

# Å spørre den det gjelder

## Erfaringer med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid

Forfattere

Anne-Grethe Tuseth, Sidsel Sverdrup, Haldis Hjort, Christine Friestad

Oslo desember 2006

## Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (Shdir). Arbeidet med gjennomføring av prosjektet startet i 1. januar 2006 og ble avsluttet ved utgangen av desember 2006.

Undersøkelsen er gjennomført ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (R.BUP) i et formalisert samarbeid med Sintef Helse. Undervisningssjef Ragnhild Dybdahl står ansvarlig for undersøkelsen.

I gjennomføring og løpende drift av undersøkelsen har seksjonsleder Anne-Grethe Tuseth fra R.BUP vært prosjektleder. Prosjektteamet for øvrig har bestått av seniorforsker Haldis Hjort og professor Sidsel Sverdrup. I en tidlig fase deltok også forsker Christine Friestad.

Alle prosjektmedarbeiderne har bidratt i gjennomføring av undersøkelsen, i utvikling av opplegget og i intervjuing, samt i utskrivning av rapporten. Anne-Grethe Tuseth har skrevet kapitlene 1, 2, 6 og 8. Haldis Hjort har skrevet kapittel 5, og Sidsel Sverdrup kapittel 7. Christine Friestad har stått for utskrivning av den statistiske delen av rapporten i kapittel 4.1.

I oppstarten ble det nedsatt et rådgivende utvalg. Dette utvalget har fungert som en referansegruppe, og har hatt 2 møter i prosjektperioden. Utvalget har bestått av professor Helge Rønnestad fra Universitetet i Oslo, professor Arnulf Kolstad fra Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, professor Jan Skjerve fra Universitetet i Bergen, samt professor Åge Wifstad fra Universitetet i Tromsø. Dessuten har representanter fra brukersiden vært Karin Kjällsmyr fra Voksne for barn, samt klinisk sosionom Einar Egenæs, som har vært representant for det kliniske feltet.

Prosjektet har også hatt en intern referansegruppe. Denne har bestått av undervisningssjef Ragnhild Dybdahl, forskningssjef Sonja Heyerdahl, seksjonsleder Astri Johnsen og seniorkonsulent Vigdis Torsteinsson.

Barry Duncan, Psy.D, og Scott Miller, PhD, ved Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC), USA, har vært konsulenter for prosjektet. Duncan og Miller har i samarbeid med andre forskere utviklet ”Client Directed Outcome Informed Therapy” (CDOI).

R.BUP vil rette en takk til alle som har bidratt til at prosjektet er gjennomført. Spesielt vil vi takke informantene som har bidratt i de ulike delene av undersøkelsen. Uten deres hjelp hadde det ikke vært mulig å gjennomføre prosjektet.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>2</b>
<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Bakgrunnen for prosjektet</b> .....	<b>7</b>
1.1 Klientperspektivet .....	7
1.2 Resultatperspektivet .....	8
1.3 Behandlingsforskning .....	8
1.4 Klient- og resultatfokustert terapi (KOR).....	9
1.5 Formål og problemstillinger .....	11
1.6 Organisering av rapporten .....	12
<b>2. Kunnskapsstatus i dag</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Metode og gjennomføring</b> .....	<b>19</b>
3.1 Kartlegging ved hjelp av strukturerte spørreskjemaer.....	19
3.2 Semi-strukturerte intervjuer .....	21
<b>4. Resultater fra spørreundersøkelsen</b> .....	<b>23</b>
4.1 Presentasjon av kvantitative data .....	23
4.2 Utfyllende erfaringer ved bruk av KOR.....	32
4.3 Oppsummering .....	42
<b>5. Behandlere som bruker KOR</b> .....	<b>45</b>
5.1 Behandlernes bakgrunn, begrunnelser for å bruke KOR og faglige orientering .....	45
5.2 Hvordan behandlerne bruker resultat- og allianseskalaene .....	49
5.3 Behandlernes terapeutiske erfaringer ved bruk av skalaene .....	55
5.4 Hvordan behandlerne vurderer klientenes tilfredshet med KOR.....	61
5.5 Om undervisning, veiledning og prosjektarbeid om KOR, og om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.....	65
5.6 Oppsummering .....	69
<b>6. Behandlere som ikke bruker KOR</b> .....	<b>73</b>
6.1 Behandlere som ikke bruker, og ikke ønsker å bruke KOR.....	73
6.2 Behandlere som ikke bruker, men som er interessert i å bruke KOR.....	76
6.3 Oppsummering.....	79
<b>7. Brukernes erfaringer med KOR</b> .....	<b>81</b>
7.1 Behandlernes forklaring på bruk av skalaene.....	81
7.2 Fordeler og ulemper ved bruk av skalaene .....	85
7.3 Om å si i fra til og bli hørt av behandleren .....	86
7.4 Brukernes samlede vurdering av nytten av skjemaene .....	88
7.5 Kort oppsummering .....	89
<b>8. Konklusjoner og vurdering av resultatene</b> .....	<b>90</b>
8.1 Tilbake til problemstillingene .....	90
8.2 Vurdering av resultatene og anbefalinger .....	96
<b>9. Referanser</b> .....	<b>99</b>
<b>Appendikser</b> .....	<b>106</b>

## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Fordeling av utvalget .....	20
Tabell 3.2	Utvalgets fordeling etter helseregion og type enhet (absolutte tall).....	20
Tabell 4.1	Kjennskap til klient- og resultatstyrt terapi etter enhetstype (absolutte tall) .....	24
Tabell 4.2	Interesse for utprøving/bruk blant dem som ikke bruker KOR per i dag, etter enhetstype (absolutte tall) .....	25
Tabell 4.3	Oversikt over anvendelse og interesse for bruk i BUP.....	26
Tabell 4.4	Undervisning og veiledning i bruk av skalaene etter enhetstype (absolutte tall) .....	29
Tabell 4.5	Praktisk bruk av skalaene (absolutte tall) .....	31

## Sammendrag

Prosjektets har hatt til hensikt å kartlegge omfanget av og erfaringer med bruk av klient- og resultatstyrt terapi, KOR-tilnærmingen, i psykisk helsearbeid i Norge. Det primære målet har vært å vurdere bruk av klient- og resultatstyrt terapi som en tilnærming for økt brukermedvirkning i klinisk arbeid og for økt fokus på terapieresultat.

I dag finnes det foreløpig få tilnærminger for brukermedvirkning i direkte klinisk praksis. Klient- og resultatstyrt terapi, utviklet av Barry Duncan og Scott Miller og deres kollegaer ved Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC), er en metode som har som formål å gi brukerne en sentral plass som aktive deltakere i utforming og vurdering av egen behandling. Tilnærmingen er basert på to enkle evalueringsskalaer som skal gi terapeuten fortløpende tilbakemelding på klientens vurdering av den terapeutisk relasjonen og av oppnådd endring i behandling. Nyere forskning tyder på at slik systematisk tilbakemelding til terapeuten kan høyne kvaliteten på behandlingstilbudet. I Norge er tilnærmingen tatt i bruk ved flere enheter innen psykisk helsevern for barn og unge og det er har også vært interesse for tilnærmingen innen andre områder av psykisk helsevern.

Prosjektet skulle besvare en rekke spørsmål knyttet til KOR-tilnærmingen. Første del var knyttet til en omfattende gjennomgang av relevant litteratur og tilgjengelig dokumentasjon for bruk av en resultat- og klientstyrt tilnærming i terapi. Hoveddelen av prosjektet skulle gi svar på omfang av bruk av tilnærmingen i det norske fagfeltet, i hvilke behandlingssammenhenger den brukes, overfor hvilke klientgrupper, av hvilke behandlere og på hvilken måte. Viktige spørsmål har vært knyttet til behandlernes erfaringer med bruk av KOR, med spesiell vekt på den betydning tilnærmingen har for økt brukermedvirkning i det direkte møtet med den enkelte klient og familie. Det skulle også vurderes om det er grunnlag for en evalueringstudie som kan gi informasjon om bruk av KOR-tilnærmingens innen psykisk helsevern for barn, unge og familier under optimale forhold.

For å besvare spørsmålene er det brukt data fra en survey undersøkelse basert på strukturerte spørreskjemaer, semistrukturerte intervjuer av behandlere som brukte KOR og av behandlere som ikke brukte KOR, og semistrukturerte intervjuer og av brukere som hadde erfaring med KOR. Hoveddelen av informantene har vært behandlere, og det er foretatt intervjuer med tilsammen 17 behandlere. Det er bare kartlagt erfaringer fra 3 brukere, alle mødre til barn som har hatt tilbud innen BUP. I undersøkelsen er det stilt spørsmål både om positive og negative erfaringer.

Kartleggingen har hovedsakelig konsentrert seg om feltet barn, unge og familier i helse øst og sør, og spørreskjema ble sendt ut til alle BUP-enheter og familievernkontorer i dette området. Som en følge av snøballmetoden er det også kommet enkelte svar fra andre områder av landet og fra andre felt innen psykisk helse, og disse er også tatt med i vurderingen. Som en naturlig følge av R.BUPs nedslagsfelt, er et stort flertall av besvarelsene fra BUP-enheter i heleregionene øst og sør, mens det foreligger relativt få svar fra familievern. Studien gir et

bilde av omfang av og interesse for bruk av KOR i fagfeltet, men gir ikke absolutte svar på hvor mange behandlere og behandlingenheter som benytter KOR. Til sammen er det kommet inn 127 svar på kartleggingsundersøkelsen, 90 av svarene kommer fra BUP og 24 fra familievern. Ved vurdering av resultatene må det tas hensyn til at det hovedsakelig er de som er positive til KOR som har svart på spørreskjemaundersøkelsen.

Innen helseregion øst og sør fordeler svarene seg på 44 BUP-enheter og 13 familievernkontorer. Fra enkelte enheter er det svart på vegne flere terapeuter, mens andre svar kommer fra enkeltpersoner. Svarene tyder på at KOR er i bruk av en eller flere terapeuter ved 23 BUP-enheter i helseregionene øst og sør, og at det er ønske om å prøve ut eller anvende tilnærmingen ved 17 andre enheter. Til sammen er dette omtrent halvparten av BUP-enheter i helseregionene øst og sør. Ved de 40 enhetene hvor KOR benyttes eller det er ønske om å benytte KOR, kommer 27 av svarene fra personer i lederposisjon. I familievern er KOR i bruk ved 5 enheter og ved 5 andre enheter er det interesse for å bruke KOR. Det er svar fra 4 enheter innen rusomsorgen hvor KOR er i bruk og 1 svar fra student som oppgir at KOR er i bruk i utdanningen ved en høyskole. Det foreligger svar fra helseregionene Vest-, Midt- og Nord Norge som viser at tilnærmingen er i bruk ved 3 enheter og at det er interesse for tilnærmingen ved 2 andre enheter innen BUP og familievern.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen er fra 2005, og i prosjektperioden har det vært henvendelser til prosjektleder fra mange nye interesserte terapeuter og behandlingenheter. Det siste året har det også vært en økende interesse for KOR i familievernet i forbindelse med planene i Barne- ungdoms- og familiedirektoratet for brukerrettet kvalitetsutvikling. KOR er også tatt i bruk innen psykiske helsevern for voksne. Et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) har innført KOR som et prinsipp i behandlingstilbudet ved enheten.

Undersøkelsen viser at KOR- skalaene i dag er i bruk ved ulike typer behandlingstilbud innen BUP. De brukes både ved poliklinisk behandling, ved dag- og døgntilbud for barn, og dag og døgntilbud for familier. De er også i bruk ved familierådgivningskontorer, innen rusomsorgen og innen psykisk helsevern for voksne.

Skalaene brukes på tvers av profesjoner. I dag er det flest psykologer som anvender skalaene, deretter sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere og pedagoger, mens det ser ut til å være få leger/psykiatere som bruker tilnærmingen.

Terapeuter som bruker tilnærmingen representerer et stort spekter av terapeutiske teorier og behandlingsmetoder, som familierapi og systemisk terapi, psykodynamisk terapi, utviklingspsykologi, kognitive- og atferdsterapeutiske tilnærminger og humanistisk psykologi. De fleste terapeutene oppgir at de arbeider innen flere forståelsesformer og har en eklektisk holdning. Samtlige som bruker tilnærmingen opplever at den passer med egen fagligforståelse. Skalaene brukes ikke som en egen terapeutisk metode, men som en tilnærming for økt vekt på klientens forståelse og aktive medvirkning i terapi og økt fokus på endring og terapieresultat.

Informantene som benytter KOR gir samtlige overveiende uttrykk for positive erfaringer. Bruk av skalaene gir et felles grunnlag for terapeut og klient til å drøfte terapiprosessen og terapieresultat. Det vektlegges at KOR bidrar til at klientens perspektiv på behandlingen blir tatt på alvor, og at klienten får en mer aktiv rolle i egen terapiprosess. KOR gjør terapien mer systematisk og målrettet, og er til hjelp for å vurdere om en er på rett vei i terapien eller om

det er behov for å endre tilnærming, for andre typer tiltak, eller eventuelt skifte terapeut. Det er spesielt nyttig med tilbakemeldinger dersom en står fast i behandlingen. Behandlerne uttrykker at KOR har påvirket egen faglig forståelse og påvirket faglige holdninger på arbeidsplassen. Både for den enkelte terapeut og for arbeidsplassen har det ført til økt bevissthet på brukernes perspektiv, på den terapeutiske relasjonen og på endring. Fra behandlingsenheter vises det til at økt fokus på klientenes perspektiv har ført til konkrete endringer og nye tiltak i tilbud til klientene. Endringene har gått i retning av mer varierte og fleksible tiltak, ambulante tiltak og korttidstilbud.

Samlet sett brukes skalaene i alle typer saker. Men ikke alle bruker skalaene i alle typer saker. Flere oppgir at de ikke anvendes i akutte krisesaker som selvmord og ved alvorlige spiseforstyrrelser. Det ser heller ikke ut til at skalaene anvendes i rene kartleggingssaker og i arbeid med barn med alvorlige utviklingsforstyrrelser. Fra familievern oppgis det at de ikke benyttes i samværssaker med barn eller i saker der partene har motsatte mål for behandlingen. Innen de fleste områdene har behandlerne forholdsvis like erfaringer med nytten av skalaene, men det er enkelte områder hvor det rapporteres ulike erfaringer. Innen psykisk helsevern for voksne er det erfaring for at skalene har vært spesielt nyttige i arbeid med svært uttilgjengelige og psykisk belastede klienter. I arbeid med fremmedspråklige og flerkulturelle familier har noen spesielt gode erfaringer, mens andre ikke bruker skalene i disse familiene. Skalaene blir ikke benyttet dersom klientene ikke ønsker dette.

Det er gode erfaringer med bruk av KOR i arbeid med barn, ungdom og familier. Terapeuter som jobber med problemer i en familiesammenheng, formidler at de har spesielt gode erfaringer med bruk av skalaene i familier, og flere vektlegger at skalene oppleves som særlig nyttige for barna. Ved bruk av skalene kan barn være kreative i måten de uttrykker seg på, og skalene kan også være til hjelp for å gi uttrykk for noe de ikke kan sette ord på. Samtidig kan skalene i arbeid med små barn og også med ungdommer by på dilemmaer da det i noen sammenhenger kan være vanskelig å forstå hva barna legger i skåringene side. Enkelte behandlingsenheter har utarbeidet versjoner av skalaen spesielt tilpasset barn og familier som har dag eller døgntilbud, og det er gode erfaringer med disse skalaene.

Undersøkelsen har i hovedsak ikke data som gjør det mulig å vurdere om KOR generelt fører til mer effektiv behandling. Flere opplever at terapien har blitt bedre, mer resultatorientert og effektiv, men de har ikke konkrete data som kan underbygge dette. En behandlingsenhet innen BUP har data å vise til, og de oppgir å ha tredoblet antall behandlede saker i en fireårsperiode etter at de innførte KOR-tilnærmingen sammenliknet med en tidligere fireårsperiode. Dette begrunnes med at behandlingstilbudet er blitt bedre tilpasset den enkelte klient og familie og er blitt mer fleksibelt både med hensyn til behandlingstid og tiltak. Disse resultatene tyder på at KOR har potensial til å bidra til mer effektive behandlingstilbud.

I spørsmål om vanskeligheter og dilemmaer ved bruk av skalene synes dette i hovedsak å knytte seg til praktiske hindringer. Det påpekes at økt press på produksjon og det daglige tidspresset gjør det vanskelig å introdusere og å ta i bruk en ny tilnærming og at det er lettere å fortsette som før. Problemene dreier seg ikke om bruk av skalene i seg selv, men om å bli systematisk i bruk av skalaene. Bruk av skalaer i terapi er dessuten uvant og betyr en omstilling i daglig praksis.

Faglige dilemmaer som reises er forbundet med klientens åpenhet overfor terapeuten i sine evalueringer av terapien. Særlig gjelder dette klientenes vurdering av alliansen, da mange

klienter alltid skårer høyt her. Med hensyn til endrings-skårene, gis det også uttrykk for at man også må være forsiktig med å ta disse for bokstavelig i enhver sammenheng. Det understrekes at i slike spørsmål er det viktig med god klinisk kompetanse og god informasjon om hensikten med skalene og hvordan de skal brukes, for at de skal fungere best mulig.

Ingen rapporterer om dårlige effekter ved bruk av KOR eller drop out av klienter på grunn av bruk av skalene.

Fra de behandlere som ikke ønsker å bruke KOR skalaene er det ikke kommet fram negative holdninger til eller erfaringer med bruk av KOR. Fra disse er det oppgitt tre grunner til ikke å bruke skalaene. Den ene er at enheten har jobbet mye med brukervedvirkning over flere år og ikke har behov for en ny tilnærming. Den andre er at skalaene ikke passer inn i forhold til enhetens spesialoppgave med utredning av tidlige utviklingsforstyrrelser, og at de her benytter en mer tilpasset metode. Den tredje grunnen er at behandlere allerede er pålagt rutiner for kvalitetssikring, slik at innføring av nye rutiner er vanskelig i en belastet arbeidssituasjon.

I den delen av fagfeltet som dekkes av denne undersøkelsen ser det ut til å være positiv interesse for brukervedvirkning. Fra flere terapeuter rapporteres det at de fører samtaler og bruker verbale spørsmål for å få klientenes vurderinger på terapiforløpet. Det ser imidlertid ut til å være få andre metoder i bruk for mer systematiske klientfeedback.

Med hensyn til behandlernes erfaring med klientenes opplevelse av bruk av KOR, har behandlerne inntrykk av at klientene i hovedsak er positive til bruk av skalaene og at de tar det som en naturlig ting uten å kommentere så mye. Behandlerne tror at klientene opplever å bli tatt på alvor og at deres innspill får konsekvenser. Det er få klienter som ikke ønsker å bruke skalaene.

Brukerinformantene i prosjektet er alle gjennomgående positive til skalaene og har ingen sterke kritiske vurderinger. De uttrykker at barna deres var aktivt engasjerte i skalene og at de var til hjelp for barna. Det oppleves ikke som at skjemaene hindrer samhandling mellom dem og behandler, men snarere at de har fungert fremmede i forhold til å ta opp ting som kanskje ellers ikke ville blitt berørt på samme måte. Dessuten har de bidratt til å se om de ønskede endringer har kommet, og om behandlingsforløpet har vært på rett spor.

### Konklusjon og anbefalinger

Konklusjonen er at KOR ser ut til å være en tilnærming som kan bidra til økt brukerstyring i den enkelte klients behandlingsprosess og også i utforming av behandlingstilbud. De behandlere som benytter KOR gir alle uttrykk for positive erfaringer med bruk av skalaene som en tilnærming for økt brukervedvirkning. Systematisk bruk av skalaene gir økt fokus på klientens evaluering av den terapeutisk alliansen og terapieresultat og bidrar til at en jobber i samsvar med klientens forståelse. KOR påvirker terapeutens faglige forståelse og kan føre til endringer både i terapiprosessen og i hvilke typer behandlingsformer som tilbys. De brukerne som er intervjuet har erfaringer med at skalaene kan være til hjelp både for dem selv og barna deres. Verken behandlere eller brukere gir uttrykk for vesentlige negative erfaringer.

Selv om det er positive erfaringer i norsk praksis for at KOR fører til mer effektiv terapi har ikke prosjektet kunnet svare på om bruk av klientfeedback generelt påvirker behandlingstid og behandlingsresultat. Et viktig forskningsspørsmål er derfor om økt brukervedvirkning også fører til at terapi blir mer effektiv og effektiv. Forskning fra USA viser mer effektiv

terapi ved bruk av denne type klientfeedback i klinisk praksis. Særlig gjelder dette for saker der det er vanskelig å oppnå bedring. Det er viktig å få en grundig evaluering av om dette også vil gjelde innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Her i landet foreligger det foreløpig ikke forskningsresultater på dette området.

Denne undersøkelsen har hatt hovedfokus på behandlernes erfaringer med KOR-tilnærmingen, og vi har fortsatt lite informasjon om brukernes erfaringer, og vi har ingen direkte informasjon om barns erfaringer med bruk av skalaene. Våre data baserer seg på intervju med tre brukere, alle mødre til barn som har vært til behandling i psykisk helsevern. Kartlegging av brukernes erfaringer bør være et hovedfokus for videre studier.

Kartleggingsstudien har vist at det er positiv interesse for å delta i prosjektarbeid ved behandlingsenheter, både for lokale prosjekter og for å bidra i en eventuell evalueringsstudie for å vurdere effekten av KOR i vanlig klinisk praksis. Dette gir gode muligheter for samarbeid med behandlingsteam og behandlingsenheter om forskningsspørsmål.

*Det anbefales fortsatt fagutvikling i anvendelse av KOR-tilnærmingen, slik at den kan tas i bruk og utøves i samsvar med hensikten, under best mulige betingelser og tilpasses den sammenheng den anvendes i. På bakgrunn av resultatene i dette prosjektet mener vi det er grunnlag for en større evalueringsstudie for å vurdere den effekten KOR-tilnærmingen har på klinisk praksis i psykisk helsevern. Sentrale spørsmål knytter seg til om bruk av KOR fører til mer effektiv behandling, og om brukerne opplever at KOR fører til økt brukarmedvirkning.*

# 1. Bakgrunnen for prosjektet

## Innledning

Dette prosjektet retter søkelyset mot klientens eget perspektiv og på det som mye forskning de siste årene sier om vesentlige faktorer for resultatet av terapi (*Lambert, 199; Lambert et al, 200; Hubble, 1999; Wampold, 200; Duncan et al*). I følge denne forskningen er de faktorer som best predikerer behandlingsresultat

- Klientens opplevelse av terapirelasjonen
- Klientens opplevelse av bedring tidlig i behandlingsforløpet

Nyere forskning viser at ved at terapeuten får systematisk tilbakemelding på klientens vurdering av endring og av den terapeutiske relasjonen, kan man høyne kvaliteten på behandlingstilbudet. Klinikeren trenger å vite om behandlingen virker for den enkelte klienten (*Lambert et al 2001; Hansen et al 2002; Duncan et al 2004, Lambert et al 2005, Miller et al 2005*).

