

# Systematisk tilbakemelding i psykoterapi - evaluering og forskning i en travel klinisk hverdag

Bruk av regelmessige tilbakemeldinger styrker pasientenes utbytte av psykoterapi. Men hvordan kan travle klinikere gå frem for å innføre systematisk evaluering i sin egen praksis?

TEKST

**Ingvild Rønneberg Hidle**

**Inger Selvaag**

**Torkil Berge**

PUBLISERT 5. desember 2012

---



**HIGHSCORE:** Pasientens sterke konkurranseinstinkt gjorde at han alltid forsøkte å slå forrige ukes skår. Ville han bli skuffet over en eventuell dårligere skår eller til og med rapportere færre plager enn han egentlig hadde?

Foto: Flickr / Wimsingel

*Interesserte kan få en rapport om prosjektet, med fremgangsmåte og resultater, skjemaer og informasjonsskriv, ved å kontakte førsteforfatter. Takk til våre veiledere fra*

*Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo – Tim Brennen, Magrethe Seeger Halvorsen og Helene Nissen-Lie, og alle pasienter og terapeuter som deltok.*

Det blir stadig viktigere også lokalt å kunne dokumentere nytteverdien av psykoterapi og innhente brukernes synspunkter på samarbeidet. Vi vil beskrive et prosjekt med strukturert korttidsterapi i et distriktspsykiatrisk senter der pasientene har høy problembyrde og langvarige og sammensatte vansker. To kaseeksempler illustrerer fremgangsmåten, der vi også har intervjuet pasientene om deres erfaringer underveis. Vi kontaktet dessuten samtlige involverte pasienter 18 måneder etter avslutning, og spurte om deres tanker om behandlingstilbudet de fikk. Avslutningsvis vil vi gi noen råd om hvordan terapeuter kan benytte forskningsstrategier for å evaluere behandlingstilbudet.

### **Tydelige rammer for psykoterapi**

Sentrale funn i psykoterapiforskningen dannet utgangspunktet for vårt prosjekt. I korte trekk konkluderer denne forskning slik: Regelmessige tilbakemeldinger på endring i psykiske plager og funksjonsnivå, og på pasientens opplevelse av den terapeutiske alliansen, styrker det terapeutiske samarbeidet og bidrar til virksom behandling (Lambert, 2010). Det motvirker også frafall, noe som ellers forekommer urovekkende ofte i psykoterapi (Barrett, Chua, Crits-Cristoph, Gibbons & Thomson, 2008). Andre tiltak som styrker effekten av terapi og motvirker frafall, er skriftlig informasjon om hva psykoterapi er og hvilken rolle pasienten spiller i psykoterapi, samt at tydelige tidsrammer forhandles frem tidlig (Chaffe, 2008). Enighet om mål øker pasientens engasjement og forpliktelse, og bedrer den terapeutiske alliansen og effekten av psykoterapien (Tryon & Winograd, 2002).

**«Med vår bakgrunn fra ulike terapeutiske tilnærminger ble det viktig å finne de viktige felles elementene i våre tilbud til pasientene»**

Vi ønsket at dette skulle være et fellesprosjekt for hele psykologgruppen, for å styrke samholdet og kraften i vårt fagmiljø. Med vår bakgrunn fra ulike terapeutiske tilnærminger ble det nødvendig å finne de viktige felles elementene i våre tilbud til pasientene. I arbeidet med å finne frem til felles elementer brukte vi uttrykket «samføling», som viser til et konsensusprinsipp der setninger som for en av psykologene «føltes faglig feil» ut fra sitt terapeutiske ståsted, ble omskrevet eller tatt bort, og det uten at en måtte begrunne sin reaksjon. Et eksempel er at formuleringen «gjøre hjemmeoppgaver mellom timene» kan føles feil av psykodynamiske terapeuter, mens kognitive terapeuter kan føle seg litt utilpass med formuleringen «bearbeide motstand». Arbeidet resulterte i informasjonsskrivet «Om å gå i psykoterapi» som ble

gitt til alle pasientene i prosjektet (se boks 1). Det er gledelig hvis andre vil bruke dette skrivet i sin praksis, eller som utgangspunkt for å lage sitt eget notat til pasientene sine.

