

# Erfaringer ved bruk av feedbackverktøy

Annette Wolf El-Agroudi  
Blå Kors Borgestadklinikken  
annette.el-agroudi@borgestadklinikken.no

**Bruk av feedbackverktøy i klinikk styrker pasientmedvirkning og effekt av behandling. I denne artikkelen vil jeg dele våre erfaringer fra Blå Kors Borgestadklinikken.**

I dette essayet ønsker jeg å dele våre erfaringer ved praktisk implementering av Partner for Change Outcome Management System, PCOMS, på rus og avhengighetspoliklinikken ved Blå Kors Borgestadklinikken. Jeg ønsker å vise hvordan vi bruker systemet på en enkel og nyttig måte ved å ta for meg eksempler fra pasientforløp. Jeg vil gi en presentasjon av hvordan vi har gjort feedbackverktøy kompatibelt med pakkeforløp, samt av noen dilemmaer og utfordringer ved bruken av PCOMS.

Blå Kors Borgestadklinikken har to avdelinger i Skien i Telemark. Klinikken tilbyr behandling både poliklinisk og inneliggende på forskjellige avdelinger. Målgruppen er pasienter med skadelig bruk eller avhengighet til illegale stoffer, alkohol og medikamenter. Vi har også samtaletilbud til pårørende til mennesker med rusproblematikk, samt at vi behandler pasienter med spilleavhengighetsproblematikk.

Vi er en liten klinikk som samarbeider med de offentlige sykehusene som en del av spesialisthelsetjenesten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Jeg har brukt PCOMS siden 2009 i alle mine pasientbehandlinger. Altfor ofte har jeg opplevd at behandlere ikke bruker feedbackverktøy systematisk. Min opplevelse er at mye viktig informasjon om pasientens egne tanker rundt behandlingsprosessen kan gå tapt uten slike kontinuerlige prosessevalueringer. Å måle effekten av behandlingen uten feedbackverktøy blir fort komplisert og subjektivt. En jevnlig feedbackmåling har gjort meg ydmyk overfor pasientens vurderinger. Slik blir jeg en veileder i pasientens behandling og unngår å styre behandlingsforløpet forbi pasientens opplevelse.

Jeg har utdannet meg videre til «trener for trenere» med kurs i PCOMS, og jeg er aktiv i nettverk for feedbackverktøy ved TSB kompetansesenter ved Universitetet i Oslo. Jeg har veiledet vår poliklinikk med PCOMS siden 2012.

Klientorientert og resultatstyrt måleverktøy (KOR) ble utviklet av Miller og Duncan på 90-tallet. Duncan utviklet måleverktøyet videre til evidensbasert praksis i den kliniske prosessen. PCOMS med bruken av outcome rating scale (ORS) og session rating scale (SRS) ble utarbeidet og standardisert for bruk i manualen «The heroic client» (Duncan et al., 2004). Manualen finnes også i en norsk oversettelse (Duncan, 2010/2012).

Effekten av PCOMS for behandling kan støtte seg på ni randomiserte kontrollerte studier (omtalt i Duncan & Reese, 2015), hvorav to ble gjennomført i Norge (Anker et al., 2009; Brattland et al., 2018). Generelt vises det i studier at ved bruk av feedbackverktøy vil pasienten ha bedre nytte av behandling, og det øker sannsynligheten for positivt utbytte (Arnevik, 2016; Lambert, 2010).

Innsamling av tilbakemeldinger for hver behandlingstime gjør at behandlingsløpet kan tilpasses den enkelte pasienten mer individuelt, samt at arbeidsalliansen tydeliggjøres. Det er også et nyttig verktøy for utvikling av terapeutferdigheter (Orlinsky & Rønnestad et al., 2005).