Prosjektet er forankret i tiltak 53 i Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse, ”Å spørre den det gjelder – kartlegging av barn og unges brukererfaringer”. Hensikten med prosjektet er å kartlegge erfaringer med bruk av klient- og resultatstyrt terapi (KOR) i Norge som en tilnærming for økt brukermedvirkning i tjenesteapparatet og større fokus på behandlingsresultat.

### 1.1 Klientperspektivet

Politiske føringer for psykisk helsevern har de siste årene lagt økende vekt på betydningen av å sette klientens perspektiv og forståelse i sentrum. De nye helselovene er tydelige i kravet om respekt for klientens forståelse og rett til medbestemmelse og informasjon i alle ledd i behandlingen. Regjeringens *Strategiplan for barn og unges psykiske helse: Sammen om psykisk helse* har som gjennomgående prinsipp å vektlegge klientens og pårørendes forståelse, bidrag og ressurser i utforming av behandlingstiltak. I tiltak 53 ”Å spørre den det gjelder” kartlegging av barn og unges brukererfaringer, står det: ”*Barn, unge og pårørende som er i kontakt med og behandles av det psykiske helsevernet for barn og unge må få anledning til å formidle sin opplevelse av dette. Hensikten med dette er å øke kvaliteten på tjenestene til det beste for brukerne av disse. Sosial- og helsedirektoratet vil utvikle metoder for hvordan hjelpeapparatet kan foreta brukerundersøkelser*”.

Det finnes mange eksempler på at klienter og pårørendes opplevelse av møtet med psykisk helsevern ikke alltid er i overensstemmelse med behandlingssapparatets intensjoner om å være til hjelp. Brukerorganisasjoner som *Mental helse Norge* og *Landsforeningen for pårørende* har lenge hevdet behovet for større brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av tiltak innen psykisk helsevern.

Respekt for klienten og klientens selvbestemmelse har opptatt det kliniske fagfeltet i mange år. Profesjonsetiske retningslinjer vektlegger i høy grad respekt for individets autonomi, integritet og forståelse i enhver behandling. Imidlertid viser norsk klinisk forskning, der barn er klienter, at foreldrenes opplevelse av den behandling de mottar kan være svært forskjellig fra behandlernes forståelse (Aamodt, Aamodt og Jørgensen, 2002).

## 1.2 Resultatperspektivet

Kravet til sikker kunnskap om at den behandling som tilbys er til hjelp for klientene er viktig å ivareta. Både politiske føringer og fagetiske retningslinjer vektlegger underbygget erfaring og dokumentert kunnskap. Stortingsmelding 25 (96 – 97) *Åpenhet og helhet om psykiske lidelser* gir klare føringer på at den behandling som tilbys skal være basert på vitenskapelig kunnskap. Stortingsmelding 39 (1998) *Forskning ved et tidsskille* er eksplisitt i kravet om at forskningsbasert praksis skal være fundamentet i et helsevesen, der vitenskapelig kunnskap er basis i det som kalles livslang læring. Det er avgjørende at de behandlingsmetodene vi bruker skal være bra for klientene. For behandlingen av den enkelte klient er det nødvendig å vite om behandlingen har den ønskede effekt for nettopp denne klienten.

Innen psykisk helsevern har man i flere år vært opptatt av kvalitetssikring, men det er fremdeles mangel på rutiner for systematisk bruk av resultatmål på behandlingseffekt. Det betyr at verken den enkelte terapeut, det enkelte behandlingssted eller feltet som helhet kan dokumentere systematisk i hvilken grad behandlingen fører til at klientene oppnår ønsket endring. Gjennom dagens kvalitetssikringstiltak blir klinikere pålagt en omfattende og tidkrevende registrering av hvilke tiltak som utføres i de enkelte klientsaker. I tillegg til de mål som inngår i dagens kvalitetssikringstiltak, vil en systematisk tilbakemelding fra klientene underveis være et verdifullt supplement.

## 1.3 Behandlingsforskning

Behandlingsforskning har en lang tradisjon, og de første resultat-prosess studiene startet for 50 år siden. På tross av uenigheter både om forskningsmetodikk og evaluering av forskningsresultater, er det nå relativt stor enighet om at det er nødvendig og fruktbart med ulike typer forskningstilnærminger, og at kvalitative og kvantitative tilnærminger kan utfylle hverandre. I dag oppfordres det til større vekt på forskning på terapi slik det foregår i sin naturlige sammenheng ute i det kliniske feltet, og til økt fokus på klientenes egen forståelse og klientens egen vurdering av behandlingen (Palkinghorne, 1998).

Innen noen forskningsretninger rapporteres opplevelsen av tidlig endring å være en god prediktor for resultatet av behandlingen ((Howard et al, 1986; Howard et al 1993; Brown et al 1999;). På bakgrunn). På bakgrunn av denne kunnskapen har det fra midten av 1990-tallet utviklet seg en ny retning innen terapiforskning der en kontinuerlig kartlegger klientens opplevelse av endring og klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen. Resultatene fra flere omfattende forskningsprosjekter viser at bruk av måleinstrumenter som gir terapeuten systematisk tilbakemelding på klientens vurdering av terapeutisk allianse og behandlingsresultat gir signifikant økning i effektiviteten av terapi (Whiple et al, 2003;

Lambert et al, 2003). Resultatfeedback til terapeuten er spesielt nyttig i saker der det er fare for ingen endring eller forverring (Lambert et al., 2005).

I femte og siste utgave av "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" (Lambert, 2004) gir redaktørene en oppsummerende oversikt over hvor feltet behandlingsforskning står i dag. De gir anbefalinger for framtidig forskning, og oppsummerer at forskningen støtter tendensen man finner i praksis mot en eklektisk tilnærming samt å tilpasse behandling til det som fungerer for den enkelte klient. De oppfordrer til forskning på systematisk bruk av klientens direkte tilbakemeldinger i klinisk praksis og oppfordrer feltet til spesielt å delta i "pasient fokusert" og "resultat fokusert" forskning som en prioritert oppgave de neste 10 årene. Denne forskningen står ikke i motsetning til forskning som søker å finne tilnærminger og terapeutiske strategier som kan ha spesielt god effekt på ulike typer problemer. Sterke fellesfaktorer og betydningen av den terapeutiske alliansen for positive resultater i terapi utelukker ikke betydningen av spesielle faktorer (Norcross, 1995, i Rønnestad, 2000).

I dag finnes det en rekke tilnærminger for å evaluere resultatet av psykoterapi. De fleste av disse bygger på etablerte måleinstrumenter som hovedsakelig er utarbeidet for bruk i forskningssammenheng. Det er også utviklet flere metoder for å evaluere den terapeutiske alliansen. Selv om disse metodene er vel etablerte med hensyn til validitet og reliabilitet har de svakheter med hensyn til anvendbarhet i klinisk praksis. Erfaring har vist at for at klinikere skal ta i bruk evalueringsskjemaer i sin praksis, må de være raske å fylle ut, lette å forklare og oppleves meningsfulle og relevante både for terapeut og klient (Brown et al 1999; Duncan & Miller, 2000).

## 1.4 Klient- og resultatfokusert terapi (KOR)

Barry Duncan og Scott Miller ved Institute for the Study og Therapeutic Change (I.S.T.C) har i samarbeid med andre forskere utviklet et system med to enkle skåringsskaler for systematisk informasjon om klientens vurdering av den terapeutiske prosessen og av endring, som brukes aktivt i terapien. Bruk av deres evalueringsskalaer i klinisk praksis kalles "Client Directed Outcome Informed Therapy" (CDOI), på norsk oversatt til Klient- og resultatstyrt terapi (KOR). (Appendix 1). Denne type systematisk feedback til terapeuten forutsetter ikke at terapeuten arbeider etter en spesiell teoretisk forståelse eller metode. Skalaene kan brukes uansett teoretisk skoleretning. Ved å legge avgjørende vekt på klientens vurderinger av terapiforløpet er hensikten at klienten får en aktiv medvirkning i sin egen terapi og tro på egen forståelse og ressurser.

I Norge har flere seminarer knyttet til denne tilnærmingen blitt arrangert, med bl.a. Barry Duncan og Scott Miller som foredragsholdere. I løpet av de fire siste årene har stadig flere terapeuter, fagteam og behandlingssteder i Norge tatt i bruk denne tilnærmingen i sin kliniske praksis. *Nettverk for resultat- og klientstyrt terapi* ble derfor etablert høsten 2002 av terapeuter i det norske fagfeltet som hadde tatt i bruk eller ønsket å ta i bruk denne tilnærming som var utviklet ved I.S.T.C. Det var ønske om samarbeid for gjensidig inspirasjon, utveksling av erfaringer og fagutvikling.

Skalaene for klienters syn på terapeutisk allianse og endring fylles ut av klienten i hver terapitime som en integrert del av terapiprosessen og blir et viktig element i selve behandlingen. Endringskalaen fylles ut ved starten av hver time for å vurdere endringer etter

den forrige terapiavtalen. Allianseskalaen fylles ut på slutten av timen for å vurdere om timen har fungert hensiktsmessig i forhold til målsettingen for behandlingen. Sammen bidrar skalaene til å klarlegge hva det er viktig å jobbe videre med, og på hvilken måte en det er nyttig å jobbe for å oppnå målene. Skalaene er utarbeidet med utgangspunkt i veletablerte og mer omfattende måleinstrumenter med høy grad av validitet og reliabilitet. Ved utarbeiding av skalaene i CDOI er det tatt hensyn til anvendbarhet i tillegg til rimelig grad av validitet og reliabilitet. I skjemaet for endring, Outcome Rating Scale (ORS), har Miller og Duncan tilpasset de tre dimensjonene i OQ45 samt en generell dimensjon til et visuelt, analogt format på fire 10-centimeters linjer som er meget enkle å skåre for klienten. Ved utprøving av ORS viser det rimelig høy grad av validitet, selv om det er lavere enn det langt mer omfattende og spesifikke OQ45 (Duncan et al., 2004). Målet for terapeutisk allianse, Session Rating Scale (SRS), bygger i likhet med mer omfattende og veletablerte mål på Bordins definisjon av terapeutisk allianse. For å skape et enklere og mer anvendbart instrument har Duncan, Miller og Johnsen laget en enkel analog skala, tilsvarende som for ORS. Sammenlikning mellom SRS og andre alliansemål viser at SRS fungerer i rimelig overensstemmelse med lengre og mer veletablerte instrumenter (Duncan et al., 2003).

Til norsk er skjemaene for voksne oversatt av psykolog Morten Anker og utprøvd på over 400 klienter som har vært til terapi ved familievernkontorer.

CORS (Child Outcome Rating Scale) og CSRS (Child Session Rating Scale), som tilsvarer ORS og CSRS for voksne, gir barn mulighet til selv å evaluere behandlingsprosess og opplevelse av endring. Disse skjemaene ble først oversatt av *Nettverk for klient- og resultatstyrt terapi* gjennom samarbeid mellom flere terapeuter. Det er hittil lite forskningsdata på bruk av evalueringsskjemaer for barn.

En mulig svakhet ved skåringsskalaene er at de ikke er standardisert for norske forhold. Resultat- og alliansemål er først og fremst utprøvd i forhold til voksne klienter i USA. Morten Ankers data fra mer enn 400 klienter innen familievern tyder imidlertid på at skalaene for voksne kan overføres til norske forhold, da klientenes gjennomsnittlig inntaksskåre og endringskurve tilsvarer den en finner i en amerikansk populasjon (Johnson, Brown, Anker i Heroic Client 2004).

Evalueringsskalaene for barn og voksne er nå i bruk ved ulike typer behandlingstilbud innen psykisk helsevern for barn og unge, ved familievernkontorer og ved enkelte institusjoner innen barnevern og rusbehandling.

Det er hittil ikke gjennomført systematiske undersøkelser av effekten av bruk av skalaene i Norge. Det behandlingssted som lengst og mest systematisk har brukt tilnærmingen rapporterer imidlertid om en stor økning i antall behandlede barn i en fireårsperiode etter at tilnærmingen ble tatt i bruk sammenliknet med den forutgående fireårs perioden. Med bakgrunn i økt interesse i fagfeltet ble det i 2005 startet et prosjekt for å kartlegge omfanget av bruk av tilnærmingen og den erfaring fagfolk hadde med bruk av skalaene i sin behandlingspraksis. Dataene fra denne undersøkelsen er en del av datamaterialet i denne studien.

Da det er stor interesse for denne tilnærmingen i det kliniske feltet er det interessant å se på om denne måten å bruke pasientinformasjon på kan bidra til økt brukermedvirkning og bedre terapi. Ettersom det finnes lite systematisk erfaring med bruk av tilnærmingen her i landet er det iverksatt et forprosjekt. Fokus her er å kartlegge bruken av KOR og systematisere behandlernes erfaringer med KOR i klinisk praksis. På bakgrunn av resultatene fra dette

prosjektet vi det bli vurdert om det skal gjennomføres et større oppfølgende prosjekt. Bruken av den arbeidsformen KOR representerer er forankret i amerikansk praksis. Derfor er det ønskelig med mer kunnskap om hvordan tilnærmingen fungerer i norsk sammenheng.

## 1.5 Formål og problemstillinger

I dette forprosjektet blir bruken av og erfaringer med metoder som er utviklet av Duncan og Miller, ved Institute for the Study of Therapeutic Change vurdert. Et viktig bidrag fra denne gruppen har vært å gi resultatene fra forskning et språk som er forståelig for klinikere og som gjør det mulig å omsette kunnskap fra forskning i klinisk praksis. (Hubble, Duncan & Miller 1999; Duncan & Miller, 2000; Duncan, Miller & Sparks, 2004).

Hensikten med forprosjektet er følgelig å framskaffe en utdypende kartlegging av erfaringene med klient- og resultatstyrt terapi i Norge, samt å finne ut om det er ønskelig med en større systematisk evaluering som hovedprosjekt.

Følgende problemstillinger skal besvares i prosjektet:

1. Hva er status på relevant litteratur og tilgjengelig dokumentasjon og erfaring med ”klient- og brukerstyrt terapi”?
2. Hvordan kan man sammenfatte erfaringer med denne metoden i Norge med hensyn på:
  - Omfang av erfaring – antall institusjoner, behandlingsteam og enkelt terapeuter.
  - Avklaring av hva metoden innebærer i norsk kontekst, spesielt hvordan den brukes., f. eks om det er brukt som en terapiteknikk eller en måte å evaluere terapi/terapiforløpet på, eller brukt som en manual. Hva innebærer metoden i forhold til helhetssyn på generalisert kunnskap og terapiprosess? Er det ulike oppfatninger av tilnærmingen eller variasjon i bruk?
  - Vurdering av de norske skalaene (oversettelser) og bruk i norsk kontekst.
  - Hvilke behandlere og klinikker bruker denne tilnærmingen og hvorfor?
  - Overfor hvilke klientgrupper (alder, kjønn, problemer, etnisitet) brukes denne tilnærmingen? Overfor hvem brukes tilnærmingen ikke?
  - Behandlers og klinikers erfaringer: antall klienter som får behandling, type behandling (ambulant, institusjon), varighet av behandling, resultat/endring (spesielt der det finnes data for sammenligning, for eksempel bruk av standardiserte instrumenter). Drop out, compliance, farer/bivirkninger,
  - Brukeres erfaringer: Brukertilfredshet – barn, unge, pårørende. Sammenligning med annen info om klinisk endring

Det skal dessuten gjøres en vurdering av om det er grunnlag for en evalueringsstudie som kan gi informasjon om bruk av disse instrumentenes effektivitet overfor barn i Norge under optimale betinger (efficacy) og eventuell planlegging av denne evalueringsstudien. Det skal i

denne sammenheng foretas en utvelgelse av samarbeidsklinikker, valg av design, målemetoder etc.

## 1.6 Organisering av rapporten

Rapporten er organisert slik at det i kapittel 2 redegjøres for kunnskapsstatus i dag, med hensyn til relevant behandlingsforskning.

I kapittel 3 presenteres metoder og opplegg for gjennomføringen av prosjektet, samt en beskrivelse av de ulike undersøkelsestypene som inngår. Prosjektet benytter to ulike metodiske innfallsvinkler for å besvare de problemstillingene som reises, nemlig en surveyundersøkelse og semistrukturerte intervjuer blant behandlere og brukere.

I kapittel 4 presenteres resultater fra surveyundersøkelsen. I kapittel 5 redegjøres for resultater fra de semistrukturerte intervjuene med behandlere som bruker KOR og i kapittel 6 med behandlere som ikke bruker KOR. I kapittel 7 presenteres resultater fra de semistrukturerte intervjuene med brukere som har erfaringer med KOR.

Kapittel 8 trekker opp konklusjonene og hovedresultatene, og peker på noen veier å gå videre.

## 2. Kunnskapsstatus i dag

I dette kapitlet redegjøres for kunnskapsstatus i behandlingsforskning. Dette er viktig å presentere, fordi det også bidrar til å plassere klient- og resultatorientert terapi inn i en faglig kontekst.

En grunnleggende ide i psykoterapeutisk praksis er at den skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Med utgangspunkt i psykoanalytisk terapi ble det publisert forskningslitteratur så tidlig som i 1924. Allerede på 20 – 30-tallet var det systematisk forskning på terapieresultater og på hva som er god terapi. De første resultat-prosess studiene startet for 50 år siden (Lambert, Bergin, Garfield 2004; Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, 2004). I den tidligere psykoterapiforskningen var det ikke noe skille mellom forskning og klinisk praksis. Også de første pionerene i familierapi (på 50- og 60-tallet) betraktet seg som forskere og kom inn i det kliniske feltet gjennom forskning på interaksjonsmønstre og på endring (Lyman Wynne, M. Bowen, Theodore Lidz, Gregory Bateson, Haley, Jackson, Watzlawick o.a.). Forskningen hadde direkte klinisk relevans fordi hypoteser ble utviklet, testet, endret og retestet i det praktiske kliniske arbeidet. (Sprenkle & Moon, 1996). Et viktig eksempel på dette er Mental Research Institute i Palo Alto, etablert i 1959, som ved bruk av enveisspeil studerte de endringsskapende prosessene i terapi (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Denne kunnskapen ble omsatt i konkret strategi for hvordan skape ønsket endring i terapi (Fisch, Weakland & Segal, 1982). Instituttet utviklet også klientbaserte resultatmål på grad av oppnådd endring i terapi og studerte varigheten av endring over tid.

Dagens psykoterapiforskning kan i hovedsak sies å ha to ulike røtter, den ene med utgangspunkt i en naturvitenskapelig positivistisk tradisjon, den andre innen en fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon med vekt på de opplevelsesmessige og meningsskapende prosessene i terapi (Orlinsky et al, 2004). Den siste tilnærmingen utviklet seg særlig på 60-tallet, delvis som en reaksjon på den positivistiske ideologien som dominerte psykoterapifeltet på 50-tallet. Denne debatten fikk ny aktualitet på slutten av 1990-tallet, med blant andre norske forfattere som Tor-Johan Ekeland, Helge Rønnestad, og Geir Nielsen Nielsen som aktive bidragsytere,

En eksperimentell tilnærming innen den positivistiske forskningstradisjonen, som har fått særlig fokus de siste årene, er kontrollerte randomiserte undersøkelser. Diskusjonen oppstod i USA i forbindelse med at det amerikanske systemet for formidling og finansiering av helsetjenester, Managed Care, krevde evidens for at de behandlingsmetoder som ble brukt i terapi hadde positiv effekt for dekke utgiftene til behandling. Det ble nødvendig for den amerikanske psykologforeningen (APA) å vise at psykoterapeutiske metoder kunne konkurrere med psykofarmaka. Den valgte å bevise evidens ved å bruke samme metoder som ble brukt til å vise evidens for medikamenter (American Psychological Association, Task Force, 1995). Siden 1995 har det foregått en omfattende forskningsvirksomhet for å evidensbasere ulike behandlingstilnærminger etter APAs kriterier, for at metodene skulle få status som evidensbasert terapi, EBT. Samtidig har det til dels vært skarpe diskusjoner om de begrensninger denne type forskning har når det gjelder overføringsverdien til klinisk praksis. Dette gjelder både med hensyn til effekten og effektiviteten av ulike psykoterapeutiske

tilnærminger og hva som er de virksomme faktorene i terapi. I dag synes det å være relativt stor enighet om at det er nødvendig og fruktbart med ulike typer forskningstilnærminger og at kvalitative og kvantitative tilnærminger kan utfylle hverandre. Det oppfordres til større vekt på forskning på terapi i det kliniske feltet. Samtidig ser en et økende fokus på hva som er klientenes egen forståelse, vurdering og evaluering av prosess og resultat.

Særlig i USA er behandlingsforskning et stort og aktivt felt og beveger seg i retning av å kunne oppnå en presis forståelse av hvilke faktorer som fører til positiv bedring for klientene (Lambert, Bergin, Garfield, 2004).

Statistisk bearbeiding og analyse av data har samtidig gjennomgått en stor utvikling. Det er utviklet mer sofistikerte analysemetoder både med hensyn til enkeltstudier og oversikt over og sammenlikning av resultater fra flere studier. Meta-analyser blir i dag foretrukket som metode for å gi oversikt over hva en vet om evidens, da den systematisk integrerer et høyt antall studier og benytter repliserbare prosedyrer (Kazdin, 2004). Fordelen med meta-analyser er at en kan oppheve skjevhet fra enkelt undersøkelser, som f.eks. forskerens preferanse for en spesiell terapi. Flere undersøkelser har vist at forskerens preferanse gir signifikante utslag på resultatene (Elliot 2000). Meta-analyser har hittil hovedsakelig vært brukt i forskning på terapi med voksne, men i følge Kazdin er den også anvendbar for forskning på terapi på barn.

Etter at Eysenck i 1952 konkluderte med at terapi ikke virker, og utløste store debatter og en rekke empiriske undersøkelser, mener en nå å ha sikker evidens for at terapi virker (Rønnestad, 2000; Howard et al., 1986; Lambert, 1992; Hubble, Duncan & Miller, 1999; Wampold, 2001). Imidlertid har en i hovedsak ikke funnet signifikante forskjeller mellom ulike tilnærminger til terapi (bortsett fra at Cognitive Behaviour Therapy, som i eksperimentelle undersøkelser, viser høyere effekt på klart avgrensede symptomer som angst og stress, og Cognitive Interpersonal Therapy for depresjon).

I den 4. utgaven av "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" (Bergin & Garfield, 1994) oppsummer Michael Lambert hva behandlingsforskning over 40 år så lang har vist:

- Terapi virker. Gjennomsnittspasienten i terapi kommer bedre ut enn 80 % av personer med tilsvarende problemer som ikke mottar terapi
- Bedring hos de fleste er relativt varig
- Psykoterapi kan være en kostnadseffektiv behandlingsform
- Det er ikke forskjell i behandlingseffekt mellom ulike psykoterapiretninger. Ingen psykoterapeutisk skoleretning har vist seg andre retninger generelt overlegen.
- En finner liten sammenheng mellom teknikk og resultat.