Vi valgte å bruke tre selvutfyllingsskjemaer som hjelpemidler for tilbakemelding fra pasientene: *Outcome questionnaire – 45.2* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996), som består av 45 utsagn om psykiske symptomer og daglig fungering. Dette ble fylt ut av pasienten etter hver behandlingssamtale, og fanget dermed opp pasientens endring gjennom terapiforløpet. *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) for tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av depressive plager og *Working Alliance Inventory* (WAI; Hatcher & Gillaspay, 2006) for pasientens opplevde allianse, ble fylt ut før, midtveis i og etter behandlingen. I skjemaet *Plager og problemer* (Havik, 1994) setter pasient og terapeut konkrete mål for terapien, og i *Client Satisfaction Questionnaire-8* (CSQ-8; Atkisson & Zwick, 1982) fyller pasienten ved avslutning anonymt ut sin tilfredshet med tilbudet.

Videre ble fire pasienter og to terapeuter dybdeintervjuet om sin opplevelse av terapiprosessen og bruken av måleinstrumenter. De to behandlingsforløpene som følger, er bygget på refleksjoner både fra terapeuten og fra de to pasientene, som også ble intervjuet av Ingvild Rønneberg Hidle fire måneder etter avsluttet behandling.

## **To behandlingsforløp**

Jeg (Inger Selvaag) hadde ingen tidligere erfaring med tilbakemeldingsverktøy i terapi. I utgangspunktet var jeg ambivalent til prosjektet, trolig både av frykt for dårlige resultater og en sikkert unyansert tanke om at skjema er det motsatte av relasjon. Ved å bruke evalueringsskjemaer blir jo det mest sårbare i deg som terapeut blottlagt. Du får din egen kompetanse stadfestet eller avkreftet. Jeg er godt forankret innenfor psykodynamisk tenkning og behandling hvor skjemaer tradisjonelt ikke har hatt en fremtredende plass. Hvordan skal et skjema fange opp de små elementene i relasjonen som skaper endring? Å være sammen med psykologgruppen om et felles terapiprojekt minsket imidlertid min motstand, og jeg fikk et slags eierforhold til prosjektet gjennom månedene vi brukte til forberedelser.

## **Tilbake til det gode liv**

Bjørn var en mann i 40-årene, henvist på grunn av intens tinnitus (øresus) som han var blitt tiltagende plaget av de siste fire årene, med betydelig svekket livskvalitet, samt fysiske smerter og spenninger. Tinnitusen var også et stort problem sosialt. Selv korte møter og samtaler kunne fremprovosere angstlignende anfall med skjelving, svette, utmattelse, smerter og forverret øresus. I de siste årene hadde han forsøkt mange behandlingsformer uten at det hadde hjulpet. I første samtale fremsto han som desillusjonert. Dersom heller ikke terapi «virket», visste han ikke om han hadde noe mer å leve for. Vi ble enige om å konsentrere oss om historien hans i tiden før plagene kom, mulige utløsende faktorer, utforskning av hans generelle mestringsstil, hvordan det var for ham å leve med øresus, og hvordan han kunne få økt livskvalitet. Et mål var

på ny å kunne kjenne glede ved interesser han hadde hatt før øresusen kom, slik som reiser, opera, italiensk kultur og mat.

Forskningsprosjektet ble presentert for Bjørn i time tre. Han var straks villig til å delta. At vi drev forskning, ga ham økt tillit til oss. Jeg brukte ikke resultatene fra skjemaene systematisk i den første tiden i terapien med Bjørn. Det var alltid mye å snakke om, og jeg hadde en tendens til å nedprioritere skjemaene. Dessuten hadde Bjørn et sterkt konkurranseinstinkt, og når han fylte ut skjemaene, ville han alltid forsøke å slå forrige ukes skår. Jeg fryktet han ville bli skuffet over en eventuell dårligere skår, eller i verste fall rapportere færre plager enn han egentlig hadde. Men etter hvert brukte vi tilbakemeldingene rutinemessig, og jeg stolte på at svarene gjenspeilte reell bedring. Bjørn var ved avslutning symptomfri når det gjaldt angst og depresjon. Øresusen plaget ham fremdeles, men han mestret den. Han gjenopptok sitt sosiale liv, fungerte bedre på jobben og rapporterte om økt livskvalitet. Dette gledet ham stort. I oppfølgingsintervjuet med Bjørn fire måneder etter avsluttet behandling fortalte han at han hadde lært at tanker ikke er farlige, at det man føler, ikke nødvendigvis er slik det er. Terapien ga ham et verktøy som hjelper ham å roe seg ned når bekymringene melder seg. Han oppgav det som inspirerende å følge sin egen utvikling gjennom grafen på OQ-45.2, da dette ga ham et håndfast bevis på at det virkelig gikk bedre.