PCOMS, som flere andre digitale feedbacksystemer, er teoriuavhengig. Feedbacksystemene kan brukes i alle typer behandlingsformer og modeller. PCOMS er orientert mot pasienter som individer, men kan også brukes i gruppeterapi og familiesettinger. Denne digitale løsningen for

KOR feedbackskalaer er i stadig utvikling, og statistiske data i programmet kan gi detaljerte data om behandlingsprosessen i pasientpopulasjonen på avdelingen eller i klinikken. Det gir muligheten til å følge opp enkelte pasientforløp, evaluere klinikkens behandlingstilbud samt at terapeuter får en oversikt over oppnådde mål i behandlingene.

*«Krypdyr profilen» illustrerer utfordringer vi noen ganger kan ha med å holde fokus på mål-settingen for behandlingen*

## Vurderinger av behandlingen og av alliansen

Feedbackverktøyet PCOMS består av fire spørsmål for monitorering av endringsprosessen i løpet av behandlingen (outcome-rating scale, ORS) og fire spørsmål som omhandler den terapeutiske alliansen (session-rating scale, SRS). Skårene registreres digitalt via nettbrett/iPad. I begynnelsen av behandlingstimen legger pasienten inn sine ORS-skårer på fire skalaer:

- 1 *Hvordan har du det med deg selv med tanke på hovedproblemet du søker hjelp for? (personlig)*
- 2 *Hvordan har du det med dine nærmeste med tanke på problemet du søker hjelp for? (mellommenneskelig)*
- 3 *Hvordan har du det i jobb og fritid, relatert til henvisningsgrunn? (sosialt)*
- 4 *Alt i alt? (generelt, hvordan livet ditt er med tanke på problemstillingen)*

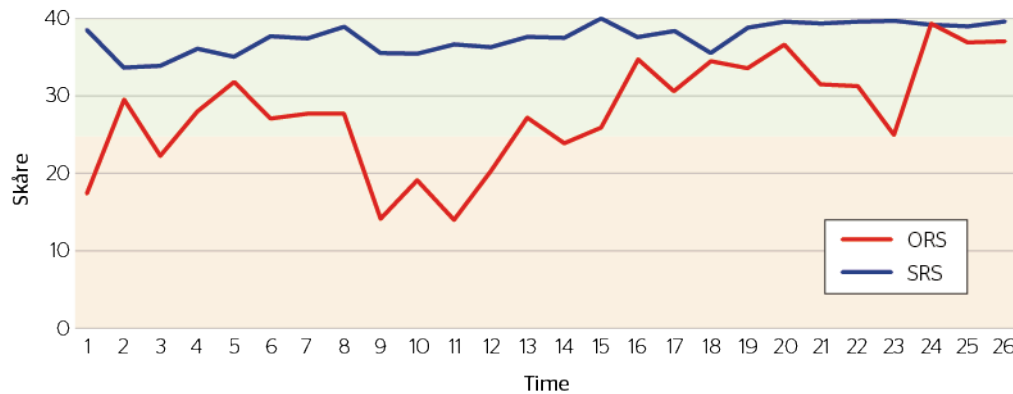
På slutten av hver behandlingstime legger pasienten inn sine skårer for SRS:

- 1 *Har du følt deg sett og hørt i denne behandlingstimen? (relasjonen)*
- 2 *Var det viktig det vi snakket om i dag for å komme nærmere en løsning? (mål og tema, også i forhold til behandlingsplanen)*
- 3 *Var fremgangsmåten/metoden vi brukte i dag passende for deg? (tilnærming eller metode)*
- 4 *Generelt? (opplevelsen – nyttig eller ikke nyttig i forhold til målsettingen i behandlingen)*

Pasientene skårer for ORS og SRS for hvert oppmøte. Skalaene for alle spørsmålene går fra 0 til 10, som gir fire råskårer på disse fire dimensjonene, samt en samlet ORS-skår for opplevd livskvalitet i forhold til behandlingsmålet. På samme måte får man fire råskårer på de fire dimensjonene for SRS, samt en samlet skår for opplevelsen av aktuelle behandlingstimer. Begge sumskårene blir plottet inn som punkt i en visuell fremstilling av forløpet.