Lambert gir i artikkelen *Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration* (1992) sin analyse av hva forskningsresultatene sier om de virksomme faktorene i terapi og hvor stor prosentandel hver faktor spiller for resultatet. Dette representerer en måte å tydeliggjøre hva empiriske undersøkelser samlet sett ser ut til å vise. Faktorene er de samme i enhver terapi, uansett skoleretning, de såkalte fellesfaktorene:

- Ekstraterapeutiske faktorer (klientens egne ressurser, familie og nettverk, tilfeldige hendelser) 40 %
- Relasjonsfaktorer (klientens opplevelse av å bli forstått, respektert og bekreftet) 30 %

- Placebo, håp og forventning (klientens innstilling til endring gjennom terapi) 15 %
- Modell/teknikkfaktorer 15 %

Ideen om at det er grunnleggende fellesfaktorer i enhver terapi er ingen ny ide, men ble framsatt av Saul Rosenzweig allerede i 1936. Han hevdet at behandlingseffekt var mer knyttet til det som var felles enn til de teoretiske ideene de var basert på, og at den viktigste fellesfaktoren var forholdet mellom klient og terapeut, den terapeutiske alliansen. Senere har mange sentrale klinikere og forskere framsatt tilvarende synspunkter (Fiedler, 1951; Rogers 1951; Frank, 1961, 1973, 1991, etter Rønnestad, 2000). Nyere forskning og nyere meta-analyser av tidligere forskning understøtter disse ideene. Selv ikke meget avanserte forskningsprosjekter som har som målsetting å finne ulike resultater ved bruk av ulike metoder finner klare forskjeller. Elkins omfattende depresjonsstudie utført av National Institute of Mental Health (1994) er et eksempel på dette. Resultatene viser at klientens vurdering av den terapeutiske alliansen bedre predikerte resultatet av terapi enn den type behandling som ble gitt og alvorlighetsgraden av problemene (Blatt, Zuroff, Quinlan & Pilkonis, 1996; Krupnick et al., 1996).

Tilsvarende funn kommer fra et av USAs største selskaper innen Managed Care (Human Affairs International HAI) som har utført en omfattende undersøkelse for å kartlegge effekten av terapi for den enkelte klient og for ulike klientgrupper (Brown et al, 1999).

Prosjektet innbefattet over 2000 terapeuter og mange tusen klienter over hele USA. Det ble foretatt omfattende kartlegging av den enkelte klient både med hensyn til diagnose, anamnese, sosioøkonomiske forhold, alvorlighetsgrad av problemer etc. slik at det var mulig å bruke statistisk analyse til å sammenlikne data på tvers av ulike kriterier. Funnene fra denne undersøkelsen viser ingen signifikante forskjeller i effekt mellom bruk av ulike metoder. Derimot er det signifikante og store forskjeller i behandlingsresultat mellom terapeuter og også mellom behandlingsinstitusjoner, dvs. at det er større forskjeller mellom terapeuter innen samme metoderetning enn mellom metoder. En finner heller ikke forskjeller i behandlingsresultat mellom ulike diagnoser når det justeres for alvorlighetsgrad, men stor alvorlighetsgrad gir lenger behandlingstid. Et annet viktig funn, som også understøttes av en rekke undersøkelser, er at tidlig bedring i terapi er en av de faktorer som best predikerer om terapien vil være vellykket (Howard, Krause & Orlinsky, 1986). Forskernes konklusjon i HAIs omfattende undersøkelse er at det for fremtiden vil være mer nødvendig å dokumentere resultat i klinisk praksis enn hvilken metode som brukes, for å kunne tilby helsetjenester.

I boken *The Heart and Soul of Change* (Hubble, Duncan, Miller, ed., 1999) dokumenterer en rekke forskere den betydning relasjonen mellom klient og terapeut har for resultatet av terapi. Klientens eget bidrag i å skape endring understrekes også som en sentral faktor. Særlig Bohart har vist at det er klientens aktive og særegne bruk av terapisisituasjonen som kan skape ønsket endring (Bohart & Greenberg, L. S., 1997).

Et meget viktig bidrag i debatten om virksomme faktorer i terapi er forskeren Bruce Wampolds arbeider. Han er en av de mest sofistikerte metodeekspertene innen feltet og har foretatt meta-analyse av flere tusen terapistudier i anerkjente fagtidsskrifter i den hensikt å analysere effekten av ulike faktorer i terapi. Undersøkelsen innbefatter 250 forskjellige terapeutiske tilnærminger (Wampold, 2001). På bakgrunn av dataene fra undersøkelsen konkluderer han med at fellesfaktorene utgjør minst 70 %, og at spesifikke faktorer knyttet til den enkelte behandlingsmodellen bare utgjør høyst 8 %, og uforklarlige variasjoner 22 %. For å forstå betydningen av disse resultatene fremsetter han en kontekstuell forståelse av terapi

der terapi forstås som en prosess hvor både klient og terapeut inngår i et tillitsfullt forhold til hverandre, har tro på at det vil skje en positiv endring og der begge samarbeider aktivt for å oppnå resultater. Terapien må inneholde en prosedyre for å oppnå endring og en rasjonale som gir en plausibel forståelse av klientens problemer. Det viktige er ikke hvilken metode som benyttes og om rasjonalen beskrives som sann eller vitenskapelig, men at den er i samsvar med klientens og også terapeutens virkelighetsforståelse og livssyn. Hans anbefalinger for videre forskning er å begrense eksperimentelle undersøkelser og heller fokusere på effekten av terapi slik den foregår i praksis i det kliniske feltet. En viktig oppgave blir å studere aspekter som kan forklare generelle faktorer. For å tilby god terapi anbefaler han å nedtone dagens fokus på metoder og i stedet velge den beste terapeuten. En må kunne tilby en terapi som er i overensstemmelse med klientens virkelighetsforståelse, og klienten må stå fritt i å velge terapiform. I tillegg anbefaler han lokal evaluering av tjenesten. For utdanning i terapi anbefaler han å utdanne psykoterapeuter til å bli dyktige utøvere av fellesfaktorene. Wampolds funn understøtter dermed Frank & Franks definisjon av en god terapeut: Den ideelle terapeut skal for hver klient velge den terapi som er i samsvar med, eller kan bringes i samsvar med, denne klientens personlighet og virkelighetsforståelse. (Frank, J. D. & Frank, J. B., 1991)

I den femte utgaven av *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, red. 2004) gir Lambert, Garfield og Bergen en oppsummerende oversikt over hvor feltet står i dag og viktige spørsmål framover. Oversikten viser at forskning i de ti årene som er gått siden fjerde utgave av boken bekrefter de tidligere funnene:

Terapi virker. Samtidig er det lite forskjell i resultater mellom ulike metoder, men stor forskjell i resultater mellom terapeuter. Egenskaper ved terapeuten er viktigere enn metode, og fellesfaktorene har størst betydning for behandlingsresultat. I denne oversikten understrekes også den betydning graden av tidlig endring har for godt resultat. I følge forskerne støtter funnene den tendensen man finner i praksis mot en eklektisk tilnærming og å tilpasse behandling til det som fungerer for den enkelte klient. Dette står i kontrast til å finne en spesifikk metode for en spesifikk diagnose eller problem. Anbefalinger for fremtiden er å ikke basere seg på at evidensbasert terapi vil være en metode som gir de beste resultater, men å sette fokus på den enkelte klient og på om behandlingen gir resultater for denne klienten. En nødvendig retning for forskning vil være å forske i klinisk praksis, med fokus på klienten og på terapieresultat.

#### Betydningen av klientens vurdering av den terapeutiske alliansen.

En rekke forskere har vist at klientens tidlige opplevelse av den terapeutiske alliansen signifikant kan predikere det endelige resultatet av behandlingen (Bachelord & Howard, 1999). I en helt ny oversikt over litteratur om psykoterapeutisk resultat (Orlinsky, Rønnestad & Willutzky, 2004) vises det til over 1000 studier som demonstrerer forholdet mellom terapeutisk allianse og terapieresultat. Økende kunnskap om den betydning relasjonen mellom klient og terapeut har for terapieresultat førte til at den Amerikanske psykologforeningen (APA) nedsatte en ny Task Force komité for kvalitetssikring av terapier. "Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships" ble etablert i 2001 ved APAs divisjon for psykoterapi og ledes av forskeren Norcross.

#### Betydningen av klientens vurdering av den terapeutiske alliansen.

Et viktig punkt i Lamberts oppsummering, er at tidlig bedring i terapi er en av de faktorer som best predikerer om terapien vil være vellykket. Flere forskere har demonstrert at kurven for vellykket endring i terapi er forutsigbar og at størst endring vanligvis skjer tidlig i behandlingsforløpet (Howard et al, 1986). De fleste klienter, 60 – 65 %, oppnår bedring innen to til syv sesjoner. Klienter som ikke opplever bedring tidlig i behandlingsforløpet vil, som gjennomsnitt, ikke vise bedring i hele behandlingsforløpet. En rekke undersøkelser (Howard et al, 1993; Brown et al.,1999) bekrefter at størst endring skjer tidlig i terapi og at klientens egen opplevelse av mangel på tidlig bedring signifikant minsker sannsynligheten for å oppnå ønsket bedring ved avslutning av behandlingen. Klientens vurdering av tidlig endring i terapi har vist seg signifikant å kunne predikere terapieresultat. Flere forskere har nå begynt å bruke klientens egen opplevelse av tidlig endring i terapi for å forutsi om et gitt terapeut-klient forhold vil føre til vellykket resultat (Haas et al., 2002; Lambert et al., 2001).

Klientens opplevelse av tidlig endring og klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen ser i dag ut til å være de to faktorene som best predikerer resultatet av behandling.

På bakgrunn av denne kunnskapen har det de siste årene utviklet seg en ny retning innen terapiforskning der en kontinuerlig kartlegger klientens opplevelse av endring og klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen. Det er utviklet måleinstrumenter både for å kartlegge klientens vurdering av endring i terapi og klientens vurdering av den terapeutiske alliansen. Johnson og Shaha (1996) var de første til å dokumentere den betydning anvendelse av prosess og resultatmål har for å heve kvaliteten på terapieresultatet. Senere har flere forskere gjort lignende undersøkelser, der terapeuten fortløpende får tilbakemelding på klientens vurdering av endring og derved kan tilpasse behandlingen i forhold til disse tilbakemeldingene. Forskningsresultatene viser at systematiske tilbakemeldinger gir signifikant økning i effektiviteten av terapi (Duncan & Miller, 2000; Brown et al 2001; Duncan, Miller & Sparks, 2004). Michel Lambert og hans kollegaer ved Brigham Young University Comprehensive Clinic har gjort en rekke studier som gir overbevisende evidens for verdien av å gi terapeuten feedback (Lambert et al. 2001; Whipple, Lambert & Vermeersch, 2003). I en større studie med 1020 klienter (Lambert et al. 2002) oppnådde nesten dobbelt så mange av klientene i den gruppen der terapeuten fikk resultatfeedback signifikant bedring sammenliknet med gruppen uten feedback, og færre ble klassifisert som uendret eller forverret ved avslutning av terapien. Feedback er spesielt nyttig i saker der det er fare for ingen endring, forverring eller at klienten dropper ut av terapi. Ved feedback holder disse klientene seg lenger i terapi, og muligheten for bedring øker signifikant. Fokus på resultater innen psykisk helsevern er spesielt viktig, da det er en relativt stor gruppe klienter som ikke oppnår bedring.

I 2004 utgaven av *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* oppfordrer forfatterne til psykoterapiforskning som innbefatter systematisk bruk av klientens tilbakemeldinger i direkte klinisk praksis. Slik forskning er nå i gang på ulike behandlingssettinger flere steder i verden. Forfatterne vurderer dette som en nødvendig og meget fruktbar form for forskning og oppfordrer feltet til spesielt å delta i ”pasient fokusert” og ”resultat fokusert” forskning som en prioritert oppgave de neste 10 årene (s. 818).

Denne forskningen trenger ikke stå i motsetning til forskning som søker å finne tilnærminger og terapeutiske strategier som kan ha spesielt god effekt på ulike typer problemer. Sterke fellesfaktorer og betydningen av den terapeutiske alliansen for positive resultater i terapi utelukker ikke betydningen av spesielle faktorer (Norcross, C., J., 1995, i Rønnestad, 2000).

Innen psykisk helse for barn og unge har en de siste årene vært særlig opptatt av metoder basert på multisystemiske tilnærminger (MST, PMT, Webster Stratton). Dette er tilnærminger

som har vist seg å ha god effekt for mange klienter og representerer en mer systematisk og manualisert form av den tilnærming store deler av fagfeltet har arbeidet etter i mange år.

En av de sentrale terapiforskerne innen feltet barn og unge, Alan E Kazdin (2004) gir en oversikt over hva vi i dag vet om effekt av terapi. Han slår fast at psykoterapi er bedre enn ingen behandling og at størrelsen på effekten av behandling er tilsvarende som for voksne. Empirisk forskning har vist at noen tilnærminger i noen tilfeller kan gi bedre resultat enn andre og at atferdsmessige og kognitive tilnærminger og mestringsstrategier ser ut til å gi best resultater ved enkelte avgrensede problemer som angst og depresjon. Problematiske sider ved den evidensbaserte praksisen er imidlertid overførbarheten til vanlig klinisk praksis med mer kompliserte og sammensatte problemer. Dessuten vil andre faktorer, som egenskaper ved barnet, terapeuten, familien og kontekst, ha vesentlig betydning for utfallet av terapi. Han anbefaler å integrere ulike behandlingsformer, strategier og teknikker til et helhetlig opplegg spesielt tilpasset det enkelte barnet.

Allan Carr (2000a; 2000b) presenterer en omfattende oversikt over forskning innen familierterapi, og konkluderer med at ulike familiebaserte tilnærminger har god effekt for et vidt spekter av de problemer som bringer barn i behandling. Manualer kan gi terapeuten nyttige ideer, men tilnærming og teknikker må alltid tilpasses til den enkelte klient. Stephen Shirk (Shirk, Talmi & Olds, 2000) hevder at det dominerende forskningsparadigmet med diagnoser og manualer er alt for enkelt og begrenser mulighetene for nyttig kunnskap. Han framhever at det er behov for større spesifisitet i kartlegging av barns problemer enn det dagens diagnosesystem gir. Tilsynelatende like problemer kan ha høyst ulike årsaker og krever ulike løsninger. Kartlegging og tiltak kan ikke bare rette seg mot barnet, men også mot betingelser som opprettholder psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i familie, skole og sosialt nettverk. Shirk vektlegger at relasjonen er en av de viktigste endringsskapende faktorene i terapi med barn (Shirk & Russel, 1996; Shirk, 2003).

Disse tre forskerne inne feltet barn og unge har alle sitt utgangspunkt i en kognitiv atferdsteoretisk tradisjon og de har en lang tradisjon i solid forskning på kognitive teknikker. Kazdin understreker at på de områdene man har gode resultater på spesifikke metoder så bør disse metodene benyttes framfor andre metoder. Felles for forskerne er likevel at de i dag vektlegger andre faktorer enn de som er spesifikke for en kognitiv tilnærming avgjørende betydning for resultatet i terapi. Alle framhever at det er nødvendig å tilpasse behandlingen til det som passer for det enkelt klient, barnets familie og kontekst. Særlig Shirk framhever relasjonens og terapeutens personlighet som viktig i terapi, men også Kazdin (2005) har i sin seneste forskning sett spesielt på betydningen av klientenes vurdering av den terapeutiske alliansen for terapieresultatet. Funnene fra forskning på terapier med barn og ungdom samsvarer på vesentlige områder med forskning på voksne. Resultatene er i tråd med Lamberts formulering om at det i dag ikke er de store teorier eller metoder som gjelder, men mikroteorier og hva som passer for den enkelte klient (Lambert et al, 2004)

Prosjektet om klient- og resultatstyrt terapi er et prosjekt som bygger på denne kunnskapen og følger oppfordringen om å forske på terapi i sin naturlige sammenheng med fokus på klientens vurderinger av behandlingen og på oppnådd endring.

### 3. Metode og gjennomføring

Problemstillingene i denne undersøkelsen peker på behovet både for oversiktsinformasjon og mer utdypende informasjon om anvendelse og erfaringer med KOR. Valg av metodene er dels begrunnet ut fra dette, dels for å sikre bredde i forhold til analyse av data fra hver informantgruppe. Prosjektet har derfor gjort bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Data er samlet inn ved hjelp av hhv. strukturerte spørreskjemaer, semistrukturerte intervjuer av behandlere som brukte KOR og av behandlere som ikke brukte KOR, samt intervju av brukere som hadde erfaring med KOR. I dette kapitlet blir bruken av disse datakildene beskrevet nærmere.

#### 3.1 Kartlegging ved hjelp av strukturerte spørreskjemaer

For å få en mest mulig strukturert oversikt over bruken av KOR-skalaene ble det våren 2005 sendt ut et egen spørreundersøkelse (se Appendiks 2) til alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og familievernkontorer i helseregion Øst og Sør. Disse spørreskjemaene inngår som den kvantitative delen av dette prosjektet, men inneholder også åpne spørsmål som gir kvalitative data.

##### 3.1.1 Beskrivelse av spørreskjemaet

I følgebrevet (Appendiks 3) ble det informert om at målsettingen for undersøkelsen var å kartlegge hvilke fagpersoner, behandlingsteam og institusjoner som brukte skjemaene, samt gi en oversikt over hvilke erfaringer som var gjort. Det ble også informert om at det med bakgrunn i resultatene fra denne undersøkelsen skulle vurderes om det var aktuelt å gjennomføre en komparativ multisenter undersøkelse for å vurdere effekten av KOR. (De som ønsket konfidensialitet kunne krysse av for dette.)

I spørreskjemaet ble det stilt spørsmål om generelle erfaringer med bruk av KOR og om erfaringer med henholdsvis allianseskalaene og med endringsskalene. Spørsmålene gjaldt fordeler og nytte av skalaene og dilemmaer og vanskeligheter. Det var spørsmål om skalene var i bruk i alle typer saker og hvilke saker de eventuelt ikke ble brukt i. Respondentene skulle svare på hvordan skalaene påvirket dem selv og arbeidsstedet og gi en kort beskrivelse av egen og av arbeidsstedets faglige orientering. Spørsmål om ønske om undervisning eller konsultasjon og om interesse for å delta i prosjektarbeid skulle også besvares.

##### 3.1.2 Rekruttering

Skjemaene ble i utgangspunktet sendt ut til 60 BUP-enheter og 38 familievernkontorer i helseregion Øst og Sør. For å ha størst grad av mulighet til å nå fram til aktuelle brukere av KOR, foregikk spredningen av skjemaene også til en viss grad gjennom snøballmetoden via e-post. Det gjør at det ikke er mulig å gi et nøyaktig anslag over hvor mange skjemaer som

ble sendt ut, og dermed heller ikke over svarprosenten i undersøkelsen. En annen konsekvens av denne fremgangsmåten er at skjemaene også er besvart av andre typer enheter enn BUP og familievern i helseregion øst og sør. Dette gjelder kun et lite antall skjemaer (jfr. tabell 3.1 nedenfor), men i den grad svarene fra disse enhetene skiller seg merkbart fra de andre, blir det gjort oppmerksom på det underveis i teksten. I tabellene 3.1 og 3.2 nedenfor er de besvarte skjemaene fordelt etter hhv. barne-/ungdomspsykiatrisk behandlingssted eller familievernkontor, og tilhørighet til helseregion.

**Tabell** Feil! Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her..1 **Fordeling av utvalget**

		Antall
<b>Enhetsstype</b>		
	Barne- /ungdomspsykiatri	90
	Familievern	24
	Annet	10
	Ikke besvart	3
	<b>Sum</b>	127
<b>Helseregion</b>		
	Nord-Norge	2
	Midt-Norge	1
	Sør-Norge	23
	Øst-Norge	89
	Vest-Norge	2
	Ikke besvart	10
	<b>Sum</b>	127

**Tabell** Feil! Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her..2 **Utvalgets fordeling etter helseregion og type enhet (absolutte tall)**

		Enhetsstype			
		Barne- /ungdomspsykiatri	Familievern	Annet	Sum
<b>Helseregion</b>	Nord-Norge	-	2	-	2
	Midt-Norge	1	-	-	1
	Sør-Norge	21	1	1	23
	Øst-Norge	65	17	6	88
	Vest-Norge	1	1	-	2
<b>Sum</b>		88	21	7	116

Som en naturlig følge av R.BUP's nedslagsfelt, er et stort flertall av de besvarte spørreskjemaene fra helseregion øst og sør, og åtte av ti skjemaer er fra barne- og ungdomspsykiatriske enheter. I tillegg til svarene fra BUP og familievern er det kommet svar fra 4 enheter innen rusomsorgen og 1 svar fra student ved en høgskole.

Vi har med andre ord et sammensatt utvalg. Vi kan imidlertid ikke si noe om utvalget er representativt i en statistisk forstand.

### 3.1.3 Begrensninger ved tallmaterialet

Den sentrale målsetningen med den kvantitative delen av prosjektet er å kunne gi et innledende innblikk i omfanget av og erfaringene med klient- og resultatstyrt terapi. Bruken av KOR som metode er i stor grad initiert av enkeltpersoner og deretter spredd, og eventuelt etablert, mer eller mindre tilfeldig. Spørreundersøkelsen hadde derfor ikke noen komplett liste over potensielle brukersteder eller brukere å gå ut fra, men er å betrakte som en eksplorerende undersøkelse av utbredelsen av KOR per 2005. Det er imidlertid en begrensning ved spørreskjemaet at enkelte spørsmål har svarkategorier som ikke er gjensidig utelukkende. Dette gjør at svarene kan tolkes på flere måter, og vi kommenterer det underveis der dette er et problem. En annen sentral begrensning ved datamaterialet, er muligheten for at det først og fremst er personer/enheter som er spesielt interessert i metoden som har besvart skjemaene. Tallene må tolkes med dette i mente. Tallmaterialet er dessuten i utgangspunktet lite og ikke egnet til avanserte statistiske beregninger. De kvantitative resultatene vil derfor i all hovedsak bli presentert i form av enkle uni- og bivariate fremstillinger som utdypes og nyanseres gjennom presentasjonen av resultatene fra de åpne spørsmålene i spørreskjemaet og fra de semistrukturerte intervjuene.

## 3.2 Semi-strukturerte intervjuer

Med bakgrunn i spørreskjemaundersøkelsen ble det utarbeidet intervjuguider for å gjennomføre personlige intervjuer. Det ble laget intervjuguide for behandlere som brukte KOR (Appendiks 4), for behandlere som ikke brukte KOR (Appendiks 5) og for intervjuer med brukere som hadde erfaring med KOR (Appendiks 6).

Da ingen av respondentene reservert seg mot dette, ble alle intervjuene tatt opp på lydbånd for å ha som back up ved utskriving av materialet.

