

Tilbakemeldingssystemer

## Psykologen trenger hjelp

Kristian Rognstad

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregionen Øst og Sør (RBUP)

Cilje Sunde Rolfsfjord

Anne-Stine Meltzer

klinikkssjef, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Nic Waals Institutt,

Simon-Peter Neumer

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)

simon-peter.neumer@r-bup.no

John Kjøbli

forsker og seksjonsleder, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregionen Øst og Sør (RBUP) og Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo

Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregionen Øst og Sør (RBUP) og Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo

Tror man at hensikten med tilbakemeldingssystemer er å avdekke kausalitet, er det forståelig at man avfeier det.

I septemberutgaven av Psykologtidsskriftet tegnes et mørkt bilde av tilbakemeldingssystemer (TMS) i psykisk helsevern (Langkaas, 2020). Vi deler synet på at man ikke kan trekke klare slutninger om behandlingens virkning kun basert på endringer i enkeltpasientens tilstand, men ønsker å korrigere at dette «sviktende premisset» ligger til grunn for TMS. Tror man at evnen til å avdekke kausalitet er premisset TMS hviler på, så er det forståelig at man avfeier det. Slik er det imidlertid ikke.

Nytten kommer ikke av muligheten for «den enkelte kliniker å fange opp hvordan behandling faktisk virker» (Langkaas, 2020). Denne misforståelsen blir dessverre gjentatt i tidsskriftet; Søvik (2019) skriver for eksempel om «Grafer og piler som alt sammen skal illustrere om vi har gjort jobben vår eller ikke». Disse systemene er dårlig egnet til å fortelle om terapeuten har gjort jobben sin eller om behandlingens nytte.

### *Når man ber terapeuter selv vurdere, har nærmest ingen av deres pasienter negativ utvikling*

Det er fortsatt slik at ikke alle pasienter blir bedre i løpet av behandlingstiden. En betydelig andel pasienter rapporterer ingen forbedring eller økte symptomer etter endt behandling (Hannan et al., 2005). Dette må forklares av en kombinasjon av faktorer, og kan ikke sidestilles med at terapeuten ikke har gjort en god jobb.

Samtidig klarer ikke terapeutene nødvendigvis å identifisere hvilke pasienter som blir bedre eller dårligere underveis i behandlingsforløpet. Når man ber terapeuter selv vurdere, har nærmest ingen av deres pasienter negativ utvikling (Hannan et al., 2005). Selv om vi ikke nødvendigvis vet hvorfor, bør vi forsøke å finne ut når pasienter ikke opplever positiv endring. Fortløpende, standardisert informasjon fra pasienten kan gi en pekepinn om dette, og, sammen med andre informasjonskilder,

brukes som grunnlag for å endre behandlingsplaner. Annen tilgjengelig informasjon som observasjon eller pasientsamtaler kan heller ikke forklare årsakssammenheng, og mangler kontrollbetingelsen Langkaas etterlyser.

Langkaas henviser til en forskningsoppsummering (Kendrick et al., 2016) og tolker noe feilaktig denne dit hen at TMS ikke har noe for seg. På tvers av 17 identifiserte studier finner de riktignok ikke noen klar sammenheng mellom tilstedeværelsen av TMS og behandlingseffekt for den generelle pasientpopulasjonen, men flere andre metaanalyser kommer til motsatt konklusjon (Lambert, 2003; Knaup, 2009; Shimokawa, 2010). Også i Kendrick et al. (2016) ser man at det for gruppen «not-on-track»-pasienter er positive effekter. Det er denne gruppen, som karakteriseres av en mangel på endring eller negativ endring i behandlingsforløpet, man forventer å hjelpe ved bruk av TMS. Systematiske tilbakemeldinger kan gi et varsko til terapeuten om at utviklingen ikke går i riktig retning, og bidra til å endre behandlingstilnærmingen ved behov. Resultatene forbedres altså for gruppen vi normalt sett lykkes dårligst med å hjelpe. En tendens er at «not-on-track»-pasientene får noe lengre behandling, og de øvrige noe kortere, ved bruk av TMS (Kendrick et al., 2016). Det er fornuftige prioriteringer for helsevesenet at pasienter som har blitt bra, ikke gis samme mengde behandling som de som fortsatt har behov for hjelp, uavhengig av om det er behandlingen eller spontan remisjon som egentlig forårsaker endringen.

Snarere enn å konkludere med at TMS ikke er effektivt, så forteller Kendrick et al. (2016) oss at det per nå er usikkert. Flere forskningsprosjekter har likevel funnet effekter, også med effektstørrelser i samme området som forskning på andre «evidensbaserte tiltak» (f.eks. Amble et al., 2014). Når man leser forskningsoppsummeringer, er det også viktig å påpeke at inkluderte studier er av forskjellig karakter og kvalitet. Forfatterne diskuterer at effektene var høyere der terapeutene forpliktet seg til å bruke tilbakemeldingene, selv ønsket å motta dem, eller frivillig kunne velge å delta (Kendrick et al., 2016). Dette leder oss til en svært lite kontroversiell påstand: Hvis noe skal fungere, må det tas i bruk.

Et tilbakemeldingssystem er en indikator på pasientens utvikling på forhåpentligvis relevante mål. Det gir en ekstra mulighet for pasienter til å ytre seg om behandling og tilstand, en brukermedvirkning satt i system. Ny forskning på terapi med ungdom i Norge tyder på at TMS kan øke deltakelse i terapi og opplevelsen av kontroll over psykisk helse og terapeutiske intervensjoner (Tollefsen et al., 2020). Langkaas peker på noe viktig ved sin grundige beskrivelse av tilfeller der endring ikke er synonymt med effekt, men informasjon om endring eller mangel på endring bør uansett være relevant for behandleren.

## Referanser

- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B.J., & Wampold, B.E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 25(6), 669 - 677. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.928756>
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155 - 163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., ... & Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011119.pub2>

- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 15 - 22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(3), 288 - 301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Langkaas, T.F. (2020). Virker det nå? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 666 - 672.
- Shimokawa K., Lambert, M.J., & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Søvik, A. (2019). Verdien av å prøve seg frem. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(12), 942 - 943.
- Tollefsen, T., Neumer, S., & Berg-Nielsen, T.S. (2020). «What matters to you?»: A randomized controlled effectiveness trial, Using Systematic Idiographic Assessment as an intervention to Increase Adolescents' perceived control of their mental health. *Journal of Adolescence* 78, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.11.006>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., Lambert, M.J. (2012). An investigation of the self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639 - 644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>