## Ulike forløp

I det følgende illustreres hvordan ulike pasientforløp kan se ut i klinisk praksis:



**FIGUR 1** Pasient med rusavhengighetslidelse

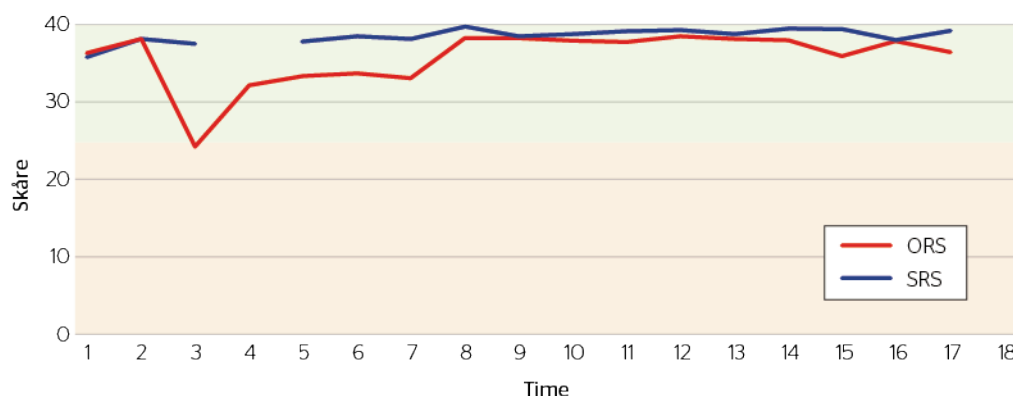
IT-systemet for PCOMS viser grafen for behandlingsendring (ORS) med en rød linje og utviklingen av den terapeutiske alliansen (SRS) i en blå linje.

Sumskår fra 0 til 25 for ORS indikerer behandlingsbehov og er markert som rødt område i figuren. Når sumskåren for ORS øker og den røde linjen peker oppover, betyr dette at pasienten opplever positiv endring i forhold til terapimål. Når samlet skår for ORS går nedover og den røde kurven daler, er det viktig å snakke med pasienten om det som gjør at det skjer en negativ utvikling i behandlingsforløpet.

Figur 1 viser en sikk-sakk-kurve som er typisk for pasienter med rusavhengighet. I rusfrie perioder går den røde linjen opp, mens den faller og går ned i perioder med tilbakefall til rus.

Vi ser her at det er en positiv endring i ORS-kurven over de fire første behandlingstimen. En slik positiv utvikling i begynnelsen av behandlingen vil som regel gi en god prognose for det videre behandlingsforløpet (Howard et al., 1986). Prognosen viser seg å være riktig i dette tilfellet, da pasienten etter time 15 opplever samlet sett bedre livskvalitet (rød linje peker opp) og pasienten bruker mindre rus.

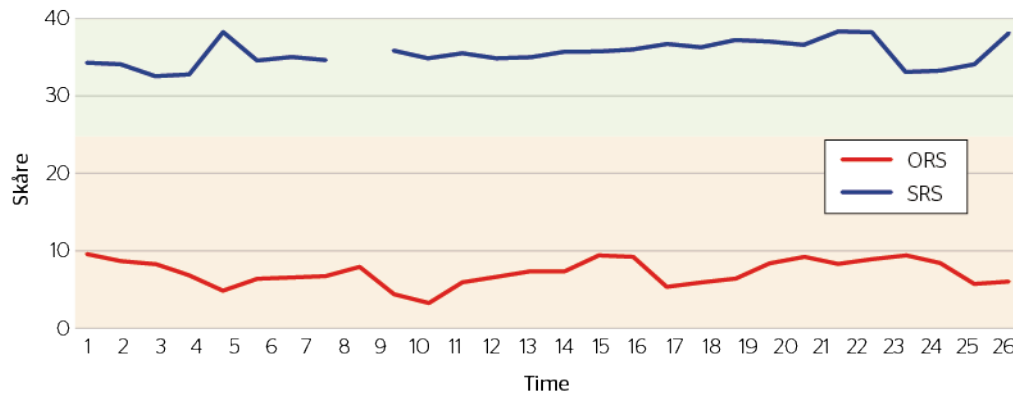
Den blå kurven er i dette tilfellet mer varierende. Motivasjon for å fortsette behandling kan droppe fort når det skjer tilbakefall til rus. Det er viktig å ha kontinuerlig dialog med særlig ruspasienter om behandlingsmålsetting og hvordan det går med pasienten i behandlingen, noe feedbackverktøyet kan bistå i.