### 3.2.1 Behandlere som brukte KOR

Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 12 av de terapeutene som bruker KOR. To av forskerne var med på hvert intervju; den ene ledet samtalen med informanten, den andre noterte mest mulig, og notatene ble renskrevet etter intervjuet. Det var 10 ansikt-til-ansikt-intervjuer, som tok mellom 1 og 1½ time. De to telefonintervjuene tok noe mindre tid.

12 kliniske enheter der KOR-skalaene er i bruk, og som representerer ulike typer behandlingssenheter, ble valgt ut for intervju. Ved enheter der flere behandlere bruker KOR, har enheten selv valgt den personen som skulle intervjues om sine erfaringer.

Oversikt over typer intervjuklinikker:

- 2 BUP poliklinikker
- 1 BUP dagavdeling, barn
- 1 BUP døgnavdeling, barn

- 1 Familie- nettverksteam
- 2 BUP Familieavdelinger, dag
- 1 BUP Familieavdeling, døgn
- 1 Familievernkontor
- 1 Psykiatrisk ungdomsteam
- 1 Behandlingsenhet for rusmisbrukere
- 1 Distriktpsikiatrisk senter, voksne

### 3.2.2 Behandlere som ikke bruker KOR

Det ble gjennomført til sammen 5 semistrukturerte intervjuer med behandlere som ikke brukte KOR. Disse 5 intervjuene ble foretatt som telefonintervjuer, da alle respondentene hadde arbeidsplasser med lang reisevei fra Oslo. Det ble brukt telefon med høyttaler, og to av forskerne deltok i hvert intervju, den ene som intervjuer og den andre som referent.

2 av respondentene var behandlere som hadde svart at de ikke brukte KOR-skalaene, men at de var interessert i å bruke disse. Disse kom fra

- 1 BUP poliklinikk
- 1 BUP ungdomsklinikk

3 av respondentene var behandlere som hadde svart at de ikke brukte KOR og som ikke var interessert i å gjøre dette. Disse kom fra

- 1 BUP konsultasjon og utredningsavdeling
- 1 BUP poliklinikk
- 1 BUP avdeling for ungdom

### 3.2.3 Brukernes erfaringer med KOR

Det er gjennomført intervjuer med tre informanter som har erfaring i bruk av KOR. Samtlige har vært mødre til barn som nylig har vært i et behandlingsforløp. Intervjuene ble gjennomført på bakgrunn av en semistrukturert intervjuguide (Appendiks 7). Det var dermed anledning for informanten til å fortolke eller gi utdypende informasjon på de spørsmålene som ble reist.

To av intervjuene ble gjennomført som personlige samtaler mellom informant og forsker, og ett intervju ble gjennomført pr. telefon. Lengden på intervjuene var fra ca. en halv time til i overkant av en time. Det ble skrevet referat fra intervjuene og referatene var et viktig grunnlag for analyse og vurdering.

## 4. Resultater fra spørreundersøkelsen

Vi har altså to ulike datakilder som omhandler behandlerne. Den ene er spørreskjemaundersøkelsen og den andre er semistrukturerte intervjuer. Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres i kapittel 4 og resultatene fra de semistrukturerte intervjuene presenteres i kapitlene 5 og 6. Kapittel 4 omhandler alle som har svart på spørreskjemaene og gir et innblikk i omfanget av og erfaringene med bruk av KOR i det kliniske fagfeltet. Kapittel 5 og 6 representerer et mindre utvalg av de behandlere som har svart på spørreundersøkelsen, og gir mer utdypende informasjon om behandlernes erfaringer med bruk av KOR

R.BUP sendte våren 2005 ut et eget spørreskjema (se Appendiks 2) for å få en innledende oversikt over bruken av og erfaringene med KOR i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og familievernkontorer i helseregion Øst og Sør, og svarene på dette spørreskjemaet utgjør datamaterialet i denne del av studien. Som det fremgår av tabell 3.1 (kapittel 3), ble i alt 127 skjemaer besvart. Ettersom ikke alle spørsmål er besvart av alle, vil n (antall besvarelser) variere i tabellene. Generelt for tabellene gjelder det at svarkategorien ”vet ikke” er tilføyd for spørsmål der den som har fylt ut skjemaet enten har krysset av både for ja og nei, eller eksplisitt har markert usikkerhet, f.eks. ved spørsmålstegn eller annen tekst.

Presentasjonen av resultatene fra spørreundersøkelsen er delt inn i to hoveddeler. Den første delen omhandler de kvantitative dataene og den andre delen omhandler svarene på de åpne spørsmålene. I den kvantitative delen presenterer vi resultatene inndelt i følgende temaer: Kjennskap til, bruk av og interesse for KOR; behov for undervisning og veiledning; interesse for prosjekt; og praktisk bruk av skalaene. Den andre delen presenterer behandlernes erfaringer med KOR delt inn i underavsnitt for hvert av de åpne spørsmålene som ble stilt i spørreskjemaet.

### 4.1 Presentasjon av kvantitative data

#### 4.1.1 Kjennskap til, bruk av, og interesse for KOR

Nedenfor presenteres først en tabell over kjennskap til og bruk av KOR, og deretter tabell over interesse for KOR.

**Tabell Feil!** Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her..1 **Kjennskap til klient- og resultatstyrt terapi etter enhetstype (absolutte tall)**

		Enhetstype			
		Barne- /ungdomspsykiatri	Familievern	Annet	Sum
<b>Har dere kjennskap til KOR?</b>					
	Nei	18	2	1	21
	Litt	35	13	6	54
	Mye	37	9	3	49
<b>Sum</b>		90	24	10	124
<b>Bruker dere KOR?</b>					
	Nei	34	16	5	55
	Litt	31	4	4	39
	Mye	23	4	1	28
<b>Sum</b>		88	24	10	122
<b>Hvis bruk, hvor lenge?</b>					
	Inntil 6 mnd	7	1	2	10
	6 mnd-1 år	12	2	-	14
	1 år eller mer	28	8	3	39
<b>Sum</b>		47	11	5	63
<b>Har brukt før, men ikke nå?</b>					
	Nei	26	11	5	42
	Ja	3	5	-	8
<b>Sum</b>		30	16	5	51

Som det fremgår av tabell 4.1, har et stort flertall av de som har besvart skjemaene kjennskap til KOR som tilnærming, mens omlag halvparten bruker tilnærmingen selv. Av dem som bruker KOR er det innenfor alle enheter en liten gruppe ”nybegynnere”, dvs. personer som har brukt KOR i mindre enn et halvt år, mens øvrige brukere av KOR tenderer mot lang erfaring (ett år eller mer). Kun åtte personer totalt rapporterer at de ikke bruker KOR nå, men har gjort det tidligere. Tabellene kan ikke si noe eksakt om antallet behandlere som bruker KOR, da enkelte av respondentene har svart på vegne av team eller en enhet. Der en respondent har svart på vegne av et team eller en enhet, teller dette svaret som en respondent i oversikten.

I tabell 4.1.2 ser vi nærmere på interessen for å prøve ut/bruke KOR blant dem som ikke brukte KOR på det tidspunktet de fylte ut spørreskjemaet.

**Tabell** Feil! Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her..2 **Interesse for utprøving/bruk blant dem som ikke bruker KOR per i dag, etter enhetstype (absolutte tall)**

		Enhetstype			Sum
		Barne- /ungdomspsykiatri	Familievern	Annet	
<b>Ønsker å prøve ut/bruke?</b>	Nei	8	4	1	13
	Ja	19	8	4	31
	Vet ikke	7	3	-	10
	<b>Sum</b>	34	15	5	54
<b>Har planer om å prøve ut/bruke?</b>	Nei	26	9	1	36
	Ja	3	3	4	10
	Vet ikke	4	2	-	6
	<b>Sum</b>	33	14	5	52

Tabellen viser at vel halvparten gir uttrykk for ønske om å prøve ut/bruke KOR, selv om de ikke bruker KOR per i dag. Svært få rapporterer imidlertid at de har faktiske planer for slik utprøving.

#### 4.1.2 Antall enheter som anvender eller ønsker å anvende KOR.

Når vi går nærmere inn i data fra spørreskjemaene vil det bli skilt mellom svar fra BUP og svar fra familievern der dette er aktuelt for å få best mulig informasjon om bruk av KOR. Med hensyn til omfang er det særlig BUP-feltet som er av interesse. BUP var i flere år R.BUPs hovedområde og den langt største andelen av svarene kommer fra dette feltet. Fra familievern er det kommet relativt få svar, slik at antallsfordeling ikke kan si så mye. Svarene er derfor systematisert med hensyn til antall enheter det foreligger svar fra innen BUP, familievern og andre.

Fra BUP er det kommet svar fra 44 enheter. Antall enheter der KOR er i bruk av en eller flere terapeuter er 23. Ved 17 andre enheter er det et ønske om å anvende KOR. Til sammen er det 40 enheter innen BUP hvor KOR er i bruk eller det er interesse for å bruke KOR

Vi har også sett på hvor mange ledere det er som benytter KOR eller uttrykker ønske om å gjøre dette, da dette kan si noe om mulighetene for at hele team eller enheter kan ta KOR i bruk. Ved 13 av enhetene er det ledere som bruker KOR og ved 14 andre enheter er det leder som er interessert i å anvende KOR.

Dersom en ser samlet på bruk av og interesse for KOR innen BUP utgjør dette 40 enheter innen BUP, og ved 27 av disse enhetene er det personer i lederposisjon.

Oversikten nedenfor gir et bilde av anvendelse og interesse for KOR i BUP

**Tabell** Feil! Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her.. **3 Oversikt over anvendelse og interesse for bruk i BUP**

Antall enheter det foreligger svar fra	44
Antall enheter der KOR er i bruk av en eller flere terapeuter	23
Antall ledere som bruker KOR	13
Antall enheter der KOR ikke er i bruk, men det er ønske om å anvende	17
Antall ledere som ønsker å anvende	14
Til sammen enheter som benytter KOR eller er interessert	40
Til sammen antall ledere som anvender eller ønsker å anvende	27

Fra familievern er det kommet svar fra 13 enheter. Her er KOR i bruk ved 5 enheter og ved 5 andre enheter er det ønske om å begynne å anvende KOR.

Det er 4 respondenter fra enheter innen rusomsorgen som oppgir at de bruker KOR og en respondent fra en høgskole som oppgir at KOR brukes i utdanningen.

Svarene fra Nord-, Midt- og Vest Norge viser at KOR er i bruk ved 2 enheter innen BUP i Vest Norge, ved 1 BUP-enhet i Midt Norge, mens det i Nord Norge er to enheter innen familievern som uttrykker interesse å bruke KOR. Disse regionene var ikke med i spørreskjemaundersøkelsen og tallene viser bare at det er en viss anvendelse av og interesse for KOR også innen disse regionene.

Vi gjør oppmerksom på at tallene i spørreskjemaundersøkelsen er fra 2005 og vi vet at det har foregått en større aktivitet i bruk av KOR i det siste året. Spesielt gjelder dette innen familievern. Omfangstallene for familievern er derfor lite representative for bruk av KOR innen denne etaten i dag.

### 4.1.3 I hvilke typer sammenhenger brukes KOR?

Vi ser at KOR er i bruk innen flere etater innen psykisk helsevern. Tilnærmingen er i bruk innen BUP og familievern, og er tatt i bruk ved avdelinger innen rusomsorgen og også ved en høgskole. Innen BUP er tilnærmingen i bruk ved ulike typer behandlingstilbud og benyttes både ved poliklinikker, I dag- og døgnavdelinger for barn og dag- og døgnavdelinger for familier. I rusomsorgen brukes KOR både ved poliklinisk arbeid og i døgninstitusjon.

Spørreskjemaundersøkelsen omfattet ikke voksenpsykiatrien. I prosjektperioden fikk vi kartlagt at det også er interesse for tilnærmingen innen voksenpsykiatrien i Norge, og en voksenpsykiatrisk klinikk er tatt med i intervjuundersøkelsen. (se kapittel 5).

Skalaene er i bruk både i individualterapi og i familiesamtaler. I BUP og innen rusomsorgen er de også i bruk i grupper. Ved to behandlingssenheter er det laget tilpassede skalaer til bruk i skolesammenheng. Det er dessuten tilpassede skalaer i bruk på interne fagmøter og i veiledning.

#### 4.1.4 Hvem bruker KOR?

Innen BUP er den største brukergruppen psykologer, deretter kommer (etter antall) sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere, og pedagoger. Halvparten av psykologene oppgir at de er spesialpsykologer, og de aller fleste i de andre faggruppene har kliniske videreutdanninger innen sine områder. Det er bare 1 lege blant respondentene, med spesialitetene barnelege/barnepsykiater. Av respondentene som ikke bruker KOR innen BUP, men som er interessert i å anvende, er det flest psykologer, deretter sosionomer, pedagoger og 2 leger (psykiater og lege i spesialistutdanning). Antall ikke interesserte er likt fordelt mellom psykologer, sosionomer og pedagoger, samt 1 lege.

Noe tilsvarende fordeling finner vi innen familievern. Her er det hovedsakelig psykologer både blant de som bruker og de som er interesserte ikke-brukere, deretter sosionomer og en leder med en annen høyere utdanning. De som skårer ”ønsker ikke” er sosionomer og en leder med ikke oppgitt profesjon.

Innen rusomsorgen er respondentene som bruker KOR psykologer og sosionomer.

Som vi ser er det flest psykologer som bruker KOR, men fordeling av profesjoner ser i hovedsak ut til å følge den fordelingen av fagpersoner som det er på ulike behandlingenheter. Det er få leger/psykiaterer som har svart på undersøkelsen og bare 1 som oppgir å bruke KOR. Vi vet ikke om dette har å gjøre med manglende interesse fra leger/psykiatere eller om det er på grunn av et forholdsvis lite antall leger i feltet.

#### 4.1.5 Ønske om undervisning og veiledning

Kartleggingskjemaet omfattet spørsmål om respondentene hadde undervisning og veiledning i bruk av skalaene og om det eventuelt var behov for dette.

Tabell 4.3 gir oversikt over svarfordelingen.

**Tabell** Feil! Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her.. **4 Undervisning og veiledning i bruk av skalaene etter enhetstype (absolutte tall)**

		Enhetstype			Sum
		Barne- /ungdomspsykiatri	Familievern	Annet	
<b>Har veiledning i skalabruken?</b>					
	Nei	32	5	5	42
	Ja	19	2	-	21
<b>Sum</b>		51	7	5	63
<b>Ønsker veiledning?</b>					
	Nei	8	5	2	15
	Ja	36	1	1	38
	Vet ikke	1	1	2	4
<b>Sum</b>		45	7	5	57
<b>Har fått undervisning i bruk av skalaene?</b>					
	Nei	5	1	1	7
	Ja	46	6	4	56
	Vet ikke	1	-	-	1
<b>Sum</b>		52	7	5	64
<b>Ønsker undervisning?</b>					
	Nei	14	5	3	22
	Ja	21	1	-	22
	Vet ikke	1	1	1	3
<b>Sum</b>		36	7	4	47

Som det fremgår av tabell 4.4, har de aller fleste som bruker skalaene fått undervisning i hvordan skalaene skal brukes. Det er et mindretall som får veiledning i å bruke skalaene, noe mange gir uttrykk for at de ønsker. Når det gjelder spørsmålet om det ønskes undervisning, ser det ut til å være lavere prioritert blant respondentene enn veiledning. Dette har sannsynligvis sammenheng med at langt flere hadde deltatt i seminarer om bruk av KOR enn de som hadde fått veiledning.

#### 4.1.6 Ønske om prosjekt

I følgebrevet til spørreskjemaet var det informert om at det kunne bli aktuelt med en komparativ multisenterstudie for å vurdere effekten av KOR. For å få et bilde av interesse for prosjektarbeid i det kliniske feltet ble det stilt spørsmål om ønske om lokalt prosjekt og ønske

om å delta i et sentralt prosjekt dersom dette skulle bli aktuelt. Det ble også stilt spørsmål om det foregikk prosjektarbeid på arbeidsstedet. Presentasjon av svarene er delt i inn i BUP og familievern. Det særlig svarene fra BUP som er av interesse i denne sammenheng.

Av respondenter som bruker skalaene i BUP bekrefter 41 (av i alt 54) som bruker skalaene at de ønsker å delta i et sentralt prosjekt og 34 at de ønsker lokalt prosjekt. De bekreftende svarene kommer fra ansatte ved 23 BUP-enheter. De fleste, 75 % av skalabrukere, ønsker å delta i prosjekt.

Av de som bruker skalaene i familievern ønsker 6 (av i alt 8) å delta i et sentralt prosjekt og 4 ønsker lokalt prosjekt. Disse representerer 6 enheter.

Innen BUP oppgir 4 respondenter at det pågår en form for prosjekt i enheten, 1 svarer at enheten har hatt prosjekt og 2 at de planlegger prosjekt. Det oppgis at 2 av prosjektene som pågår benytter KOR, prosjektet som er avsluttet benyttet KOR, og de to planlagte prosjektene vil fokusere på bruk av KOR. Innen familievern oppgir 1 at det foregår prosjekt og 1 at det er planer om prosjekt knyttet til bruk av KOR

Svarene tyer på at det er en positiv holdning til prosjektrettet arbeid og til å delta i en multisenterstudie for å vurdere effekten av KOR-tilnærmingen i klinisk praksis. Samtidig er det få som rapporterer om at det foregår prosjektrettet arbeid på egen arbeidsplass.

#### **4.1.7 Praktisk bruk av skalaene**

Det ble stilt spørsmål om skalaene ble brukt individuelt av den enkelte terapeut eller om skalaene ble anvendt av et team, en avdeling eller en institusjon. Spørsmålene omfattet hvilke skalaer som ble brukt, om det var de voksne eller barna eller både barn og voksne som skåret, og om de voksne skåret for seg selv eller barna ved familiebehandling.

Også her har vi begrenset svarene til dem som oppgir at de bruker KOR på utfyllingstidspunktet (n=69). Svarfordelingen på spørsmålene knyttet til den konkrete bruken av skjemaene er vist i tabell 4.3.

**Tabell** Feil! Bruk kategorien Hjem til å bruke Heading 1 på teksten du vil skal vises her..5 **Praktisk bruk av skalaene (absolutte tall)**

		Svarkategorier		
		Nei	Ja	Sum
<b>Enkeltterapeuter bruker skjemaene?</b>		2	57	59
<b>Team bruker skjemaene?</b>		17	31	48
<b>Hele avdelinger bruker skjemaene?</b>		26	15	41
<b>Hele institusjoner bruker skjemaene?</b>		27	7	34
<b>Bruker SRS?</b>		6	59	65
<b>Bruker ORS?</b>		9	53	65
<b>Bruker CSRS?</b>		19	38	58
<b>Bruker CORS?</b>		20	38	58
<b>Voksne skårer for seg selv?</b>		6	48	54
<b>Voksne skårer for barnet?</b>		22	23	45
<b>Barnet skårer for seg selv?</b>		6	52	58
<b>Søsken skårer for seg selv?</b>		22	21	43
<b>SRS/CSRS brukes aktivt i behandlingen?</b>		6	56	62
<b>ORS/CORS brukes aktivt i behandlingen?</b>		9	51	60
<b>Legges data inn i medfølgende graf?</b>		29	33	62
<b>Brukes skjemaene i alle typer saker?</b>		31	30	61

Spørsmålet om hvem som bruker skalaene på arbeidsplassen er sannsynligvis tolket på ulik måte av respondentene og svarene bør derfor kun ses som en indikasjon på hvordan skalaene brukes. Omtrent halvparten oppgir at enkeltterapeuter bruker skalaene, mens den andre

halvparten svarer innenfor kategoriene team, avdeling eller hel institusjon. Tydeligst er det at det er svært få steder hvor hele institusjoner bruker skalaene.

Av de som bruker skalaene enten for voksne eller barn, svarer et stort flertall bekreftende på at de bruker skalaene aktivt i behandlingen. Det betyr at de bruker skåringsresultatene til fortløpende å vurdere utbytte av behandlingen og å drøfte med klienten om innholdet i behandlingen er i samsvar med klientens behov. Halvparten av brukerne oppgir at de bruker skalaene i alle typer saker. Bare et lite fåtall av dem som svarer benektende på dette spørsmålet har oppgitt sakstypen hvor skalaene vurderes som uegnet, men samværsaker og akutte kriser er nevnt som eksempler (se 4.2 og kapittel 5.)

Samlet sett brukes skalene for barn mindre hyppig enn skalaene for voksne. Men ser en spesielt på BUP materialet, har de aller fleste (ca. 80 %) innen BUP oppgitt at de bruker barneskalaene. De bruker enten relasjonskala eller endringsskala eller begge to. De som oppgir at de ikke bruker barneskalene har enten laget en egen versjon av barneskalaen som er tilpasset den sammenhengen de brukes i, eller de bruker voksenskjemaet også for barna. Det er bare to respondenter innen BUP som ikke bruker tilbakemeldingsskalaer for barna. Ved bruk av endringsskala er det vanlig at barnet skårer for seg selv på barneskalaen og at den voksne skårer for barnet slik den voksne mener barnet har det. Ved bruk av allianseskala skårer barnet for seg og den voksne for seg på hver sitt skjema. Ved enkelte enheter, eller i enkelte saker, skårer de foresatte også for seg selv på endringsskalaen. I hovedsak er dette der foreldre opplever egne psykiske belastninger og selv ønsker å bruke endringsskala.

Ved familiekontorene er det ingen respondenter som oppgir at de bruker barneskalaene. Det er heller ingen som oppgir at de bruker barneskalene innen rusomsorgen.

Bare halvparten av brukerne bekrefter at de legger skalaene inn i den medfølgende grafen. De som kommenterer på dette oppgir som grunn at det er vanskelig å ta seg tid til dette i en travel hverdag. Samtidig svarer et stort flertal bekreftende på at de ønsker informasjon om den elektroniske utgaven av resultatregistreringer på graf.

## 4.2 Utfyllende erfaringer ved bruk av KOR

Her presenteres dataene fra de åpne spørsmålene på spørreskjemaet. I spørreskjemaet ble det spurt både om generelle erfaringer med bruk av KOR og om erfaringer med henholdsvis allianseskalaene og med endringsskalaene. Spørsmålene omfatter fordeler og nytte ved bruk av skalaene og dilemmaer og vanskeligheter. Det er spørsmål om skalaene blir brukt i alle typer saker og hvilke saker de eventuelt ikke brukes i. Respondentene skulle svare på hvordan bruk av skalaene påvirket dem selv og arbeidsstedet og kort beskrive arbeidsstedets faglige orientering. De skulle også vurdere effekten av KOR på behandlingseffektivitet og dessuten uttale seg om hvordan klientene opplevde tilnærmingen.

Resultatene fra denne delen av spørreskjemaundersøkelsen vil bli presentert gjennom oppsummerende kommentarer og gjennom sitater fra respondentene. Det er valgt sitater som illustrerer tendensen i svarene både med hensyn til positive erfaringer og dilemmaer/vanskeligheter. Antall sitater som representerer ulike erfaringer står derfor ikke i forhold til det relative antallet tilsvarende uttalelser. Hensikten er å gi en viss oversikt over

erfaringer blant hele utvalget av respondenter i denne undersøkelsen, som en bakgrunn for mer utdypende informasjon om erfaringer med bruk av KOR i kapitlene 5 og 6.