**«Ved å bruke  
evaluerings skjemaer blir jo det  
mest sårbare i deg som terapeut  
blottlagt. Du får din egen  
kompetanse stadfestet eller  
avkrefte»**

### **Unnskyld at jeg ikke blir bedre**

Ellen er en 32 år gammel kvinne, med en ustabil oppvekst, mye på de voksnes premisser, i inn- og utland. Hennes far hadde ikke ønsket seg barn og forlot Ellen og hennes mor tidlig. Da jeg møtte Ellen, beskrev hun store problemer både på arbeidsplassen, der hun var i konflikt med sin leder, og konflikt i andre nære relasjoner. Hun hadde rygg- og nakkeplager, og var sykemeldt for dette. Ellen angret på valg hun hadde gjort tidligere i livet, som hun nå opplevde satte begrensninger for henne. Følelsen av rotløshet var stor.

Ellens selvfølelse hadde i stor grad vært knyttet til arbeidet. Andre betraktet henne som selvstendig og tøff, men nå følte hun seg avkledd og identitetsløs og hadde isolert seg fra venner. Hun fremsto såpass sårbar at jeg heller ikke for henne presenterte prosjektet vårt i den første timen. Da jeg tok det opp i time tre, var det ikke vanskelig å få hennes samtykke. Heller ikke i denne behandlingen følte jeg at skåringsverktøyene var et hinder for relasjon eller prosess.

Ellen flommet over av tristhet og frustrasjon, og mye av tiden ble brukt til å rydde i de forskjellige problemområdene. Dette gjorde at det var vanskelig å formulere et konkret mål for terapien. Da hun vurderte terapien fire måneder etter, sa hun:

Jeg følte at jeg hadde så mye på tapetet at det var litt vanskelig å ha en fast struktur. (...) Det var så mye å ta tak i. Sånn sett var det vanskelig å ta det ene problemet og løse det. Men for meg var det som om hele verden hadde rast sammen. Det var på en måte en eksistensiell krise.

Relasjonen til meg som terapeut ble særlig viktig i arbeidet med Ellen, og hun bekreftet at dette var et viktig moment. Det var imidlertid ikke lett å bruke OQ-45.2 som tilbakemelding. Ellens skårer forble høye gjennom hele behandlingsforløpet. På et tidspunkt i behandlingen etter utfylling av OQ-45.2 sa hun til meg: «Unnskyld at jeg ikke blir bedre!» Ellen reflekterte over dette i oppfølgingsintervjuet. Hun registrerte at hun i spørreskjemaet stod litt på stedet hvil, selv om hun ikke opplevde det sånn i virkeligheten. Ellen opplevde at spørsmålene ikke var tilpasset henne, at de ikke beskrev hennes situasjon. Jeg satt også med en følelse av at OQ-45.2 ikke klarte å fange opp Ellens «indre» endring, med økt evne til refleksjon og innsikt. Da var det godt å heller kunne fokusere på resultatene fra WAI og BDI, som viste god allianse og etter hvert klart mindre depressivt symptomtrykk. Ved avslutning var Ellens problemområder i livet mye av de samme som ved oppstart, men hun var i en mer konstruktiv fase for mestring av livsbelastninger. Terapien økte kanskje ikke funksjonen, men lettet symptomtrykket og gav henne nyttige redskaper for å komme seg videre på egen hånd.

## **Ettertanker**

I ettertid ser jeg at jeg kunne ha introdusert prosjektet tidligere for pasientene, uten at det ville endret forløpet. Jeg kunne med fordel også brukt mer tid på å snakke med dem om prosjektet og ikke minst om skrevet «Om å gå i terapi». Min erfaring er at bruk av skjemaer for systematisk tilbakemelding er nyttig, også fordi de gjør meg ytterligere oppmerksom på behandlingsprosessen. Kanskje fikk Ellen og Bjørn erfare en mer skjerpet og tydelig terapeut?