**FIGUR 2** Takknemlighetskurven

Vi opplever ofte at pasienter som raskt har klart å bli rusfrie, gir svært høye skårer for livskvalitet (ORS). Ofte er dette uttrykk for gleden av å ha blitt rusfri og reflekterer ikke hele realiteten og

livssituasjonen pasienten er i. Den blå kurven for terapeutisk allianse (SRS) beveger seg også svært høyt (se figur 2), og er uttrykk for at pasienten er fornøyd med sin behandler. At slike pasienter skårer kunstig høyt både for ORS og SRS, kan vi møte i samtalen med en anerkjennelse for at pasienten har klart å bli rusfri. Vi kan glede oss sammen med pasienten over mål som allerede har blitt oppnådd, for så å snakke om veien videre i behandlingen og hvilke forebyggende områder vi skal ha fokus på i fremtidige behandlingsmål.



**FIGUR 3** «Krypdyr-profil» – når vi ikke måler det vi skal, eller når behandlingen ikke virker

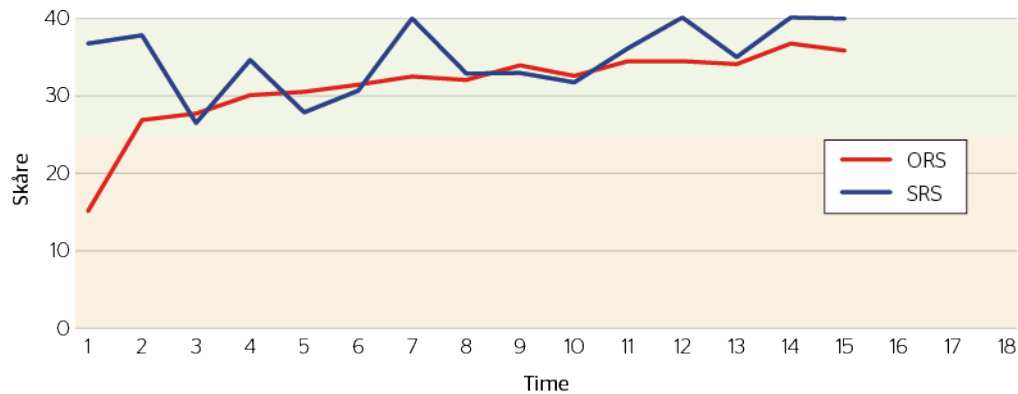
Her holder den røde endringskurven seg på et jevnt lavt nivå, samtidig som den blå kurven holder seg rundt cut-off for SRS (SCC på 38).

«Krypdyrprofilen» illustrerer utfordringer vi noen ganger kan ha med å holde fokus på målsettingen for behandlingen. Når vi spør disse pasientene om hva det er de tenker på når de fyller ut ORS, gir disse ofte uttrykk for at de har veldig lite energi i livet generelt. Siden vi har en del pasienter som har opplevd alvorlig omsorgssvikt og samtidig sliter med pågående rusproblematikk, kan vi hypotisere at disse pasientene har vansker med endringer i livet grunnet lite krefter til gjennomføring av endringsprosjektet i behandlingen. Endringen kan også ta svært lang tid, slik at den inntreffer først en stund etter avsluttet behandling. Pasienten kan også holde skårene på et lavt nivå for å gi uttrykk for behandlingsbehovet. De kan med andre ord bli redde for at et behandlingsforløp skal bli avsluttet mot deres vilje.