#### 4.2.1 Generelle erfaringer

Spørreskjemaene har først et åpent spørsmål om generelle erfaringer med bruk av KOR. Hoveddelen av svarene vektlegger den betydning skalaene har for å skape en god allianse og for å bidra til økt fokus på endring og resultat. Gjennomgående svar er at skalaene er et godt redskap for å vite at en arbeider i samsvar med klientens forståelse, og for å kunne endre terapien til det som er hensiktsmessig for klientene. En annen fordel som blir framhevet er at bruk av skalaene styrker klientens opplevelse av å være aktør i eget liv. Klientene blir mer ansvarliggjort i terapiprosessen og blir mer aktive og engasjert i behandlingen.

Enkelte understreker at det ikke bare er enkelt å bruke skalene, at det at det kreves kompetanse for å anvende skalaene på en best mulig måte. Det pekes også på at skalaen må brukes systematisk og aktivt i terapiprosessen for å gi viktig informasjon om hva som fungerer for den enkelte klient.

Det er noe ulike erfaringer med i hvilke sammenhenger skalaene fungerer best. Fra behandlere som arbeider med familierapeutiske tilbud vektlegges det at skalaene er spesielt nyttige i arbeid med familier og i arbeid med barn. Andre har erfaring for at skalaene er mest nyttige i individualterapi og mindre nyttige i forhold barn. Det er også erfaring for at skalene er særlig nyttige i arbeid med ungdom.

Sitatene nedenfor illustrerer hovedtendensen i svarene og noen ulike erfaringer:

*Godt verktøy, nyttig både for å skape god relasjon og opprettholde den, samt jobbe målrettet i forhold til problemer.*

*Gir felles grunnlag for klient og terapeut i drøfting av behandling både med hensyn til resultat og prosess.*

*Mer vekt på å utforske tema som er nyttig for brukeren enn hva jeg som terapeut tenker er nyttig.*

*Bidrar til felles fokus i terapien og styrking av pasienten som sjef i eget liv.*

*Klientene blir aktive deltakere i egen terapi både med hensyn til å utforme og vurdere behandlingsopplegget.*

*Positiv erfaring ved at familiemedlemmene blir veldig aktive deltakere i å vurdere/mene/bidra til både utformingen av behandlingsopplegget og i forhold til vurderingene av det.*

*Engasjerer barnet/ungdommen, bidrar til å skape et godt og konstruktivt samarbeid.*

*Nyttig i individualterapi. Mindre nyttig i familiesamtale.*

*Enkle å bruke – tar kort tid.*

#### **4.2.2 Erfaringer med endringsskalene ORS/CORS**

I svar på spørsmål om erfaringer med ORS vektlegges først og fremst at de gir økt fokus på endring, og at de gjør både klient og terapeut mer bevisste på hva som skal til for å skape endring. Bruk av skalaene gir et grunnlag for å vurdere hvilke områder som er vanskelige og som det er viktig å jobbe videre med. Skalaene oppleves som spesielt nyttige i fastlåste saker hvor det ikke er positiv utvikling. De er også til hjelp for å vurdere når det er tid for å avslutte terapien.

Sitatene er et utvalg av en rekke svar med tilsvarende innhold og illustrerer hovedtendensene i svarene:

*Konkret utgangspunkt for samtaler om endring, hva som er blitt bedre, hva som skal til for en økning osv.*

*Gir gode tilbakemeldinger for å rette opp behandlingstilnærmingen i samsvar med de tilbakemeldingene en får.*

*Både klient og terapeut mer bevisste på hva som skal til for å skape endring.*

*Engasjerer klientene. Fokus på overvåking av egen endringsprosess.*

*Bra å ha familiemedlemmene med i å danne en forståelse av hva behandlingsopplegget har ført til for dem.*

*Størst fordeler om en står fast, der det er ingen endring.*

*Mer effektiv behandling. Lettere å korrigere når det terapeuten gjør ikke virker.*

*De oppleves også som nyttige for å vurdere tidspunkt for å avslutte terapi.*

Kommentaren fra en av respondentene kan oppsummere disse svarene:

*Både terapeut og klient gis et nyttig redskap til å bli bevisste på hva klienten trenger for å få det bedre i forhold til de 4 områdene av livet sitt – holde denne dialogen løpende gjennom hele terapien. Kunne stopp opp, endre kurs etc. underveis.*

I enkelte svar vises de til dilemmaer med hensyn til hvordan en kan forstå og bruke ORS/CORS, som er knyttet til spørsmål om i hvilken grad skalaene er et mål på reel endring. Det pekes på at en må være forsiktig med å ta skalaene som uttrykk for reel endring i alle sammenhenger. I arbeid med barn er det erfaring for at barns skårer er situasjonsbetinget. Noe tilsvarende kan gjelde for ungdom som kan skåre mer i forhold til den dagsaktuelle formen. Sitatene nedenfor uttrykker dette:

*En bekymring hos meg er at skjemaene kan bli tatt som fasit.*

*Barna skårer ofte i forhold til nuet.*

*Ungdom påvirkes i sterk grad av ytre hendelser. ORS gjenspeiler dette vel så mye som at terapien er på rett spor.*

### 4.2.3 Erfaringer med SRS/CSRS

Hovederfaringen med allianseskalene synes å være at de gir økt bevissthet på klientens perspektiv og at de bidrar til en bedre relasjon og bedre fokus i terapien. Bruk av skalaene ansvarliggjør både terapeut og klient med hensyn til hva timene skal brukes til for å være til hjelp. Sitatene her er et utvalg av de svarene som uttrykker dette:

*Gir meg muligheten til å være mer bevisst på å tilpasse meg brukeren, og hvilken rolle de vil jeg skal ha.*

*Nyttig for meg som terapeut, hva jeg kan gjøre mer av, mindre av, helt annerledes.*

*Åpner opp for at det er lettere å mene noe og å si fra, om terapeuten.*

*Gir også litt humor inn i samtalen. Gode utgangspunkter for neste samtale. Lettere å gå rett inn i tyngre materiale.*

*Bra med veiledning av klient. Ansvarliggjør klienter med hensyn til hva timen skal brukes til.*

*Godt hjelpemiddel til at alle kan bli hørt i spørsmål om hvordan behandlingen går for dem.*

*Nyttig i forhold til fokus, og justering i forhold til de forskjellige medlemmene i familiens behov.*

En generell erfaring er at både barn og voksne skårer høyt på allianseskalene. Det er kommentarer knyttet til spørsmål om klientene tør å være ærlige overfor terapeuten og til spørsmål om klientens ønske om å tilfredsstille behandleren. Samtidig vises det også til at disse dilemmaene kan brukes positivt i terapien. Ved å bruke allianseskalaene aktivt kan skalaene være et hjelpemiddel i å tydeliggjøre dette dilemmaet.

Et annet problem ved å få ærlige tilbakemeldinger er at det kan være forbundet med dilemmaer å følge klientenes ønsker. Klienten kan ha ideer som er på tvers av terapeuten forståelse og i familiesamtaler kan deltakerne ha ulike ønsker

Sitatene under illustrerer dilemmaer og også mulige løsninger:

*Foreldre og barn gir overveiende høye skårer på allianseskalaene. Uten en aktiv holdning fra behandleren kan bruken da bli overfladisk. Det kreves god kjennskap til skjemaene og verdsette små avvik for og gjøre aktiv bruk av hvor SRS/CSRS skåres.*

*Ikke alle klientene greier å uttrykke direkte hva de mener. Kan være et av deres problemer. Kan da være hjelp i skjemaene og ta dette opp. En av klientene har sagt at hun ikke greier å være ærlig og ønsker ikke å bruke skjemaene.*

*Må være svært tydelig på at ønsker ærlige tilbakemeldinger, samt spørre grundig selv om små avvik fra full skåre på skalaene. Klarer jeg å justere samtalene etter tilbakemeldingene? Ikke alltid lett å skulle følge barnets ønsker, eks. bare leke, ikke snakke, foreldre med ideer og ønsker også.*

#### 4.2.4 Erfaringer med KOR i arbeid med barn og ungdom

I hovedsak refererer respondentene til gode erfaringer med bruk av skalene i arbeid med barn. De gir uttrykk for at skalene aktiviserer barna, at barna opplever å bli tatt på alvor og at de kan bruke sin kreativitet.

Det er også erfaring for at det å bruke skalaene i arbeid med barn gir spesielle utfordringer, og at det kan være vanskelig å vite hva barna egentlig gir uttrykk for. Barnas skårer kan være mer situasjonsbestemt enn voksnes skårer. I arbeid med mindre barn er det erfaring for at skalene kan bli for generelle og at det her kunne vært en fordel med mer spesifikke spørsmål.

I svarene på spørreskjemaet er det relativt få kommentarer som spesielt fokuserer på arbeid med ungdom. Enkelte understreker at de har spesielt gode erfaringer med ungdom, mens andre opplever noe tilsvarende dilemmaer som blir uttrykt i arbeid med barn, at ungdommer skårer mer etter dagsformen.

I sitatene presenteres først positive erfaringer og så sitater som knytter seg til dilemmaer:

*Spesielt nyttig i forhold til barn. Det er et godt redskap for å få dem med i prosessen. De gir positive tilbakemeldinger. Blir tatt på alvor.*

*Barna er kreative. Tegner på arkene og er eksternaliserende.*

*Konkret for barn å krysse av. Åpner for samtale. En form for eksternalisering.*

*ORS har vært nyttig i saker hvor det har vært vanskelig å få tak i barnets egen problemopplevelse og endring i denne.*

*Har opplevd det som utgangspunkt for å kunne drøfte vanskelige områder for barnet underveis i et terapiforløp.*

*I samtalene med ungdom opplever jeg at skjemaene åpner opp samtalen. – Meget nyttig i samtaler med ungdom synes jeg.*

Dilemmaer:

*I forhold til barn kan den informasjonen som kommer fram være vanskelig å forstå/bruke.*

*Barna skårer ofte i forhold til nuet.*

*Barn kan ha vansker med å markere det de ikke liker.*

*Ungdom påvirkes i sterk grad av ytre hendelser. ORS gjenspeiler dette vel så mye som at terapien er på rett spor, fungerer.*

#### 4.2.5 Erfaringer med egne tilpassede versjoner

For at skalene skal være nyttige redskaper i den behandlingssammenheng de brukes er det laget egne variasjoner av skalene spesielt tilpasset tilbudet de skal brukes i. Avdelinger med dag eller døgntilbud over lengre tid har tilpasset skalene til disse tidsrammene, og de har laget egne barneskalaer tilpasset aktivitetene ved disse enhetene. Skalaene er laget med fokus på at de skal være forståelige og gi mening for barna. De som bruker tilpassede barneskalaer oppgir at de har gode erfaringer, og i visse sammenhenger foretrekkes disse skalene.

Egne skalaer tilpasset til bruk på skolen er utarbeidet ved en døgnavdeling for barn og en døgnavdeling for familier. Det er dessuten laget egne versjoner av skalaene til bruk i veiledning, der de brukes for vurdering av veiledningssamtalen og av utbytte av veiledningen.

De følgende sitatene omhandler tilpassede skalaer til bruk i dag- eller døgnenheter for familier og barn:

*Det er laget egne skjemaer i forhold til ukesevalueringer. Små justeringer.*

*Har laget egne graf-skjema tilpasset 4 ukers intensiv familiebehandling med plass til både ORS og SRS.*

*Egne tilpassede skjema for barna i familien. Egen tilpasset versjon fungerer best.*

*Vi opplevde at barna skåret samtalen lavt når det var "vanskelige temaer" Vi synes de ble bedre når vi nyanserte mer.*

*Veldig gode – sikrer at barna forstår spørsmålene og opplever seg tatt på alvor.*

#### 4.2.6 Generelt om vanskeligheter og dilemmaer

Under spørsmål om vanskeligheter og dilemmaer refereres det hovedsakelig på praktiske vanskeligheter. Det pekes på at en belastet arbeidssituasjon gjør det vanskelig å innføre nye tilnærminger. De som allerede bruker skalaene viser til at den største hindringen er å klare å bruke skalaene systematisk. Det er uvant og tar tid og med mange skalaer blir det mye papirarbeid. I langtidsterapi kan bruk av skalene etter hvert gi mindre mening og kan falle bort. Det er også erfaring for at det kan være vanskelig å bruke skalaene i familiesamtaler med mange familiemedlemmer, da det både kan bli mye papirarbeid og mange vurderinger å ta hensyn til.

Det blir ikke her gitt mange kommentarer på mer faglige hindringer for å bruke skalaene. Det henvises til at til at noen terapeuter har en generell motstand mot å ta skjemaer i bruk i klinisk praksis. Det pekes også på at ikke alle klienter liker skjemaer. Med hensyn til andre faglige dilemmaer har to respondenter erfaring med at endringskalaen kan føre til at det blir for mye fokus på et enkelt individ og mindre på relasjoner.

Sitatene nedenfor uttrykker ulike typer dilemmaer:

*Økt press på større produksjon gjør det vanskelig å introdusere og ta i bruk en ny tilnærming.*

*Ikke med skjemaene i seg selv, men å bli virkelig systematisk i å bruke dem. Bryte opp, passe det inn, både i forhold til flyt i timen og tidsperspektivet.*

*Mye papir og kjedsommelig i langvarige behandlinger. Skjemaene trenger aktiv interesse fra behandleren ved negativ tilbakemeldinger såvel som positive. Krever Kompetanse!*

*Når hele familien møtes (f. eks. 5 stykker) er det dilemma hvor mye tid vi skal bruke på spørsmål og hvilke spørsmål til hvilke barn.*

*For mye fokus på den syke, for lite fokus på relasjonene innad i familien.*

*Enkelte liker ikke å bli møtt med skjema.*

#### **4.2.7 Hvordan KOR har påvirket behandlingstid og behandlingsresultat**

En behandlingssenheter som har benyttet KOR systematisk i flere år, rapporterer at de har klar bedring i behandlingseffekt etter at enheten tok i bruk tilbakemeldingsskaler som et grunnleggende prinsipp i behandlingen. Andre respondenter viser til klinisk opplevelse av at behandlingen blir bedre, men har ikke data på dette. Sitatene nedenfor illustrerer kommentarene på henholdsvis spørsmål om behandlingstid og behandlingsresultat.

##### Behandlingstid

*Vanskelig å si noe om, har ikke data*

*Tryggere på å vite når terapi kan avsluttes*

*Får raskere fokus på hva som er problemene og jobber mer effektivt*

*Har økt effektiviteten i behandlingen*

##### Behandlingsresultat

*Har ikke data, men terapien blir annerledes*

*Opplever at det blir bedre terapi*

*I enkelte saker er det klart blitt bedre resultat*

#### **4.2.8 Hvilke typer saker KOR brukes i.**

Det ser ut til at skalaene i utgangspunktet brukes i alle typer saker, bortsett fra når klientene selv ikke ønsker dette. Akutte og alvorlige kriser oppgis imidlertid som unntak fra bruk. Det

ser heller ikke ut til at skalaene brukes i rene utredningssaker. Fra en familieavdeling rapporteres det at skalaene ikke brukes i samtaler med flerkulturelle familier og heller ikke i multiproblemfamilier. Dette begrunnes med at bruk av skalaene ville ta for lang tid med disse familiene.

#### 4.2.9 Faglig forståelse

KOR brukes på tvers av teoretisk forståelse og metodiske tilnærminger. Samtlige som bruker skalene uttrykker at KOR er i overensstemmelse med egen faglig forståelse. Terapeutene og arbeidsstedene representerer et vidt spekter teorier og faglige tilnærminger og alle gir uttrykk for at de jobber innenfor flere forståelsesformer og metoder.

Et utvalg av utsagn fra respondentene gir et bilde av de vanlige svarene:

*Systemisk familierapeutisk tenkning. Nettverksorientert tilnærming. Litt gestaltterapi. Focus på resiliens.*

*Betydelig innslag av narrativ tenkning, løsningsfokusert orientering, men de fleste psykodynamisk bakgrunn.*

*Integrerer nyere utviklingspsykologisk kunnskap med familierapi.*

*Eklektisk: løsnings, systemisk, kognitiv, medisinsk, nevropsykiatrisk, psykodynamisk, konstruksjonistisk.*

*Narrativ terapi står sentralt. Men overordnet orientert mot å forstå klientens egen forståelse og skape bevegelser sammen med dem ut fra der de står. Multitilnærmingperspektiv.*

*At bruker/klient er eier av problem/løsningen.*

*Familieorientert miljøterapi. Kognitiv terapi.*

En av respondentene fra rusfeltet svarer:

*Sosial læringsteori, 12 trinnsmodell, familierapi, psykodynamisk.*

#### 4.2.10 Hvordan har KOR påvirket terapeuten/arbeidsstedet

Informantene uttrykker at KOR har påvirket egen faglig forståelse og påvirket faglige holdninger på arbeidsplassen. Både for den enkelte terapeut og for arbeidsplassen har det ført til økt bevissthet på brukernes perspektiv, på den terapeutiske relasjonen og på endring. Fra behandlingenheter vises det til at økt fokus på klientenes perspektiv har ført til konkrete endringer og nye tiltak i tilbud til klientene. Endringene har gått i retning av mer varierte og fleksible tiltak, ambulante tiltak, og korttidstilbud.

For den enkelte terapeut har bruk av KOR ført til:

*Økt bevissthet på at brukeren er i sentrum og at jeg og mine ting ikke farger temaene i så stor grad som tidligere.*

*Mer bevisst på egen måte å jobbe på og fokus på klientens opplevelse av egen situasjon og relasjon.*

*Økt fokus på relasjonen terapeut/klient.*

*Økt bevissthet mot at behandlingen skal føre til endring.*

*Blitt opptatt av hvordan endring skjer.*

For arbeidsstedet har bruk av KOR ført til:

*Mer åpne på klientens perspektiver. Bevisstgjort dette og tilbakemeldinger på om tilbudet er riktig.*

*Bidratt til større fokus på pasienten som drivkraft.*

*Gjort resultat, prosess og fortløpende evaluering til et felles tema. – Bidratt til at vi har laget et eget korttidstilbud og på andre måter søker et differensiert og fleksibelt tilbud.*

*Det har blitt større bevissthet rundt behandling, mål, kortere behandlingstid, eventuelt annen type behandling (ambulant).*

*Inspirerende. Systematisk. Gode diskusjoner.*

#### **4.2.11 Vurdering av klientenes opplevelse**

De fleste respondentene uttrykker at klientene ikke gir så mye direkte uttrykk for hva de synes om skalaene. Det vises til at klientene ikke stiller så mye spørsmål til bruk av skalaene, men at de som kommenterer gir uttrykk for en positiv holdning. Det oppgis at det er få klienter som reserverer seg mot å bruke skalene.

Sitatene illustrerer hva terapeutene uttrykker som klientenes hovedholdninger og hva de oppgir som grunn til klientene reserverasjoner:

*Klientene kommenterer ikke så mye, men tar det som en naturlig ting.*

*Klienten meddeler at de opplever å bli tatt på alvor og at deres innspill får konsekvenser.*

*Noen synes det er vanskelig å krysse av.*

*Noen synes det blir for mye og orker ikke, men det er ikke mange.*

#### 4.2.12 Alternative tilnærminger

Det er få av respondentene som bekrefter at det systematisk brukes alternative skjemaer eller metoder for å få informasjon om klientens vurdering av den terapeutiske relasjonen og behandlingsresultat, men det henvises til muntlige alternativer. Alternativer som nevnes er at en snakker med klientene om disse temaene og stiller spørsmål. Et arbeidssted henviser til en systematisk muntlig tradisjon med å evaluere relasjon og endring ca. hver 3. eller 4. time. Det henvises også til skalerings spørsmål og til individuelt tilpassede spørsmål til klienten eller familien. Ved enheter som bruker KOR oppgis det at de i tillegg til KOR har utarbeidet egne lokale metoder for tilbakemelding. Ved en enhet med en klar narrativ tilnærming oppgis det at det i tillegg til KOR stilles formaliserte narrative spørsmål. Fra to enheter oppgis det at det brukes egne evalueringsskjemaer i tilknytning til spesielle tilbud. Enkelte henviser til brukerfornøydhetsskjemaer og sluttevalueringsskjemaer som sendes alle foreldre etter behandling.

### 4.3 Oppsummering

Til sammen kom det inn 127 svar på spørreskjemaundersøkelsen og disse utgjør utvalget i undersøkelsen. Et stort flertall av de som besvarte skjemaene hadde kjennskap til KOR-tilnærmingen, mens ca. halvparten brukte tilnærmingen selv. De aller fleste svarene var fra BUP-feltet i helseregion øst og sør, og utgjorde 80 % av svarene. De øvrige svarene var fra familievern i disse regionene, og et lite antall svar fra andre etater og fra de øvrige helseregionene. Svarene gir et bilde av omfang og interesse for KOR, men gir ikke absolutte svar på hvor mange som bruker KOR.

Fra BUP er det kommet svar fra til sammen 44 enheter. Ved 23 av disse enheten er KOR i bruk av en eller flere terapeuter og ved 17 andre er det interesse for å bruke KOR. Til sammen utgjør dette 40 enheter, og tilsvarende ca. halvparten av BUP-enhetene i disse regionene. Fra familievern er det kommet svar fra 13 enheter. Her i KOR i bruk ved 5 enheter og ved 5 andre er det interesse for å benytte KOR. I rusomsorgen er KOR i bruk ved 4 enheter. Ved en høgskole er skalene tatt i bruk i undervisningen. Svar fra de tre andre helseregionene viser at KOR er i bruk eller det er interesse for å bruke KOR ved enkelte enheter innen disse regionene.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at:

KOR er i bruk ved en rekke BUP-enheter innen helseregionene øst og sør og ved flere enheter inne familievern. Ved andre enheter innen BUP og familievern er det ønske om å ta tilnærmingen i bruk. KOR er også i bruk av terapeuter innen rusomsorgen. Det er også en viss grad av bruk av KOR i de andre helseregionene. Ved en høgskole er skalene tatt i bruk i undervisningen.

Tilnærmingen brukes innen ulike typer behandlingstilbud og brukes både ved poliklinisk behandling og ved dag og døgntilbud for barn og for familier. Skalaene benyttes både i individualterapi og i familiesamtaler, i grupper og i miljøterapi.

KOR brukes på tvers av profesjoner. I dag er det flest psykologer som anvender skalaene, deretter sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere og pedagoger, mens det ser ut til å være få leger/psykiatere som bruker tilnærmingen.

Terapeuter som bruker tilnærmingen representerer et stort spekter av terapeutiske teorier og behandlingsmetoder. De fleste terapeutene oppgir at de arbeider innen flere forståelsesformer og har en eklektisk holdning.

Alle behandlerne som bruker tilnærmingen opplever at den passer godt med egen faglig forståelse. Skalaene brukes ikke som en egen terapeutisk metode, men som en tilnærming for økt vekt på klientens forståelse og aktive medvirkning i terapi, og for økt fokus på endring og terapieresultat.