## **Kort om forskningsprosjektet og resultater**

Vi inkluderte 39 pasienter (18 menn og 21 kvinner, fra 18 til 63 år; SD (standardavvik, dvs. spredningen omkring gjennomsnittet) = 13,7). Man ble ekskludert dersom man hadde aktive psykotiske symptomer eller svært omfattende rusmiddelbruk, men ellers var deltakerne representative for problembyrden blant våre pasienter. Varigheten av problemene de søkte behandling for, var i snitt 10,3 år (SD = 10,7). Om lag en tredel brukte medikamenter for psykiske lidelser. Totalt 24 terapeuter deltok, med tverrfaglig bakgrunn, et flertall psykologer.



UTILPASSET : «Unnskyld at jeg ikke blir bedre», sa hun når skjemaskårene forble høye gjennom behandlingsløpet. Men selv om hun sto litt på stedet vil, opplevde hun det ikke slik i virkeligheten. Spørsmålene var ikke tilpasset henne, og de fanget ikke opp hennes «indre» endring, med økt evne til refleksjon og innsikt.

Foto: Flickr / Stefano Mortallaro

Pasient og terapeut fylte ut de omtalte skjemaene ved oppstart av behandlingen, rundt midtveis i behandlingsforløpet og ved avslutning. OQ-45.2 ble fylt ut i slutten av hver time. Pasientene fikk tilbakemelding i påfølgende time. Dette gjaldt også informasjonen fra BDI-II og WAI ved måling 1 og måling 2. Et oppdatert søylediagram sammen med enkeltskårer, totalskårer og delskårer ble gitt til terapeuten, som kunne vise diagrammet til pasienten eller formidle informasjon muntlig.

Gjennomsnittlig hadde pasientene 7,8 behandlingstimer (SD = 3,5); 25 av 39 pasienter hadde mindre enn ti timer. Samlet sett viser resultatene at pasientene har gått fra moderat til mild depresjon. Også for OQ-45.2 har det skjedd en statistisk signifikant nedgang i psykiske symptomer og økning i daglig fungering, og samlet sett oppnådde pasientene det som kalles «en klinisk betydningsfull endring» (>14; Lambert et al., 1996). Det var en stabil og høy grad av terapeutisk allianse allerede fra første måling. Brukertilfredsheten ved avslutning var også meget høy (CS Q-8 totalskår var 27,2; SD = 3,4; maksimum totalskår på CS Q-8 er 32).

**«Heller ikke i denne  
behandlingen var  
skåringsverktøyene et hinder  
for relasjon eller prosess»**

**Våre erfaringer**

Hvilke erfaringer sitter vi så igjen med etter prosjektet? For det første var det lærerikt og samlende for kollegiet med en slik felles innsats. Lærerikt fordi vi fikk fordypet oss i virksomme faktorer i psykoterapi. Samlende fordi vi brukte elementer som er uavhengige av bestemte former for psykoterapi, og som fremhever likhetstrekk. Det var ikke minst interessant å forfatte informasjonsskrivet «Om å gå i psykoterapi » i fellesskap, og ende opp med et resultat som vi synes har substans og klarhet.

For det andre er det oppmuntrende at så mange av pasientene opplevde alliansen med terapeuten sin som god, og at tilbakemeldingene på de ulike målene viste at et flertall fikk hjelp for problemene sine. Et distriktspsykiatrisk senter er under sterkt press i et offentlig helsevesen som i stadig større grad er preget av begreper og løsninger hentet fra næringslivet. Det er en generell tidsnød og vekt på raske vurderinger og tiltak som kan gå ut over mulighetene for å tilby pasienter psykoterapi. Mer enn noensinne er det derfor viktig at vi kan dokumentere det vi driver med, både ved å vise til forskning generelt og gjennom prosjekter lokalt.