Pasienten kan gå lenge i behandling og møte regelmessig til timene. Samtalenes kvalitet gir inntrykk av at pasienten har glede og nytte av tilbudet. Men SRS-skårene er ikke høyere enn at de ligger rundt cut-off, noe som kan tyde på at pasienten ikke er fornøyd med behandlingen likevel. Denne informasjonen ville man ikke fått tilgang til uten grafisk abstraksjon i et slikt bilde, og den gir terapeuten en fin mulighet til å ta opp viktige temaer som behandlingsmål og forventningene en har til en terapeutisk prosess.

Det kan også tenkes at feedbackverktøyet har sine begrensninger når evnen til å kjenne etter hvordan en har det, er svekket hos pasienten. Pasienter med sammensatte psykiske lidelser vil noen ganger ikke klare å samle motstridende følelser og tanker i en samlet skår på endringskurven sin. Viktige tema i den terapeutiske alliansen mellom pasient og terapeut kommer da ikke til syne i profilen.

Terapeuter som arbeider med slike pasienter, vil ofte ha stor nytte av veiledningssamtaler med utgangspunkt i feedbackresultatene for å få opp motet til å ta en avklarende samtale med pasienten.



FIGUR 4 Innsikter i egen behandling

I dette bildet beveger endringskurven seg oppover, og pasienten når målet sitt. Den blå kurven indikerer at pasienten gir detaljert informasjon om egne opplevelser ved slutten av hver behandlingstime. Slike profiler ser vi gjerne når vi bruker intensive, psykoterapeutiske metoder, som eksempelvis EMDR og ISTDP eller eksponering innen KAT.

Pasientene angir en lavere skår for terapeutisk relasjon når det kjennes tungt etter en behandlingstime, hvor intense og eller nye behandlingstilnærminger har blitt brukt. Når terapeutisk arbeid gir positive følelser, som eksempelvis en lettelse i kroppen, skårer pasientene høyt for SRS etter denne behandlingstimen. SRS-skårene kan altså gi muligheten for detaljert og spesifikk feedback på bestemte behandlingsmetoder.

Kurvene gir terapeuten en gylden mulighet til å kunne snakke med pasienten om behandlingsprosessen. Pasienter kan i samtalen uttrykke hva kurvene betyr for en selv, den gir et bilde av pasientens tolkning av behandlingsforløpet samt av hvordan de opplever den terapeutiske alliansen. Vi opplever at PCOMS på denne måten bidrar til aktiv ivaretagning av brukermedvirkning. Det gir oss behandlere en større trygghet når vi til pasientens opplevelse av behandlingen supplerer med vår fagkunnskap. Kurvene fungerer som et kompass som hjelper oss til å skreddersy kompetansen vår til den enkelte pasienten. Da dette feedbackverktøyet er ressursorientert og fokuserer på genuine løsningsmuligheter som den enkelte pasienten har, bidrar PCOMS til å vitalisere bruken av feedbackverktøy i det kliniske arbeidet.

## Å bli en bedre terapeut

For at kunnskapen som ligger i abstrakte kurver skal gi mening i behandlingen av sammensatte lidelser, trenger vi veiledning. Veiledning på PCOMS utfordrer den direkte dialogen om skåringer og hva disse betyr for den enkelte pasienten. Ved implementering av feedbackverktøy er jevnlig veiledning en viktig nøkkel for å lykkes.

I veiledningen med PCOMS legger vi vekt på å skape et klima hvor det er lett å lære av hverandre. Vi henter ut noen grunnleggende prinsipper fra «reflekterende team» (Andersen, 1987) til hjelp i dette. Å respektere den enkeltes og andres mening, anerkjenne krevende situasjoner og å gi ros for alt som skjer som er bra, står sentralt. Med undring reflekterer vi over hva som kan gjøres annerledes, når strategien så langt ikke har ført til positiv endring. Vi anerkjenner også pasientens vanskelige situasjon, som vi studerer i mangfoldige kurveformasjoner, og vi undrer oss sammen over hvordan vi kan forstå og hjelpe pasienten på en bedre måte.