Terapeutene som benytter KOR gir samtlige uttrykk for positive erfaringer. Fordeler som blir særlig vektlagt er:

- Tar klientens perspektiv på alvor og bidrar til å skape en god terapeutisk allianse
- Bidrar til mer vekt på klientens eget bidrag og ressurser
- Gir klienten en mer aktiv rolle i egen terapiprosess
- Gir økt fokus på hva som skal til for å skape endring
- Gjører terapien mer systematisk og målrettet
- Bidrar til kontinuerlig evaluering av om en er på rett vei eller om det er behov for å endre tilnærming, andre typer tiltak eller for å skifte terapeut
- Gjører det lettere å vurdere når det er tid for å avslutte terapi

KOR benyttes i utgangspunktet i alle typer saker. Det ser likevel ikke ut til at de brukes i akutte og alvorlige krisesaker. De brukes heller ikke i rene utredningssaker og ikke i arbeid med alvorlige utviklingsforstyrrelser som autisme. Innen familievern benyttes de ikke i samværsaker med barn og i saker der klientene har motsatte mål for terapien.

Det er noe ulike erfaringer med hva slags type saker og klienter KOR er best egnet for og hvor de ikke passer. Mange oppgir at de har spesielt gode erfaringer i arbeid med barn og familier og særlig i arbeid med barn og unge. Men det er også erfaring for at dette kan by på dilemmaer og spesielle utfordringer. I forhold til arbeid med innvandrere og flerkulturelle familier er det ulike erfaringer. Enkelte har erfaring for at skalene er spesielt til nytte i slike saker, har andre erfaring for at skalene ikke er nyttige og har også sluttet å bruke skalene i slike saker

Behandlerne opplever at KOR fører til bedre terapi og at behandlingen blir mer resultatorientert og effektiv, men de fleste har ikke konkrete data på dette. Den ene institusjon som har konkrete data oppgir at de klart har økt effektiviteten etter at de innførte KOR som grunnleggende prinsipp i behandlingen.

Faglige dilemmaer i bruk av KOR knytter seg først og fremst til klientens åpenhet overfor terapeuten i sine vurderinger av terapien, og også om i hvilken grad og i hvilken sammenheng endringsskåring er uttrykk for reell endring. Det er dessuten både klienter og terapeuter som generelt ikke liker å bruke skjemaer. Ingen uttrykker alvorlige negative sider ved å bruke KOR. Vanskeligheter med å benytte KOR ser hovedsakelig ut til å knytte seg til praktiske

hindringer. Økt press på produksjon og det daglige tidspresset gjør det vanskelig å innføre nye tilnærminger. Dette gjør det også vanskelig å bli systematisk i bruk av skalene.

Det er relativt få som systematisk bruker den medfølgende grafen for registrering endringsskårer, som gir et visuelt bilde av endringer i løpet av terapiprosessen. Det er ønske om å bruke grafen, men vanskelig å bli systematisk med dette i en hektisk hverdag. Samtidig er det stor interesse for å få informasjon om det elektroniske registreringssystemet ASIST.

Terapeutenes inntrykk av klientenes erfaring med KOR er at klientene tar bruk av skalene som en selvfølgelig ting og at de gir uttrykk for å bli tatt på alvor. Det er ganske få klienter som ikke ønsker å bruke skalene.

De fleste av behandlerne som bruker skalene er interessert i prosjektarbeid og bekrefter at de ville ønske å bidra i en studie for å evaluere effekten av KOR i klinisk praksis. Ved enkelte enheter er det, eller har det allerede vært, lokale studier med bruk av KOR.

Både av de som bruker skalaene og de som ønsker å bruke skalaene er det ønske om veiledning, konsultasjon og undervisning i bruk av KOR, særlig gjelder dette veiledning og konsultasjon. Det er mange av som har hatt undervisning i KOR, men det er relativt få som har hatt veiledning.

Det blir pekt på at dersom skalene skal brukes på en best mulig måte, kreves det klinisk kompetanse og erfaring. Selv om alle opplever at hensikten med skalene er i samsvar med egen forståelse byr det å bruke skalaene på nye utfordringer. Ulik erfaring med bruk av skalene i ulike typer saker kan også være et uttrykk for at noen har utviklet særlig kompetanse i å bruke skalene i slike saker og har kompetanse å tilføre andre. Det synes å være klare forbedringsmuligheter i bruk av skalaene.

Samlet sett er erfaringene med KOR er i all hovedsak positive. Behandlerne som bruker KOR opplever at tilnærmingen bidrar til økt brukermedvirkning i direkte klinisk praksis. Bruk av KOR påvirker terapeutenes faglige forståelse i retning av å legge mer vekt på klientens ressurser og på klientens perspektiv på hva som skal til for å skape endring. Ved systematisk bruk av KOR har det også ført til endringer i behandlingstilbud og til nye former for tiltak.

## 5. Behandlere som bruker KOR

Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 12 av de terapeutene som bruker KOR. To av forskerne var med på hvert intervju; den ene ledet samtalen med informantene, den andre noterte mest mulig, og notatene ble renskrevet etter intervjuet. Intervjuet ble også tatt opp på bånd, og opptaket ble transkribert mest mulig nøyaktig. Vi hadde altså to typer skrevne rådata fra hvert intervju, samt opptaket. Den som intervjuet, brukte intervjuguiden for spørsmålene til de som bruker KOR (se Appendiks 4). Det var 10 ansikt-til-ansikt-intervjuer, som tok mellom 1 og 1½ time. De to telefonintervjuene tok noe mindre tid.

De 12 informantene som vi valgte ut, er i gruppen av de som besvarte spørreskjemaene som sa de hadde brukt KOR en stund. De skulle også være relativt erfarne terapeuter. To andre kriterier for utvalg var at informantene så vidt mulig skulle representere ulike yrkesgrupper og arbeide på ulike felter innen psykisk helsevern.

Av informantene, 4 menn og 8 kvinner, arbeider 2 i BUP poliklinikk, 3 i BUP familieenhet dag, 3 i BUP døgn, en på familiekontor, en på døgninstitusjon for unge voksne med rusproblematikk, en i psykiatrisk ungdomsteam og en i psykiatrisk poliklinikk for voksne. Det var 6 psykologer – de fleste var spesialister og en sjefpsykolog, 3 var barnevernspedagoger, 2 psykiatriske sykepleiere, og en som var pediater og psykiater. Flertallet av informantene hadde mye videreutdanning, særlig innen familierapi. 5 var enhetsledere på sin arbeidsplass.

Metoden for å kategorisere og kondensere informantenes fortellinger i rapporten, var å velge ut de utsagn som var mest typiske eller rammende for de temaene som intervjuguiden dekker. Det kunne også bli valgt utsagn som formidlet uvanlige synspunkter som ga perspektiv på det vanlige, og det var også viktig å få fram synspunkter på uheldig bruk – når det kan være problematisk å bruke KOR. Vi har forsøkt å la hver av informantene slippe til like mye i rapporten. Utsagnene er delvis sammenfattet i ”kulepunkter” eller andre generaliserende avsnitt, delvis er de brukt som illustrasjoner. De 12 informantene blir gruppert noe forskjellig under de forskjellige temaene, avhengig av hva som synes å gi de tydeligste og mest illustrerende kontraster i framstillingen.

### 5.1 Behandlernes bakgrunn, begrunnelser for å bruke KOR og faglige orientering

#### 5.1.1 Bakgrunn

Behandlerne har brukt KOR i arbeidet sitt i gjennomsnitt 3-4 år, men mange har kjent til dette terapi-verktøyet fra slutten av 1990-tallet. Noen ble inspirert av andre norske kolleger til å prøve det, mens andre hadde sitt første møte med KOR på seminarer med Barry Duncan og Scott Miller. Én hadde bare såvidt hørt om metoden da han begynte på ny arbeidsplass for to

år siden, der ledelsen hadde tatt initiativ til at alle skulle bruke den. Den som har brukt metoden mest gjennomført på sin arbeidsplass, en døgninstitusjon for barn, sier:

*- Det har vært en del av arbeidsplassen så lenge nå, det er en del av hverdagen. De første forsøkene var i 2001. Da brukte vi det bare på familier og barna. Fra 2003 brukte vi det også i miljøterapi. Men det hele startet tidlig på 90-tallet. En kollega hadde tatt familierapiutdanning på R-BUP, og hun fant en bok av Duncan i en bokhandel; "Changing the Rule...". I 1996 ble vi veldig opptatt av "Heart and Soul...". Da var temaet godt etablert på hos oss. Alle klinikerne her bruker det; sosionom, barnevernspedagog, psykolog osv.*

Det er stor variasjon på hvor mange som bruker KOR på informantenes arbeidsplass; hos noen bruker alle det som nevnt ovenfor, og også flere enheter innen BUP i kommunen/fylket. De utvider også områdene der skalaene kan brukes (særlig skalaene for timeevaluering), til for eksempel hjembesøk, skolen ved institusjonen, samarbeid med 1.linjen, veiledningstimer. Dette er oftest der ledelsen av institusjonen støtter praksisen og inspirerer flere til å bruke KOR. Sjefpsykologen på voksen-DPS'en sier:

*- Det er jeg selv som har tatt initiativ til å bruke denne tilnærmingen og har introdusert den for mine kollegaer. Vi startet med å bruke KOR våren 2004. På poliklinikken gjennomførte vi et kvalitetsutviklingsprosjekt, Legeforeningens gjennombruddsprosjekt i 2005 og skalaene var en del av det. Skalaene er innført som standardpraksis for hele teamet i hver individualtime. Vi er 13 klinikere... Et nytt prosjekt skal forbedre kontakten med 1. linjen. Min hensikt nå er å presentere KOR-ideene for BUP i fylket.*

Hos andre av informantene er det bare en del av teamet som bruker KOR, eller de er alene på arbeidsplassen om det:

*- Jeg er nok den eneste på kontoret som bruker det systematisk og gjennomført. Noen av de andre bruker det av og til, andre ikke i det hele tatt... kollegaer kan si at jeg kan høres ut som en misjonær! Du vet, vi er en gjeng med individualister som jobber for oss selv (psykolog ved døgninstitusjon for rusmisbrukere).*

### 5.1.2 Begrunnelser for å bruke KOR

Informantenes forteller om hvorfor de har blitt inspirert til å bruke KOR:

*- Min huskeregel er Arnljot Eggen sin: 'Lat oss spørja oss fram i staden for å svare oss burt!' Det er dette med lytteperspektivet. Skalaene holder oss på sporet. Vi trenger kontinuerlig feedback (psykolog, familie-enhet BUP).*

*- Mange har erfaring for at det å kunne gi feedback for klienten gjør mye med relasjonen. Du får ganske ærlige svar (psykiatrisk sykepleier, dagenhet BUP).*

*- Det er for å sikre klientens tilbakemelding. Jeg kan ha oppfattet klientens opplevelse feil – får jevnlig bekreftet at det skjer. Viktig å få tak i klientens endringsteori – den stemmer ikke alltid med det man selv tror, og da kan egne forestillinger virke hemmende. Har særlig opplevd store forskjeller med marginaliserte klienter – klienter som har vært hjelpsøkende lenge og endelig får en anledning til å gi tilbakemelding om hva som er til nytte og hva som ikke er det (psykolog, familiekontor).*

*- Godt å få klare svar fra klienter om det skjer en endring, om det vi gjør i timene passer for klienten, være sikker på om vi er på rett vei. Mange terapier fører ikke til endring,*

og her får vi tilbakemelding hele tiden. Og vi får oversikt over hvordan antall konsultasjoner fordeler seg pr sak. Så jeg svarer i tre punkter: 1. Får vite at man er i tråd med brukeren, 2. Som leder er det behov for å få vite dette, 3. Fint å ta ut statistikk – og kunne få oversikt over hva skjer med antallet av saker (klinisk pedagog, BUP poliklinikk).

- Spørsmålet om hva som virker i terapi blir hele tiden stilt til terapeuter, og det er helt feil – man må jo spørre klientene om hva som virker! (psykolog, psykiatrisk ungdomsteam)

- Jeg er helt avhengig av å bruke skalaene, de er blitt en nødvendig del av min praksis. Familiemedlemmenes forståelse er ofte en helt annen enn hva jeg tenker. Skalaene åpner opp for en dialog og gir mulighet for den enkelte til å være uenig og til å forstå hva som er vanskelig (psykiater, familieenhet, døgn).

- Begrunnelsen for å bruke skalaene er gjennom klinisk praksis, der jeg har gode erfaringer med selv å bruke dem. Spesielt ble jeg klar over nytten av skalaene da jeg begynte å bruke dem i en sak jeg ikke kom noen vei med og som jeg hadde jobbet lenge med. Barna liker det, de kan minne meg på skalaene dersom jeg har glemt dem, eller de går og henter dem selv. De opplever nok at det gjør noe med maktbalansen, det blir et mer likeverdig forhold (psykiatrisk sykepleier, familieenhet).

- At vi snakker om det som er til hjelp og om dette fører til endring. Jeg er opptatt av her-og-nå-perspektivet og relasjonen (psykolog, DPS voksen).

- KOR holder meg i skinnen, hjelper meg til å se hva klienten vil snakke om. Jeg liker fokus på bevegelse framover, framfor på bare problemer. Nyttig for klienten å se ting i tid og perspektiv, særlig for barn. Det genererer spørsmål, metaperspektiv: ”Hva mener mamma, hva pappa?”. Å visualisere, skalere, særlig når det er flere i en samtale, hjelper til med å sortere og holde problem atskilt fra person (klinisk pedagog, familieenhet BUP).

- Det passer ok overens med egen faglig tilnærming. Opplever i grunnen at skjemaene er ganske ateoretiske; de kan passes inn i ulike faglige retninger (psykolog, rusinstitusjon).

- Jeg må svare som enhetsleder: Det har ikke vært slik at alle har vært ivrige med en gang. Men jeg har trodd på at den det gjelder skal si om medisinen virker. Vi har ikke vært opptatt av hvilke terapimetoder, men at alle blir spurt (klinisk pedagog, døgninstitusjon, BUP).

- Det er en enkel og systematisk måte å spørre klienten på, noe som ellers kan glemmes (psykolog, DPS BUP).

Informantene begrunner således sin bruk av KOR med

- at de synes det øker deres lytte-evne overfor ”den det gjelder”
- at å få feedback fra klienten gir trygghet på at man er på sporet av klientens endringsteori i stedet for å gå seg vill i sin egen
- at skalaene er gode utgangspunkt for og oppsummering av den terapeutiske dialogen og gjør dermed relasjonen bedre
- at klienten inspireres til å se framover og på ressurser heller enn å se seg selv som ”en haug med problemer”
- at man lærer av å spørre klienter mer enn behandlerne om hva som virker i terapi
- at å vise visuelt at det er framgang, gir klienten håp og opplevelse av å være ”sjef i eget liv”
- at å kartlegge behandlingen over tid, hjelper klienten til å se sitt liv i metaperspektiv der han/hun får hjelp til å ”sortere problem fra person”

### 5.1.3 Om egen faglig orientering, og om KOR har påvirket den

Ingen av informantene synes at det å bruke KOR skaper problemer for deres faglige terapeutiske orientering, den måten å arbeide på som de føler seg fortrolige med, den praksis og teori de har lært seg. De representerer et vidt spekter av måter å være behandler, samtalepartner, pedagog og miljøarbeider på. De fleste kaller seg eklektiske. De bekrefter en trend i tiden om at man ser brokker av terapeutisk teori som *verktøy* som man kan bruke fritt i forhold til hva som passer i konteksten. Som psykologen på familiekontoret sa: ”Har hatt ulike perioder mer preget av opptatthet av bestemte retninger, men ser etter hvert de ulike tilnærmingene mer som instrumenter i en verktøykasse.”

Men for et flertall av informantene synes det som om den familieterapeutiske/systemiske tradisjonen med sine mange forgreninger ligger ”i bønn” av deres tenkning. Det er sannsynligvis fordi det er denne tradisjonen det er enklest å videreutdanne seg i for de som har en høyskoleutdanning i helse- og sosialfag. Men også blant psykologene er det mange som velger den. Den før siterte psykologen sa: ”KOR passer godt med min egen faglige orientering. Jeg valgte sosialklinisk sekvens i studiet og har etterpå vært opptatt av systemisk terapi, familieterapi. Men jeg kan også jobbe mer psykodynamisk med fortolkninger etc., hvis noen klienten opplever det som nyttig.”

Her er et knippe av utsagn fra informantene om faglig orientering og KOR’s eventuelle påvirkning:

- *Jeg er sykepleier og har arbeidet det meste av min arbeidstid i somatikken, ble derved utdannet i årsak/virkning-tenkning – hadde lett for å tenke ”det er foreldrenes skyld” ...KOR har hjulpet meg til å tenke mer sirkulært, og jeg er mer mestringsorientert.*

- *Jeg er påvirket av den eksistensialistiske, psykodynamiske og narrative tradisjonen. Litt av hvert...Ja, KOR har påvirket min faglige tenkning. Jeg var opptatt av relasjon før også, men KOR har gitt det ny mening og ny giv. Det påvirker også undervisningen min. Det fører til mer fokus på mestring, mening og positiv psykologi.*

- *Vi er familieterapeuter hele gjengen her. Alle er inspirert av narrativ terapi. Ellers tenker vi verktøykasse/ eklektisk. Toucher innom PMT kognitiv terapi. Og Sterns utviklingspsykologi... Har kommet over barrieren med å ta tilbakemeldinger. Å oppleve at de gangene de sier ”dette var ikke så bra”, så var det en lettelse. Før var jeg redd for kritikk, nå synes jeg det er bra å få feedback uansett. Det blir enda et faglig bein å stå på. Kierkegaards utsagn om ydmykhet henger sammen med dette.*

- *Jeg er relasjonsorientert og opptatt av nyere utviklingspsykologi, opptatt av hvordan integrere barnespesifikk kunnskap inn i det...Har alltid vært opptatt av terapirelasjonen, og KOR er en enkel måte å få visualisert terapirelasjonen og få satt språk på den*

- *Vi hadde en systemisk og familieterapeutisk narrativ tradisjon. Nå er det vanskelig å sette noen overskrifter – folk er stort sett eklektiske. Den faglige bevisstheten er høy, men få behandlere er ”modelltro”... KOR har påvirket min faglige tenkning i veldig stor grad: Er mye mer årvåken på hvordan jeg møter folk, og er bedre på dette med skalaene enn uten. Jeg er dessuten mer fokusert på endring.*

- *Egen faglig orientering passer med KOR. I erfaring med ungdom – du kan ha inntrykk av at de er fornøyde, men de er ikke det likevel. Jeg er eklektisk, men mest psykodynamisk... Det har støttet opp under min tenkning – her er et verktøy som gir noe konkret.*

- *Hovedorienteringen er narrativ terapi. KOR gir gode muligheter for å få fram klientens historier, og passer derfor bra med min faglige tilnærming... Det har påvirket min faglige tenkning, har fått mer respekt for at klientenes opplevelser er unike. Sitatet fra Kierkegaard om å være der klienten er har blitt svært viktig, og jeg forstår det nå på en ny måte.*

- *Jeg er inspirert av kulturpsykologi, for eksempel Vygotskys teorier om språk. Er også opptatt av "mindfulness" og affektbevissthet, emosjoner...Jeg synes ikke det har hatt noen radikal påvirkning.*

- *Jeg har ikke lyst til å sette i båser. Her er det dyktige folk som kan masse om atferds- eller systemiske metode. I mange år hadde vi også skolert oss på psykodynamiske metoder... Før vi visste om KOR, lurte vi på hvordan få til brukermedvirkning – det ordet kom i 1996! Da det kom på banen, var vi veldig klar for det.*

Alle informantene uttrykker altså at KOR passer med alle de teoretiske tilnærminger de kjenner til. Deres kunnskap om disse kan brukes fritt i den konkrete behandlingssituasjonen, fordi hovedfokus er at alliansen med klienten skal styrkes og dennes endringsteori respekteres. Dette er i tråd med beskrivelsen av den *kontekstorienterte* terapimodell som for eksempel Wampold (2001) legger slik vekt på. Nesten alle synes også at KOR har utviklet deres faglige tenkning sterkt.

## 5.2 Hvordan behandlerne bruker resultat- og allianseskalaene

Som beskrevet i første kapittel, er de fire *allianseskalaene* (som noen kaller time-evalueringsskalaer eller prosess-evalueringsskalaer) behandleren ber klienten krysse av på slutten av hver sesjon, hver time, hver skoledag osv. for å få vite hvor bra han/hun syntes samarbeidet var (CSRS, YSRS, SRS, med smile- eller sure ansikter for barn og tekst for ungdom og voksne). Svarene gir utgangspunkt for en drøfting om hvordan klienten ønsker å bli møtt, hvilke temaer som er viktige å snakke om og terapeutens tilnærming, noe som er nyttig å ha i mente for  *neste sesjon*.

De fire *resultat-skalaene* kaller også noen for endringsskalaer (CORS, YORS, ORS). Disse ber behandleren klienten krysse av på ved *begynnelsen* av en samtaletime, en behandlingsuke eller en dag (det siste når skalaene for eksempel brukes i miljøterapi eller på skolen i en institusjon som har skole integrert i behandlingen). Hensikten er å få vite hvordan klienten synes han/hun har hatt det siden forrige gang man møttes, for å se på *resultatet* av behandlingen, se om det er framgang eller tilbakegang i de problemene klienten har søkt hjelp for. Da er det viktig i samtalen å analysere resultatet. Skyldes framgang (for eksempel bedre samspill i familien) arbeidet i den siste terapisaamtalen, *eller* har det andre "ekstraterapeutiske" årsaker (som at en forelder har fått bedre arbeidssituasjon eller barnet har fått støttekontakt)? På samme vis kan man avklare om tilbakegang i livskvalitet skyldes dårlig terapi eller ekstraterapeutiske faktorer – som en klient sa: "...åja, nedgangen sammenfaller med tiden før jul – det var *det* stresset!"

Resultatskalaene skal således være mål på hvordan terapien virker over tid, og gi en mulighet for klient og terapeut å sortere ut ekstraterapeutiske faktorer fra forbedrings- eller forverringsfaktorer som skyldes terapiarbeidet. Dette kan ytterligere tydeliggjøres når resultatene visualiseres med såkalte *grafer*; klient og terapeut kan selv se forskjellen mellom

hvordan klienten hadde det før og nå, forskjellen mellom T1 og T2. Man kan også lage grafer for allianseskalaene, der man ser hvordan alliansen mellom terapeut og klient utvikler seg. Hvis kurven for allianse går nedover etter tid, er det fare for at klienten mister troen på behandling. Men hvis den holder seg stabilt på høyt nivå, og det ikke ser ut til å være framgang på resultater, er *det* også nyttige opplysninger, som bør diskuteres.

