fjedstad & A. G. Tuseth, Trans.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Duncan, B. L., Sparks, J. A., Miller, S. D., Bohanske, R. T., & Claud, D. A. (2006). Giving youth a voice: A preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measure for children, adolescents, and caretakers. *Journal of brief therapy, 5*, 71–88.
- Dunckle, H. J., & Friedlander, L. M. . (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 456–460.
- Ericsson, A. K. (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ericsson, A. K. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview *Academic emergency medicine, 15*, 988–994.
- Ericsson, A. K., Krampe, R. T., & Tesch-Rømer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review, 100*, 363–406.

- Goldfried, M. R., & Vila, J. D. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*, 421–430.
- Halvorsen, P. (2013, 27.02.13). Fire av fem får det bedre med familiehjelpe.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. M., Shimokawa, K., & Scott, W. S. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 155–163.
- Harmon, C. S., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy research*, *17*, 379–392.
- Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermersch, D. A., Slade, K., & Tuttle, K. (2004). The effects of providing patient progress information to therapist and patients. *Psychotherapy research*, *14*, 308–327.
- Høstmælingen, A (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *47*, 930–936.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *1*, 138–155. doi: 10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. B. S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)* (pp. 19–71). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence based treatment and practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, *63*, 146–159.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, *48*(1), 72–79. doi: 10.1037/a0022238
- Larsen, B. I., & Andersen, A. J. (2011). Hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *8*, 120–131.

- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). Plan for brukervedvirkning : mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen (pp. 44 s.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251– 255.
- Lov om Pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), lov av 2. Juli 1999. Nr. 63
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 21–25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, G. S., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of brief therapy, 5*.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. . (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief therapy, 2*, 91–101.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Wiley interscience, 61*, 199–208.  
doi:10.1002/jclp.20111
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1999). *The Heart & soul of change : what works in therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (2007). Supershrinks: Who are they? What can we learn from them? *Psychotherapy Networker, 11*, 40–51.
- Nandagopal, K., & Ericsson, A. K. . (2012). Enhancing students` performance in traditional education: Implications from the expert performance approach and deliberate practice. In K. R. Harris, Graham, S., Urdan, T. (Ed.), *APA educational handbook: Theories, constructs, and critical issues* (Vol. 1). Florida: APA.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd ed.)* (pp. 113–141). Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*, 4–8.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*, 1127–1128.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, H. M. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington DC: American psychological association.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 418–431. doi: 10.1037/a0017901
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., Toland, M. D., & Slone, N. C. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy theory, research, practice, training, 47*, 616–630.
- Reichert, S., Gullestad, S. E., Hansen, B. R., Rønnestad, H. M., Torgersen, A. M., Jacobsen, C. H., . . . Skjerve, J. (2009). Nondisclosure in psychotherapy group supervision: The supervisee perspective. *Nordic Psychology, 61*, 5- 27.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, reasearch, and practice. *Wiley interscience, 61*, 145–153.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist, 65*, 98–109.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, H. M., & Jennings, L. (1997). Searching for expertise in counseling, psychotherapy, and professional psychology. *Educational psychology review, 9*, 361–370.
- Smith, L. M., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist, 9*, 752–760.
- Stiles, W. B., & Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 3– 12.

- Ulvestad, K. A., Henriksen, A. K., Tuseth, A. G., & Fjedstad, T. (Eds.). (2007). *Klienten - Den glemte terapeut*. Norge, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating therapist in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*, 914– 923.
- Wampold, B. E., Mondina, W. M., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological bulletin, 122*, 203–215.
- Wells, G. M., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag, M. J., & Hope, C. A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: development of the outcome questionnaire and youth outcome questionnaire *Psychotherapy, 33*, 275–283.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermersch, D. A., Smart, D. M., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: the use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 59–68.

## Appendix

### Oversikt over skjemaene i Klient- og resultatstyrt praksis

- Outcome Rating Scale (ORS)

Skjemaet måler utfall i terapi og administreres i begynnelsen av timen. Klienten fyller ut skjemaet i begynnelsen av timen. Terapeuten skårer skjemaet å går gjennom resultatet sammen med klienten

- Session Rating Scale (SRS)

Skjemaet måler kvaliteten på alliansen og administreres når terapien er ferdig. Terapeuten gjennomgår skjemaet sammen med klienten og tar opp eventuelle problemer.

- Child Outcome Rating Scale (CORS)

Skjemaet måler utfall i terapi for barn mellom 6 og 12 år. Skjemaet administreres i begynnelsen av timen og klienten skårer skjemaet sammen med klienten.

- Partners for Change Outcome management system (PCOMS)

Det webbaserte systemet som brukes for å registrere ORS, CORS og SRS skåre.

Systemet viser klientens utvikling sammenlignet med statistisk beregnet utviklingskurve for klienter.