Manualen har lært oss å gå direkte til sakens kjerne i PCOMS. Hva mener pasienten og terapeuten om hva det betyr og hva som er årsak til det, når den røde kurven peker opp eller ned? På den måten drukner vi ikke i anekdotiske pasienthistorier, som kan bli nokså problemfokuserete. En negativ utvikling av endringskurven er et varseltegn og forplikter behandlere til å ta kurven opp i veiledningen. På den andre siden kan et positivt forløp i behandlingen komme tydeligere frem ved bruk av grafiske kurvebilder enn ved verbal fremstilling av behandlingsforløpet.

Ved å abstrahere behandlingsforløpet og utvikling av den terapeutiske relasjonen gjennom bruken av feedbackverktøyet kan vi se behandlingen utenfra. Vi får på denne måten mange forfriskende diskusjoner rundt både metodiske grep og våre terapeutiske ferdigheter, og på den andre siden et fokus på hva som fører til endring.

Hos oss bruker vi korte rollespill og videoklipp for å oppleve in vivo-bruken av PCOMS. Slike metoder bidrar til at det blir lettere for behandleren å se pasienten innenfra, noe som utløser nye løsningsforslag for det videre endringsforløpet.

Veilederen må ha veilederkompetanse, men denne kompetansen utvikler seg underveis med kontinuerlig feedback fra deltakerne i veiledergruppen. Vi bruker PCOMS i vår egen veiledning.

## Feedbackverktøy og pakkeforløp – en tospråklig dans

Som behandler må vi lære å være tolk overfor pasienten for å gjøre ytre krav og rammer forståelige.

Omvendt bør informasjonen også tolkes oppover til ledelsen om hva pasientene mener og trenger, for å kunne tilpasse regelverket der det blir for rigid.

Alle som lærer seg et nytt språk og som prøver å snakke to språk samtidig, vet hvor vanskelig og komplekst dette kan være. Veiledningen hjelper når vi prøver å forstå nytten av både feedbackverktøy og pakkeforløp i pasientbehandlingen.

PCOMS er en rød tråd, et kompass i behandlingen, for at ikke pasienten skal miste interessen for seg selv og motivasjonen i sin egen behandling. Imidlertid er det viktig å huske at PCOMS er et feedbackverktøy og ikke et kvalitetsmål eller pasientregister.

Etter at pakkeforløpet kom i 2019, pålegger behandlingsretningslinjer i TSB rusbehandlingsinstitusjoner å bruke feedbackverktøy i behandlingen (Helsedirektoratet, 2018).

Pakkeforløpsordning gir i tillegg klare føringer for evalueringspunkter underveis i behandlingsforløpet. Da vi allerede hadde god erfaring med PCOMS, integrerte vi bruken av denne i de pakkeforløpspålagte evalueringene.

Som de fleste behandlere i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) leter vi etter tidsbesparende gode rutiner som gjør hverdagen enklere. Å studere behandlingsforløp i PCOMS og samtidig foreta en pakkeforløpsevaluering går fort og er effektivt. Hos oss går vi gjennom pasientkurver som legges frem på tverrfaglige behandlingsmøter. Vi gjør pakkeforløpsevalueringer hver åttende uke vekselvis med pasient og i tverrfaglig behandlingsteam. Behandleren kan fortelle mer om forløpet de siste åtte ukene og om hendelser i livet til pasienten eller i behandlingen som kan ha trukket kurven opp eller ned. Man kan også peke i ORS-kurven på tidsperioden for utforming av behandlingsplanen i begynnelsen av pakkeforløpet til pasienten. Det er ikke nødvendig å lese mye tekst når vi sitter samlet som et team på møte og evaluerer, siden de grafiske fremstillingene gjør det fort synlig hvilke pasienter som ikke profitterer på behandlingen. Vi kan raskt og målrettet diskutere hvilket nivå av helsehjelp som anbefales for vedkommende videre.