Ut fra materialet synes det hensiktsmessig under dette avsnittet (5.2) å dele eksempler på utsagn fra informantene i tre grupper: De som jobber i en BUP-kontekst med poliklinikk eller familieenhet, de som jobber i BUP dag- eller døgninstitusjon, og de som jobber med voksne. Grunnen for å skille de to BUP-gruppene, er at i den første har barnet eller familien terapi i enkelte avtalte timer, mens i den andre gruppen er samværet mellom klienter og behandlere i lengre tidsstrek, slik at hvor ofte man bruker KOR og hvordan det kan brukes i andre behandlingsformer som gruppeterapi, miljøterapi og skole, er viktig å beskrive.

### 5.2.1 De som jobber i BUP's poliklinikker eller familie-enheter

Ingen av informantene bruker bare individualterapi med "identifisert pasient", men har også familiesamtaler eller parsamtaler med foreldre:

- *Vi bruker KOR i individual-, foreldre- og familiesamtaler. Barna skårer resultat- og allianseskalaene for seg selv og de voksne resultatskalaene for barna og allianseskalaene for seg selv. Dersom de voksne kommer for egen del, skårer de resultatskalaene for seg selv. Å sammenlikne og se forskjeller i barnas og foreldrenes opplevelse av felles situasjon slik det viser seg i skårene, er veldig nyttig i samtalen.*

- *Individualsamtaler er enkelt, for der er det en klar begynnelse og slutt. Vi kan også bruke KOR for foreldres egge vedkommende, for noen har en vanskelig hverdag og de kan se når det går bedre. De fleste foreldre slutter med det etter en stund.*

Det er interessant å se hvordan det skaper ekstra dimensjoner i samtalen at barna skårer for seg selv, og foreldrene kan skåre både for seg selv og for barnet (hvordan de tror barnet har det eller opplever en terapitime "egentlig"). Terapeuten kan invitere til drøftinger om hvorfor partene opplever seg selv og hverandre ulikt (se også bruker-intervjuene om dette). Dette kan også brukes som en "gjettelek" på hverandres følelser:

- *Når vi jobber med ungdom, skårer både foreldre og barn og hver for seg, og så gjetter de hva den andre parten skrev. Dette kan brukes terapeutisk – for eksempel få en forelder til å reflektere over "Hva er mine problemer og hva er problemene slik barnet mitt ser det?"*

Eller som en annen sa det:

- *Fint at de kan sammenligne seg med hverandre – det er litt hemmelig og spennende at de skårer hver for seg. Mye artig rundt det – å ha det på bordet og se på forskjellene mellom familiemedlemmene sammen – det lager gode diskusjoner.*

Hvor ofte behandlerne bruker KOR ser ut til å være svært individuelt, ut fra hva de synes er hensiktsmessig for den enkelte bruker, hvor ofte brukeren eller familien kommer til samtale, eller i hvilken fase de er i behandlingen:

- *Dersom de kommer en gang i uka eller sjeldnere, har vi KOR i hver time. Dersom det er intensivt opplegg med samtaler flere ganger i uka, vurderer vi hvor ofte det synes å passe.*

Terapeutene føler seg også fri til å la klientene bruke skalaene på ”ustandardiserte” måter, hvis det synes å være terapeutisk nyttig:

*- Det er fint at skalaene skåres for hvordan de har det på flere ulike arenaer, slik at en kan se at de har det forskjellig innen de ulike områdene. På linjen som handler om skole (hvordan de har det sosialt) skårer de ofte for skole og venner hver for seg på den samme linjen...*

## 5.2.2 De som jobber i BUP's dag- eller døgnavdelinger

Lengde på opphold, intensitet i behandling og hvor ofte KOR brukes, er forskjellig. Noen har funnet på egne versjoner eller andre visuelle uttrykk for prosess, resultat eller allianse, andre ikke:

- *Familien er her ofte hele dagen; foreldrene er ikke på jobb og barna er på skole (i helgen alltid hjemme). I intensivperioder brukes resultatskalaer på starten og slutten av uka og allianseskalaer på slutten av hver dag. Det er stor forskjell på lengden av oppholdet. Vi har ikke egne versjoner spesielt tilpasset konteksten.*

- *Vi bruker resultat- og allianseskalaene både for voksne og barn, i både familie- og individualsamtaler. I tillegg har vi en egen skala der de voksne skårer for hvordan de tror barnet har det. Da har vi mulighet til å systematisere materialet, se utviklingstrekk og bruke det i forskning. Inspirert av skalaene har vi også laget baller med ulike uttrykk som barna bruker. Vi har forskjellig farge etter hvor i prosessen de brukes: Egen farge for forvern, for hver av ukene familien er innlagt og for ettervern.*

- *Vi vurderer hvor ofte det er hensiktsmessig å bruke KOR – vi har jo både dag-, døgn- og ambulante tilbud for barn fra 6-12 år.*

- *I de seks årene vi har arbeidet, er gjennomsnittlig tid ca. ett år på hver familie. Jeg bruker alle skalaene, men har ikke laget egne versjoner.*

I BUP's dag- og døgninstitusjoner utvides bruken av skalaene til mange flere situasjoner enn enkelt-terapitimer:

- *Vi kan bruke KOR overfor andre samarbeidende parter som for eksempel lærere.*

- *Vi bruker skalaene også i grupper. Vi har "idégruppe" der barn og voksne lager film, og evaluerer samarbeidet. "Fellesaktivitet" har vi hver fredag en halv time, der barna gir tilbakemelding.*

- *Alle samtalene som familiekonsulentene har, skåres. Vi jobber også "hjemme hos". I det miljøterapeutiske tilbudet bruker vi endringsskjemaet på mandag, og på torsdag allianseskjemaet. Skolen har også utviklet egne bruker-evalueringsskalaer.*

- *Skalaene brukes i de fleste sammenhenger: Gruppe-, familie-, foreldre- og individual-samtaler. Vi starter alltid med hele familien.*

- *Skolen har en egen versjon for elevenes evaluering av forhold til lærerne og skolen. Endelig har vi utviklet egne skaler for bruk i personalet for å fremme et godt sosialt og faglig miljø. Interne møter evalueres på nytteverdi, forhold til medarbeidere, samarbeid og faglig utvikling.*

Alle de informanter som har arbeidet med både barn og voksne, sier at det er ikke noe vanskeligere å få barna til å forstå bruken av skalaene enn de voksne, kanskje heller lettere, fordi barn liker det visuelle, og er mer vant enn voksne til å bruke pc i mange situasjoner. De fleste bruker skalaene slik de er oversatt og har ikke laget egne versjoner. Men noen gjør kreative ting:

- *Barna opplevde behov for å nyansere mer enn det skalaene gjør, for eksempel å sette flere kryss på CORS på skalaen om hvordan man hatt det siden sist sosialt. Det kunne ha med tid å gjøre; man satte ett kryss hvis man regnet fra fredag, og et annet hvis man regnet fra i går. Eller flere kryss fordi man hadde ulikt forhold til ulike venner.*

### 5.2.3 Bruk av KOR-grafene i psykisk helsevern for barn og unge

Noen bruker grafer bare av og til og usystematisk – når de husker det eller har tid til det, andre bruker dem systematisk og legger dem også inn på pc. Man bruker det oftest på resultatskalaene, men noen bruker dem også på allianseskalaene. Her er noen eksempler:

- *Når jeg bruker graf, har jeg én for foreldrenes skårer og en for barnas, slik at vi kan sammenlikne og snakke om det.*

- *Hvis klientene ikke er interesserte i grafene legger vi det til side. Men behandlerne bruker grafene alltid for egevaluering.*

- *Flere av behandlerne viser resultat-grafene til klientene underveis. Hvis det er oppgang, blir de blide, hvis nedgang, kan det bli en fin refleksjon over hvorfor.*

- *Etter åtte uker har vi evaluering. Vi legger data fra ORS/CORS inn på grafen. En periode stoppet vi pga. etiske problemstillinger. Nå er dette greit for nettverket, BUFetat har laget en kontrakt. Men vi er ikke kommet så langt at vi bruker grafene i samtalene.*

- *Vi har ikke kommet så langt at vi bruker grafen, men sammenlikner skårene fra uke til uke. Det ville være viktig å få tid til å bruke grafen for å jobbe mer systematisk, det ville gi økt forståelse og entusiasme for meningen med KOR*

Andre forteller om at det for klientene kan være svært motiverende å lage grafer selv for å se sin egen utvikling visuelt:

- *En ungdom var for eksempel så interessert i å lage egne grafer på skalaene: Tre av resultat-skalaene ble bra, men forholdet til familien var dårlig.*

- *Noen barn sier: ”jeg vil se kurven min” – og de kan være med og sette merke på grafen på PC. Det synes de er morsomt, og de kan også tegne og pynte. De er stolte av det.*

### 5.2.4 De som jobber med voksne

En viktig forskjell mellom klienter i BUP-avdelinger i psykisk helsevern og avdelinger for voksne, er at i sistnevnte er det sjelden at pårørende skårer for ”identifisert pasient”. Det virker unaturlig eller kanskje umyndiggjørende at foreldre skal skåre på skalaer for ”Hvordan har min sønn/datter det?” Likevel brukes selvfølgelig ofte familie- eller parsamtaler, der det verdifullt å drøfte partenes ulike syn på hverandre eller felles situasjoner.

Det varierer hvor gjennomført bruken av KOR er blant informantene i voksenavdelinger. I en DPS bruker de skalaene helt systematisk slik at de er blitt en del av hele registreringssystemet:

- *Vi bruker ORS og SRS i alle individualsamtaler, og bruker også grafen for ORS systematisk. Skårene registreres alltid og grafen ligger i journalen. For min egen del legger jeg også inn SRS på grafen, for jeg er opptatt av relasjonen, å følge med i hvordan klienten opplever alliansen og min tilnærming som terapeut. Vi drøfter skåringene i timene for at jeg kan forstå hva klientens vurderinger betyr. SRS brukes også litt i veiledning, for at supervisor får feedback fra supervisand.*

På døgninstitusjonen for rusmisbrukere har behandlerne noen hypoteser for hvordan gode behandlingsforløp kan se ut, som de også ønsker å se visualisert i grafene:

- *Her brukes både SRS og ORS. Jeg prøver å bruke dem systematisk i alle egne pasientsamtaler, lager grafer over hver pasients utvikling og diskuterer dem med pasientene med jevne mellomrom. Det er ikke laget egne versjoner, men det er forsøkt å lage en egen*

kurve for hvordan et gjennomsnittlig behandlingsforløp ved institusjonen ser ut. Denne kurven ser helt annerledes ut enn den som Duncan presenterer – vår går mye brattere opp i starten for deretter å gå litt nedover, for så stige igjen. Hvis den ikke går nedover men holder seg jevnt oppe, tenker vi det betyr at det ikke skjer noen robust endring... Vi bruker skalaene for å vurdere hvor stor grad av utfordring pasientene utsetter seg for mens de er i behandling – spør dem hva de tror de ville skåre hvis de hadde vært et annet sted uten institusjonens rammer rundt seg.

Behandleren i det psykiatriske ungdomsteamet der han er den eneste som bruker skalaene, har sin egen muntlige og delvis sporadiske måte å anvende ideene bak KOR:

- Jeg bruker SRS og ORS både i familie-, par- og individualsamtaler. Det hender at jeg bruker den medfølgende grafen, men ikke ofte. Jeg avslutter alltid timene med å spørre om vi har drevet med det vi burde drive med i dag. Ikke alltid bruker jeg skalaene. Hvis jeg ikke bruker skjema slik at de kan krysse av, så spør jeg om det samme som står i dem. Noen få klienter vil ikke bruke dem, de synes det blir for komplisert å få livet sitt innpasset i noen skalaer.

Som en oppsummering på temaet om hvordan behandlerne bruker skalaene, kan det sies at de bruker dem ganske forskjellig. De føler frihet til å implementere dette verktøyet kreativt i den konteksten de arbeider i, og det varierer både hvilke av skalaene de bruker, hvor ofte, overfor klientene eller også overfor andre i behandlingssystemet som pårørende, gruppe- og miljøterapi, skole og andre samarbeidspartnere. Behandlerne kan også bruke KOR i sin egen kollegagruppe, for å bedre faglig og sosial utvikling eller veiledning. Noen har utviklet egne visuelle versjoner som å lage "smile- eller sure ansikter" på baller, bruke ulike farger på de forskjellige faser i behandlingen, la barna tegne grafer på tavlen, eller la dem legge inn sine grafer selv på PC. Noen bruker KOR konsekvent og har lagt det inn i hele sin institusjons evalueringssystem og prøver også å inspirere andre behandlingssystemer i sin kommune/sitt fylke til å bruke det. Andre bruker det mer sporadisk, men har likevel utbytte av det, og mener også at klientene har det, som vi skal se i neste avsnitt.

### 5.2.5 Hvordan behandlerne forklarer nytten av KOR overfor klientene

Vi har før beskrevet hvordan behandlerne begrunner bruk av KOR overfor fagmiljøet og hverandre. Men hvordan begrunner og forklarer de det overfor de som de skal hjelpe?

- I første samtale sier jeg noe slikt som at "skalaene hjelper meg til å finne ut om vi snakker om det som er viktig for deg, på en bra måte" (psykiatrisk sykepleier, dagenhet BUP.)

- Overfor klientene begrunner vi bruken av resultatskalaene med at vi vil ha tak i deres egen opplevelse av framgang. Angående allianseskalaene sier vi at det er et samtaleredskap, som kan hjelpe klienten til en fornemmelse av hvor nyttig samtalen er, og oss til å lytte bedre. Det disiplinere oss (psykolog, familieenhet BUP)

- Jeg sier at jeg vil være til best mulig hjelp, og at vi kan få mulighet til å endre på det vi gjør dersom det ikke passer (psykiatrisk sykepleier, familieenhet BUP).

- Jeg sier at vi er opptatt av å sjekke ut ofte om klientene føler at de får hjelp – at det går framover. Da vil vi prøve å sikre at de er på riktig vei og har det greit sammen oss. Vi vil de skal si ifra dersom det ikke er greit (sjefpsykolog, DPS voksen) .

- Vi introduserer skalene før familiene kommer inn i avdelingen, der hvert enkelt familiemedlem setter opp sin egen målsetting for oppholdet. Vi forklarer det med at vi er helt

avhengige av at vi sammen finner ut av hvordan vi skal nå målene, at vi er avhengig av tilbakemelding på om vi er på rett spor (psykiater, familieenhet, døgn).

- Jeg sier at "allianseskalaene er ment som en hjelp for meg for å hjelpe deg". Når det gjelder resultatskalaene, sier jeg at "det er for å se om behandlingen skaper framgang". Jeg legger vekt på at det ikke er en evaluering av pasienten, men en hjelp for behandleren (psykolog, rusinstitusjon).

- Jeg sier at hensikten med samtalene er at livet skal bli mer likt med sånn som klienten tenker at livet skal være, og at skalaene skal sjekke at vi er på rett spor. Det er sjelden kommentarer til dette, men hvis, så er de positive. Allianseskalaene kan være litt vanskelig for noen hvis de føler det slik at de skal evaluere meg som terapeut. Jeg sier at det er det jeg ønsker (psykolog, psykiatrisk ungdomsteam).

- Jeg sier at klientenes feedback er viktig fordi det sier noe om deres opplevelse av hva som er til hjelp. Jeg er opptatt av hva de mener skal til for å skape endring (psykolog, familiekontor).

- Jeg forklarer bruk av skjemaene med at vi skal kunne gi best mulig hjelp, at vi får fulgt med på om vi snakker om det de vil snakke om. At vi er på sporet (klinisk pedagog, familieenhet BUP).

- Jeg har ingen felles måte å forklare på, det kommer an på klienten der og da. Ofte sier jeg at skalaene er en hjelp for meg. Det kan være noen som har vært veldig utsatt med traumer som først skårer høyt på resultatskalaene, de er "kjempe". Når de slapper av, blir de sinte og viser det vonde. Vi oppfordrer dem til å si fra. Det er feil å skrive ut hvis det er idyllisering (psykolog, BUP poliklinikk).

Alle informantene uttrykker som sistnevnte, at det ikke er noen fast *formular* for å forklare klientene hvorfor man oppfordrer til bruk av skalaene. Tid, sted, person, problem, kontekst avgjør hvordan man får formidlet *meningsinnholdet*.

## 5.3 Behandlernes terapeutiske erfaringer ved bruk av skalaene

Under denne overskriften skal vi som første punkt se på gode eller nyttige erfaringer som de 12 informantene har hatt. Under neste punkt ser vi på det de uttrykker som dilemmaer eller problematiske erfaringer med KOR. Under begge punktene ber vi dem både om generelle erfaringer og eksempler. Under det siste punktet ber vi om behandlernes erfaringer med hensyn på KOR's påvirkning av deres generelle faglige tenkning, videre om de har hypoteser om behandlingstid og behandlingsresultat, samt om utprøvingen av skalaene i en norsk kontekst.

### 5.3.1 Gode eller nyttige erfaringer med KOR

Vi beskriver først utvalgte erfaringer hos de som jobber med barn og ungdom, og deretter hos de som jobber med voksne:

- Det er spesielt nyttig å venne seg til å hele tiden spørre, for det kan bli overraskende svar. Og folk liker å oppdra terapeuten litt, makten blir litt likere fordelt. Vi får ofte nyanserte svar som vi kan utdype. Noen foreldre spør: "Kan du ikke snakke med ungen alene?" Vi vil ikke så ofte det, men da er skalaene nyttige: Foreldrene lytter når vi diskuterer skalaene med ungen. På resultat-skalaene kan foreldrene synes at ungdommene skjuler for mye når disse sier "jeg har det greit". Vi drøfter med begge parter hva det betyr at barna skårer høyere enn

*foreldrene. Er foreldrene mer bekymra enn ungene – er det bedre enn omvendt? Er det allright at ungen holder på normalitetssynet, eller?* (psykolog, familieenhet)

Denne behandleren viser altså at bruk av skalaene ikke bare er en enkel *skåring*, men et verktøy for terapeutens refleksjon omkring at det han/hun tror, kan bli korrigert av klientens feedback. Denne ”overraskelsen” er det mange av informantene som nevner, og at den gjør at de etter hvert føler seg helt avhengig av feedbacken. Resultatskalaene kan også åpne for større refleksjon i samtalen mellom *familiemedlemmene* i deres ulike syn på barnets, den ”identifiserte pasientens” situasjon. Også en annen behandler nevner at dette er verdifullt materiale i familierapi, og at ulikheten kan tolkes begge veier:

*- På resultatskalaene er det viktig at vi får foreldrene til å skåre for barna. Barn skårer ofte høyere enn foreldrene og gir uttrykk for at de har det bedre enn foreldrene tror. Vårt inntrykk er at barna underskårer på grad av smerte og at det å samtale om skåren kan hjelpe barna til åpne opp for å snakke om smerten. Men også omvendt, at de voksne kan se at barna ikke har det så vondt som de tror.* (psykiater, familieenhet, døgn)

At skalaene kan bli verktøy for å åpne for arbeid med temaer som har vært skjult i en familie, som for eksempel et barns utrygghet ved foreldres dysfunksjonelle kommunikasjon, viser neste utsagn. Det kan tolkes slik at barnet som kunne få ”sekundærgevinst” av foreldrenes konflikt, likevel ønsket åpen drøfting. Det følte lettelse og større trygghet, som det viste ved høy skåring på timeevaluering.:

*- Her er et eksempel om en sak med splittede foreldre: Barnet lider på grunn av det, men ”bruker” det også. Skalaene bidrar til å gjøre samtalen mer konkret, gir hjelp til å bruke tanker mer enn følelser. Man løfter seg litt opp. Selv om det har vært en vanskelig samtale ser foreldrene at barnet skåret høyt, og grunnen er at hun får direkte informasjon.* (Psykiatrisk sykepleier, dagenhet)

Flere av behandlerne mener skalaene er et unikt verktøy for å hjelpe familiemedlemmer til både å få fram egen opplevelse og utvikle lytteposisjonen:

*- En far hvis sønn hadde ADHD-diagnose uttrykte at det var så fint å kunne lytte til hva sønnen sa. Vanligvis ville han stoppet gutten med kommentarer. En mor til ett annet barn sa at hun ble så ydmyk når hun hørte sønnens svar. Foreldrene har ikke visst at barna har så mye selvrefleksjon. Skalaene får fram barnets selvopplevelse og foreldrene ser hvordan barnet har det når de setter seg i lytteposisjon. Jeg ser mye endringer på grunn av dette.* (psykiater, familieenhet, døgn)

Noen nevner typer av saker der skalaene er særlig nyttige:

*- Vi har spesielt gode erfaringer med vanskelige saker der det kan være vanskelig å snakke åpent, som spiseforstyrrelser og overgrepssaker. Vi kan komme forbi den første avvisningsfasen, når barnet åpner opp ved å gi nonverbale uttrykk som å skåre lavt eller lager egne symboler/tegninger på arkene. Selv om de ikke kan si noe om hva som er galt, får de formidlet at noe er vanskelig.* (samme behandler som forrige)

*- Jo mer smidige vi er i bruken av KOR, jo mer blir det et skreddersydd tiltak. Vi har veldig fornøyde terapeuter. Og når de legger fram for kollegene et mindre tilpassa tiltak, får de mange innspill. Ei jente med diagnosen elektiv mutisme syntes det var greit å bruke skalaene. Terapeuten brukte først endringsskalaer, og så allianseskalaer. Men det var bare full pott hele tida, jenta nyanserte ikke. Da fikk terapeuten en idé om at hun kunne presentere forslag til svar, og da kunne jenta riste på hode eller nikke. En dag sa hun at terapeuten var for*

*aktiv! Det ga veldig fart i prosessen at terapeuten rettet seg etter det. (barnevernspedagog, døgningstusjon)*

Flere av informantene nevner som vist ovenfor at *visualiseringen* av resultat- og timeevaluering er så nyttig for barn. Det er lettere å komme tidlig i gang med gode tiltak i behandlingsforløpet og på samme vis å kunne vurdere når terapien kan avsluttes:

- *Spesielt nyttig er det å få vite tidlig i forløpet hva klienten synes.*

- *Det er en fin opplevelse å se barna når de fyller ut. De er kreative, tegner på arkene og er eksterntalende. Jeg har veldig tro på dette verktøyet når det gjelder barna. For eksempel når en skal avslutte saker. Det var en sak der guttens bedring kom så klart fram gjennom skalaene at familien kunne avslutte terapien lenge før de hadde tenkt det var mulig. (psykiatrisk sykepleier, familieenhet)*

- *Sammenlikner jeg responsen fra klienter når skjemaene ikke brukes med når de brukes, er det som natt og dag! Folk sier nemlig sjelden fra hvis de er misfornøyd, og da er skalaene til god hjelp – først med visuelt uttrykk og deretter er det mer uttalt.*

- *For barn hjelper visualisering. Vi kombinerer gjerne med å bruke tegning på tavla.. Jeg som terapeut utvikler meg, ser hvordan jeg kan gjøre ting annerledes. (klinisk pedagog, BUP-klinikk)*

Som for behandlerne som jobber med barn og ungdom, vil de som arbeider med voksne ikke bare bruke skalaene som en analog *skåring* for klientens grad av tilfredshet med framgang i terapien og grad av tillit. Skalaene er også et verktøy for terapeutens sjekking av sin arbeidsmåte, sjekking av om klienten føler at terapeuten *spør*. Men hva er det å spørre, i dypere forstand?