For det tredje tyder resultatene på at mye kan oppnås i løpet av relativt kort tid. Gjennomsnittlig behandlingstid var på om lag åtte timer. Tydelige rammer og tidlig samarbeid med pasienten om formulering av mål for terapien gir et godt grunnlag for endring. Mange pasienter opplever ved avslutning av kortidspsykoterapi å ha fått tilført innsikt og kompetanse som de kan bygge videre endringsarbeid på, eventuelt i samarbeid med helsepersonell i primærhelsetjenesten eller med nøkkelpersoner i sitt eget nettverk. Med stor pågang av henvisninger og høyt arbeidspress blant terapeutene er det viktig å utvikle gode korttidstilbud for å kunne hjelpe flest mulig. I vår oppfølging av pasientene etter 18 måneder er det gledelig at de i hovedsak fortsatt evaluerte tilbudet som positivt.

Et prosjekt som innebærer systematisk måling av resultater av psykoterapi, kan naturlig nok vekke en viss engstelse hos oss som terapeuter: Tenk om vi ikke får gode resultater i det spesielle terapiforløpet som blir inkludert? Her var det viktig med en åpen diskusjon i terapeutgruppen. I ettertid ser vi at terapeutene burde ha fått bedre tid og mer inngående opplæring i instrumentene som brukes. Det kunne ha redusert noe av stresset rundt administreringen som flere ga uttrykk for, spesielt i startfasen. Det å ha noen ressurs- personer som er tilgjengelige for hjelp og opplæring på terapeutenes premisser, er avgjørende for gjennomføringen. Slike prosjekter er avhengig av støtte fra ledelsen og at det gis de nødvendige rammer for gjennomføring og evaluering.

- Ha en god organisatorisk tilrettelegging på ledelsesnivå fra oppstart
- Sørg for regelmessig veiledning fra personer med forskningskompetanse
- Samarbeid gjerne med en student som skriver hoved- eller masteroppgave
- Ta kontakt med Personvernombud eller Regional etisk komité tidlig
- Gi terapeutene tilstrekkelig informasjon om prosjektet og tid til å sette seg inn i dette
- Gi terapeutene grundig opplæring i instrumentene som brukes
- Legg ansvaret for administrativt arbeid til andre enn terapeutene
- Gjør instrumentene synlige og lett tilgjengelige for terapeutene
- Ha lett tilgang til ressurspersoner for hjelp og opplæring på terapeutenes premisser
- Gi terapeutene regelmessig informasjon om hvordan de skal inkludere pasienter, administrere målingene til pasientene og levere ferdigutfylte skjemaer til punching
- Hold resultatene på gruppenivå, og ikke ha fokus på enkeltterapeuters resultater
- Sats gjerne på å inkludere en tverrfaglig gruppe av terapeuter
- Ha en lav terskel for å inkludere pasienter
- Ha regelmessige faglige diskusjoner om erfaringer med vekt på læring og faglig påfyll

### LES OGSÅ

#### Om å gå i psykoterapi

Erfaring og forskning har vist at psykoterapi har hjulpet mange til å håndtere psykiske vansker som angst, depresjon, rusmiddelproblemer, psykose, søvnvansker, negativt selvbilde og mangel på selvtillit. For mange er likevel psykoterapi noe fremmed. De fleste av oss er vant til å gå til lege når det feiler oss noe. Der får vi kanskje foreskrevet medisin og blir bedt om å ta det rolig noen dager. I psykoterapi er du selv aktiv deltaker i behandlingen av de problemene du opplever.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 12, 2012, side 1186-1191*

### TEKST

#### Ingvild Rønneberg Hidle

KONTAKT: [ingvildr.hidle@diakonsyk.no](mailto:ingvildr.hidle@diakonsyk.no)

#### Inger Selvaag

Torkil Berge, Norsk Psykologforening

KONTAKT: [torkil.berge@diakonsyk.no](mailto:torkil.berge@diakonsyk.no)

+ [Vis referanser](#)



## Referanser

- Atkisson, C. & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy*, 45, 247-267.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory - Second Edition, Harcourt, Assessment, Inc.
- Chaffe, R. B. (2008). Managed care and termination. I W. T. O'Donohue & M. A. Cucciare (red.), *Terminating psychotherapy. A clinician's guide* (s. 3-14). New York: Routledge.
- Hatcher, R. L. & Gillasp, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12-25.
- Havik, O. E. (1994). *Plager og problemer*. Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J. & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ- 45.2*: Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 109-125). New York: Oxford University Press.