## Viktig å investere i implementeringen

Vår erfaring er at PCOMS er et enkelt verktøy å bruke og lar seg, som beskrevet over, integrere i pakkeforløpskrav til behandlingsevaluering.

Imidlertid var det innledningsvis mye motstand i behandlerteamet mot å måle behandlingseffekter på denne enkle måten. I dag kan vi se at det som hjalp for en god implementering av feedbackverktøy, var å bruke verktøyet over tid. Å ha tid til disposisjon for gruppeveiledning med PCOMS og at ledelsen i klinikken så nytteverdien, har vært avgjørende.

Men digital feedback erstatter ikke terapeutens vurderinger. Selv om vi ved vår poliklinikk er blitt komfortable med PCOMS, fungerer ikke IT-løsningen optimalt. Vi erfarer at statistikk og kurver ikke alltid gir et korrekt inntrykk av et pasientforløp, og det er også viktig å erkjenne at det faktisk er vanskelig å vurdere samlet livskvalitet på fire dimensjoner.

Vi opplever på poliklinikken at effekten av systematisk og kontinuerlig bruk av feedbackverktøy har gitt mindre drop out, samt raskere, mer individuelle justeringer av pasientforløp. Vi opplever at vi utvikler oss til bedre terapeuter og fjerner oss mer og mer fra faren for å bli utbrente behandlere. Vi opplever større engasjement og bedre utvikling av våre terapeutferdigheter gjennom implementeringsarbeidet. Vi synes faktisk det er gøy.

Etter mange år med systematisk bruk av feedbackverktøy klarer jeg meg ikke lenger uten i behandlingssettingen. Vi behandlere på poliklinikken har blitt enda mer endrings- og løsningsfokuserte ved implementering av feedback, og det klaffer godt med mangfoldige krav i spesialisthelsetjeneste. Jeg håper at flere lar seg inspirere av de gode erfaringene våre som jeg har beskrevet i dette fagessayet.

*Merknad:* Ingen kasus som presenteres i artikkelen er basert på enkeltpersoner, men er konstruerte for pedagogisk fremstilling.

## Anbefalt lesning:

- Duncan, B. L. & Sparks, J. (2019). The Partner for Change Outcome Management System: An integrated elearning manual for everything PCOMS. West Palm Beach, FL: Author.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. I J. C. Norcross (red.), Handbook of eclectic psychotherapy (s. 436–462). Brunner–Mazel.
- Partner For Change Outcome Management System Better Outcomes Now. <http://betteroutcomesnow.com>
- Tverrfaglig spesialisert behandling / kompetansetjeneste (TSB): [tsb.no](http://tsb.no)

## Referanser

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Anker, M., Duncan, B. L. & Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704. <https://doi.org/10.1037/a0016062>

- Arnevik, E. A. (2016). Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, 2(2). <https://doi.org/10.23937/2474-3631/1510020>
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråve, R. W., Kloeckner, C., Linaker, O. M. & Iversen, V. C. (2018). The effects of Routine Outcomes Monitoring (ROM) on therapy outcome in the course of an implementation process. A randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652. <http://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut* (M.-C. Jahr, overs.). Gyldendal Norsk Forlag AS. (Opprinnelig utgitt 2010)
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed outcome-informed therapy* (Rev. utg.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L. & Reese, R. J. (2015). The Partner for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391–401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. <http://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Orlinsky, David E. Rønnestad, Michael Helge Gerin, Paul Davis, John D. Ambühl, Hansruedi Davis, Marcia L. Dazord, Alice Willutzki, Ulrike Aapro, Nicoletta Botermans, Jean-François Schröder, Thomas A. (2005). The development of psychotherapists. I D. E. Orlinsky, M. H. Rønnestad & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research (red.), *How therapists develop: a study of therapeutic work and professional growth* (s. 3–13). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>

Ingen kasus som presenteres i artikkelen er basert på enkeltpersoner, men er konstruerte for pedagogisk fremstilling.