- *Det er viktig for meg å være sikker på at jeg har spurt klientene. Jeg synes det er veldig nyttig at vi sammen kan se på hvordan det går, at klientene ser at terapeuten også er interessert i dette. Slik at de kan oppleve at de blir tatt på alvor – at terapeuten følger med i hvordan de har det i timen og hvordan det går med dem. (psykolog, voksen-DPS)*

En får inntrykk av at for denne terapeuten fungerer skalaene som et slags *kompass* for at hun er på rett vei, at hun blir urolig hvis hun glemmer å bruke kompasset. Hun forteller videre:

- *Jeg synes skalaene hjelper til med å skape en god relasjon. Jeg jobber en del med unge jenter som har problemer med å sette ord på egne opplevelser. Da hjelper det å kunne sette et merke. Gradvis får de trening i å bruke ord – vi får laget en allianse og ordene kommer etter hvert. Det har vært utrolig nyttig i saker med klienter som har vært utsatt for overgrep og seksuelt misbruk. Ei jente som var utsatt for grovt misbruk var veldig paranoid. Derfor kunne hun si lite, men klarte å sette et merke! Hun skåret først svært lavt på SRS, men da kunne vi snakke om det og etter hvert også om misbruket. Det fungerte, og hun ville ikke vært der hun er nå uten skalaene. (samme behandler som hadde forrige utsagn)*

Den samme terapeutiske ”kompass-følelsen” synes neste behandler å ha, der han synes skalaene er trygge å bruke som et mulig korrektiv til såkalt ”klinisk skjønn”:

- *Bruk av skalaene er fordelaktig fordi det hjelper meg som terapeut å holde meg på sporet. Å sjekke ut underveis med klientene om det vi driver med er det vi skal. Pluss at det er en hjelp til å sjekke ut om det vi driver med virker. Jeg har av og til fått noen aha-opplevelser ved bruk av skalaene – og det sier meg at man skal være litt forsiktig med klinisk skjønn. Skalaene minner meg på betydningen av å spørre klientene rett og slett. (psykolog, psykiatrisk ungdomsteam)*

Behandleren som jobber med rusmisbrukere, synes å være opptatt av den tendens til ”idyllisering” som nylig avrusete unge mennesker kan ha, og bruker skårene til bevisstgjøring om denne tendensen i de terapeutiske samtalerne:

*- Jeg stoler aldri på skåringene til å begynne med – de er alltid litt for høye. Jeg prøver å formidle at det er viktig at de skårer lavt hvis det som er riktig for dem. Skalaene er nyttige som en ansvarliggjøring av begge parter. Tror tiden utnyttes bedre, det blir fort tydelig på SRS om pasientene opplever at de har brent inne med noe i en time og da kan man enten ta det opp der og da eller i neste time. En viktig fordel med skalaene er at de gir en slags kontinuerlig evaluering av hva vi holder på med her. (psykolog ved døgninstitusjon ved rusmisbrukere),*

Endelig uttrykker behandlerne nærmest unisont at skalaene bidrar til å støtte både de voksne og barnas opplevelse av å mestre, få tro på egne ressurser:

*- Vi kommer veldig fort i gang med tiltak som foreldre trur på. Foreldre er mye mer kreative enn oss, fordi de kjenner ungene sine. Vi vil forsterke opplevelsen av å få til, at de føler seg som agent i eget liv*

*- Jeg har noen sterke opplevelser med mødre på BUPA som opplevde at deres tilbakemeldinger fikk betydning. Det var tydelig å se at deres selvillit økte ved at hjelperne var opptatt av deres teorier om hva som skulle til. Det var også virkningsfullt i parterapi på familiekontoret med menn som ofte er slept med – de opplever å bli hørt på en måte som får konsekvenser.*

En oppsummering av behandlernes positive erfaringer:

- ”Kompass-verktøyet”: Når man spør klientene via skalaene om deres syn på resultat eller allianse, kan man få overraskende svar. Det hjelper terapeuten til å sjekke om man er på rett vei, sjekke det ”kliniske skjønn” .
- Skalaene brukes ikke bare som enkel skåring, men som inngangsport til uavdekkede, tabuiserte temaer, bevisstgjøring og større refleksjon for både terapeut og klient. KOR kan altså være et klinisk verktøy.
- I familie- eller parsamtaler kan skalaene hjelpe klientene til både å få fram egen opplevelse og å øke sin lytte-evne, for eksempel ved å ”gjette”, eller sammenligne hverandres skårer.
- Når noen har vanskelig for å fortelle med ord om sårbare temaer, kan det ””2å sette et merke” være første skritt.
- For særlig barn er visualisering; analoge uttrykk, nyttige.
- Skalaene gir terapeuten en type kontinuerlig evaluering av sitt arbeid.

### 5.3.2 Dilemmaer eller problematiske erfaringer med KOR

For alle behandlerne var det stor forskjell mellom det de kunne føle var dilemmaer med bruk av KOR, og hva som var direkte negative erfaringer. Det siste kunne være eksempler på konkrete situasjoner eller saker der de hadde følt at det ikke var riktig å bruke skalaene som verktøy mens *dilemmaer* syntes mer å være uvanlige og utfordrende situasjoner der KOR kunne brukes hvis terapeuten hadde hatt mer erfaring med å bruke skalene, og der det hadde vært viktig å få veiledning, eller drøfte saken med andre kolleger. Flere av informantene som bruker KOR i så å si alle saker og de fleste terapeutiske sesjoner, kunne ikke nevne noen konkrete negative erfaringer, men mente at man selvfølgelig alltid må bruke skjønn på hvordan og hvor ofte.

- *Jeg husker en situasjon der KOR skulle brukes i en familie med en spiseforstyrret jente. Hun var i utgangspunktet fryktelig redd for å gi tilbakemeldinger i det hele tatt, og da ble det helt feil å bruke skalaene. Man må være åpen for at det noen ganger kan være for truende å bli avkrevd en tilbakemelding.* (psykolog, familiekontor)

Her beskrives en situasjon i begynnelsen av terapien, der det kanskje vil bli aktuelt å begynne med bruk av skalaene når klienten er blitt mer trygg. Det handler altså om vurdering av timing, som en terapeut ofte må gjøre. Det virker som det snarere er et dilemma om når terapeuten skal introdusere KOR enn om det i det hele tatt skal brukes i den konkrete saken.

- *Det er vanskeligere å få til KOR-bruk når norskkunnskapen er mangelfull hos familien. Særlig når det er tolk der, men familien ikke ønsker tolk. Der er et område vi sliter, og er raskere med å legge skalaene til side. Og der hvor familier generelt får ubehagsfølelse av skjemaer. Det siste er ikke ofte.* (psykolog, familieenhet)

Flere av informantene har nevnt problemer med å bruke KOR med fremmedspråklige. Om dette skyldes språkforståelse, kulturforskjeller eller situasjonen familien er i, ble ikke helt klart i intervjuene. Hvis klientene for eksempel er asylsøkere eller på andre måter usikre på hvilke formelle rettigheter de har, kan skjemaer eller tolk skape utrygghet. En informant mente at grunnen til at det var vanskelig å bruke KOR overfor klienter fra en annen kultur, var at hun ikke hadde nok erfaring med dem. En annen informant sa hun hadde ingen problemer med for eksempel en klient som kom fra et engelskspråklig land, når hun brukte den engelske versjonen. En konklusjon kan være at behandlerne må anstrenge seg for å sette seg inn i klientenes kulturelle bakgrunn og aktuelle situasjon.

Behandlerne har ved introduksjon av skalaene opplevd motstand hos noen klienter, blant annet fordi de synes "det er for mange skjemaer", eller "liker generelt ikke skjemaer". Da bør man være fleksibel med når man skal bruke skalaene eller om man i det hele tatt skal gjøre det:

- *I saker med alvorlige spiseforstyrrelser vil jeg være litt forsiktig og vurdere fra barn til barn om jeg skal bruke skalaene. En far synes dette var for dårlig statistikk og ønsket derfor ikke skalaene.* (psykiater, familieenhet døgn)

- *Det fungerte negativt i en sak der faren ikke likte skjemaer. Han ville ikke bruke CORS på barnet og "gjette på andres vegne".* (psykolog, BUP poliklinikk)

- *En annen far brukte selv skalaene (SRS) til å intervju behandlerne! Men dette var bare fint og morsomt og representerte en form for likeverdighet.* (psykiatrisk sykepleier, dagenehet BUP)

Flere av behandlerne nevner spontant at det kan være taktløst, sårende eller avledende å bruke skalaene i en krisesituasjon. Dette synes igjen å handle om timing og terapeutisk sensitivitet – intet verktøy kan brukes i alle situasjoner:

- *I krisesaker bruker jeg ikke skalaene med en gang, men venter til litt senere.* (barnevernspedagog, dagenehet BUP)

- *Hvis noe spesielt skjer, noen akutte hendelser – da har vi lagt skjemaene til side. Jeg husker en familie der moren plutselig sa mens ungene hørte på: "Jeg kan ikke fortsette i dette ekteskapet!" Vi måtte bare ta omsorg med fortvilelsen og løse alle de praktiske problemene. Det er ikke sikkert at det kan generaliseres til alle krisesaker, men det kan virke taktløst å komme med våre behov for å bli evaluert akkurat da.* (psykolog, familieenhet)

- Ved plutselige ulykker, traumer og tap er det selvfølgelig et faglig og etisk spørsmål om det er relevant og hensynsfullt å komme med skjemaer. (klinisk pedagog, BUP poliklinikk)

Noen nevner at en skal vente med å bruke KOR hvis det er tabuområder i familien. Når familiemedlemmene er blitt tryggere, kan en prøve å bruke KOR igjen. Hos noen meget usikre klienter kan KOR også være mer forvirrende enn klargjørende:

- Vanskelig å bruke det når det er et tema som foreldrene ikke vil ta opp. Tabuområder er rus og vold. Og noen ganger er det ting ungene står i som er så vanskelig at det er krevende å sette ord på det, for eksempel mobbing. Ett barn hadde ikke nytte av det. Kanskje burde vi ha sluttet med det. Han var veldig deprimert og utagerende, det var en kjempekonflikt mellom foreldrene. Det ble usant og ugyldig, ikke terapeutisk. Kanskje skulle jeg fått mer veiledning. (psykiatrisk sykepleier, dagenhet BUP)

- En mor virket forvirret, og når hun skulle prøve å skåre "hvordan har barnet ditt det?" ble hun usikker på om det var sånn som hun hadde det eller sånn som ungen hadde det. Det økte forvirringen hennes. Skalaene var åpenbart ikke til hjelp, heller motsatt, så hun og jeg foreslo nesten samtidig å legge dem til side. Heller snakke om hvordan vi jobber sammen på andre måter. (psykolog, familieenhet)

I saker som er sammensatte eller tar lang tid må skalaene brukes sjeldnere eller bare på utvalgte temaer. Spørsmålet om hvor ofte terapeuten skal bruke skalaene, vurderes ut fra den totale kliniske konteksten. Som før nevnt, bruker man skalaene på annen måte i dag- og døgninstitusjoner enn i polikliniske. I eksemplet under er det andre forhold som spiller inn:

- Med hensyn til langvarige saker som kanskje går over flere år, blir skalaene mindre nyttige i forhold til foreldre. Dette er saker med problemer på mange områder, ofte saker som er henvist fra barnevernet. (psykolog, BUP)

Behandleren som har hatt aller lengst erfaring med KOR, nevner det før påpekte dilemmaet med forskjeller mellom barnets og foreldrenes skåring på resultatskalaene:

- I forhold til barn må man finne rette tidspunkt. Noen barn har hatt det strevsomt, og å komme til oss er himmerrike, så de skårer veldig høyt på. Foreldrene kan være mer bekymret, og spør: "Hvordan skal det bli når barnet kommer tilbake"? Men det har ikke vært noen saker der KOR har gjort skade eller fungert negativt. (barneverns pedagog, døgninstitusjon BUP)

Som nevnt flere ganger før, understreker mange at det som kan være problematisk er ikke at man bruker KOR, men hvordan:

- Når man har hatt pasienter i lang tid, kan særlig ORS kan være litt vanskelig. Også med SRS kan det virke lettere å bare spørre hvordan de har opplevd timen i stedet for å bruke skalaene. Men det er viktig at ikke svarene brukes som en fasit, men som et utgangspunkt for en samtale om hva som er nyttig. Må kombinere med klinisk skjønn. Må problematisere både veldig høye og veldig lave skårer. (psykolog, døgninstitusjon for rusmisbrukere)

- Det er ikke noe jeg vil framheve som spesielt problematisk, men jeg må jo forklare hvorfor vi skal bruke skjemaene. Det er ikke noen dilemmaer ved det – det tar liten plass i timen – og jeg er skeptisk til å bruke det som et måleinstrument som sådan for det er veldig subjektive scorer. Det er viktig å være klar over at skalaene brukes individuelt. Det vil si at hver person bruker skjemaene på sin egen spesielle måte. (psykolog, psykiatrisk ungdomsteam)

En oppsummering av behandlernes dilemmaer eller problematiske erfaringer:

- Det kan være vanskelig i begynnelsen av en terapi å ”avkreve en tilbakemelding” fra klienten.
- Det kan være vanskelig å få til KOR-bruk med klienter som har mangelfull norsk-kunnskap.
- Der klienter i utgangspunktet ”ikke liker skjemaer” skal man vente med KOR.
- I kriesaker skal man være forsiktig med KOR – der må man primært vise omsorg og ikke komme med skjemaer.
- Hvis det er tabuområder i en familie eller klienter vises stor forvirring som grensepsykotiske trekk, bør man vente med KOR.
- I langvarige saker blir det mindre aktuelt å bruke KOR på en del ”ekstraterapeutiske områder, som f. eks. barnevernssaker.
- Alle informantene definerte uheldige erfaringer med KOR som *dilemmaer* – dvs. utfordringer som kunne løses og som man kunne lære av, heller enn klare funn om saker eller situasjoner der man *ikke* skal bruke KOR. ”Man skal aldri si aldri”.
- De problematiske erfaringene kunne skyldes manglende erfaring med KOR, manglende kjennskap til klientenes kulturbakgrunn, mangelfullt klinisk skjønn osv.

KOR har ikke vært i det norske fagmiljøet mer enn rundt 5 år. Dette verktøyet er ikke innført i terapiutdanninger, bruken av det har bare vokst fram etter en slags snøball-metode, særlig i psykisk helsevern for barn og unge. Noen har gått på kurs, lest bøker eller fått tips fra andre. Noen lager en norsk oversettelse av skalaene, begynner å bruke det på sin arbeidsplass, og det oppstår et uformelt nettverk av fagfolk som utveksler erfaringer, forbedrer oversettelsen, prøver ut skalaene på nye måter. Det er mye prøving og feiling. Norske KOR er ung, og særlig i arbeid med barn er det et nybrottsarbeid, fordi det har vært utviklet mest i terapiarbeid med voksne i KOR's hjemland. Inntrykket fra de 12 informantenes erfaringer er at de, kanskje nettopp fordi norske KOR er ung, føler frihet til å utprøve det slik som de føler det er nyttig. Det viktigste er at skalaene ikke fungerer bare som et måleredskap, men primært som mulighet for å få mer dynamikk i samtalene, etter et ”kompass” de føler er meningsfylt. Og bruken av skalaene må tilpasses hver eneste klient og situasjon – skalaene er ikke ”evidence based” men ”practice based evident”. Som en av informantene sa:

*- Om jeg vil framheve noe som problematisk ved bruk av skalaene? Alt vi gjør er potensielt problematisk, men jeg ser ikke noe som er så problematisk ved bruk av dem at det er et generelt problem! Jeg har ikke en bestemt standard å gjøre det på. Jeg ser masse muligheter!*

## 5.4 Hvordan behandlerne vurderer klientenes tilfredshet med KOR

Vi har bare intervjuet tre klienter/brukere i vårt prosjekt (se kapittel nedenfor), fordi vår hovedproblemstilling er å kartlegge hvilke behandlere som bruker KOR, hvorfor de gjør det, og hvilke erfaringer de gjør. I et eventuelt nytt prosjekt vil vi legge mye større vekt på å få fram brukernes stemmer. Her i dette avsnittet presenterer vi hva som er behandlernes/informantenes *inntrykk* av graden av tilfredshet med bruk av KOR hos brukerne. Informantenes svar er inndelt på samme måte som under en del tidligere avsnitt: 1. De som jobber med barn, ungdom og deres pårørende, der det altså kan være interessante forskjeller mellom barnet som den ”egentlige” bruker, og den voksne som er i rollen som ”bruker-

pårørende”. 2. De som jobber med voksne klienter, som bare krysser av på skalaene for sitt eget syn på behandlingsresultat og allianse med behandler.

### 5.4.1 De som jobber med barn, ungdom og familier

- Gjennomgående synes de det er bra at vi bruker KOR. Unger tror jeg får en bli-tatt-på-alvor-opplevelse. Og de fleste foreldre liker også at vi tar barna deres på alvor. Noen reagerer på at skalaen der det er sammenslåing av skole og venner, ikke passer noen ganger.

- Noen synes det er fint, andre sier; ”det kan bli litt mye skjemaer”. Barn skårer annerledes enn voksne. Jeg lurer noen ganger på om det kan være en maktfaktor at vi er et sykehus? Særlig på allianseskalaene – at de vil være høflige. De sier litt for ofte ”det er greit”.

- Klientene tar skåringen som en naturlig ting, sier det er fint og setter i gang. De opplever likeverdighet, at vi er interessert i deres vurderinger og at disse er viktige. Noen ganger kan det kanskje oppleves som for demokratisk: Når de utfordrer vår kompetanse, må vi passe på å møte dem på det... Skalaene fungerer også for innvandrere hvis man har en god tolk ved behov. De var for eksempel til hjelp for å avklare hva slags tiltak en familie trengte som var henvist for behandling men egentlig hadde behov for støttekontakt. En iransk mor skrev ”Mors øyne” der hun skulle skåre for sitt barn.

- Noen foreldre synes det ikke gir mening å kryss av på skalaer om viktige psykologiske temaer. Noen bruker sine egne skalaer – én sa: ”Dette måler egentlig ikke hvordan jeg har det”. Da fortsatte jeg med det hun var opptatt av resten av timen. Men de fleste synes skalaene er nyttige, for eksempel at vi ber om feedback på relasjonen til oss.

- Klientene forholder seg greit til bruk av skalaene. De fleste er jo vant til skjemaer. Noen synes nok det er tull, men erfaringen min er at de fleste synes min bruk av SRS er meningsfull. ORS er også nyttig, men ikke like mye.

- De fleste klientene sier ”det er greit”. En mor sa: ”Dere maser med disse skalaene, men jeg skjønner jo at dere bruker dem”. Forståelsen blir dypere etter hvert. Positiv reaksjon kan komme når kurven blir vist. Unger kan si: ”Er det min kurve?” Eller: ”Får jeg krysse av på en skala i dag?”

- Det har vært noen negative kommentarer: En sa hun hadde ”skjemafobi”, ikke liker skjemaer i det hele tatt. Men mannen ville. I en annen sak ville de skåre likt hele tiden på resultatskalaene, jeg tror det var fordi de trengte hjelp og ville vise det på den måten. I den tredje saken hadde pappaen ikke tro på at det hadde verdi å skåre på vegne av barnet, men moren ville... Det som har vært positivt: Jeg ser at klientene blir mer aktive, engasjerte, det virker som de trives med det. Blir mer styrende selv. Barna liker ritualer – de spør etter skalaene.

Vi kan oppsummere informantenes inntrykk av brukernes syn på KOR slik:

- Behandlerne har fått langt flere positive kommentarer fra brukerne enn negative.
- Noen brukere har kritikk av skalaene: At disse ikke dekker livsområdene deres, at det ikke passer å krysse av på skalaer om alvorlige problemer, at ”det blir for mange skjemaer” eller ”jeg har skjemaferi”. Behandleren legger da skjemaene vekk eller forsøker å gi en forklaring av nytten som når brukeren.
- Det kan skje at én forelder ønsker å bruke skalaene mens den andre ikke vil det. Om dette blir et problem i behandlingen eller en mulighet for refleksjon, er avhengig av behandleren.

- Det kan virke som noen pårørende skårer for høyt på allianseskalaene av høflighet eller utrygghet overfor behandlingsinstitusjonen. Behandlerne må oppmuntre dem til å svare ærlig, f. eks. formidle at de ønsker korrigerende.
- Barna og deres pårørende uttrykker glede over at behandlerne har respekt for og er interessert i deres tilbakemeldinger. De kan også uttrykke forbauselse fordi tidligere behandlingsinstitusjoner ikke har vist den holdningen.
- Barna liker ritualer og visualisering, de føler mestring når de ser at grafen går oppover.
- Brukerne vil føle likeverdighet med behandlerne. Noen pårørende kan lure på om det er ”for demokratisk”, og behandlerne må vise at faglig autoritet og ansvar ikke står i motsetning til å ta allianse og brukernes endringsteori på alvor.
- Også fremmedkulturelle familier har nytte av skalaene hvis behandleren passer på at de forstår instruksjonen. Behandlerens interesse for ”mors blikk” styrker alliansen.

## 5.4.2 De som jobber med voksne

- Klientene ser ofte litt skeptiske ut i starten når de hører at det er skjemaer, men når de ser hvor lite omfattende det er, er det greit for dem. Jeg har ikke opplevd negative kommentarer. De som har sagt noe positivt, synes det er bra at jeg er ute etter å få vite dette. Når det gjelder endringsskalaene, er det for våre klienter ofte ønske om endring i forhold til en konkret problemstilling, i tillegg til det mer overordnede. (psykolog, familiekontor).

- Noen klienter synes det blir mye skjemaer og orker ikke, men det er ikke mange. Det virker som de aller fleste synes det er greit, og at det er nyttig å ta et steg til siden og snakke om sin egen skåring – å kunne reflektere og analysere rundt dette. Klientene har ikke gitt tilbakemelding om andre områder de mener burde inngå i skjemaene. Jeg tror deres opplevelse av hensikten med skalaene er at vi kan være åpne med hverandre og at vi er interessert i å følge med i hvordan det går (psykolog, DPS).

- De få negative kommentarene jeg har fått, er for eksempel at ”det kan bli litt for skjematisk å snakke om kjæresten eller mora mi i et skjema”. Klientene gir ikke tilbakemeldinger om andre områder de mener er viktigere enn de som inngår i skalaene. Noen er veldig opptatt av skalaene og lurte på hva de lå på da de begynte hos meg. De aller fleste er fornøyde, og skjemaene tar så liten plass uansett (psykolog, psykiatrisk ungdomsteam).

- Noen gir uttrykk for at ting er mer sammensatt enn som så: Temaene på skalaene er veldig vide – hvordan de opplever å ha det sosialt kan jo være avhengig av hvilke personer de tenker på. Noen vil derfor sette flere kryss og det lar vi dem gjøre, da snakker vi om dette og får fram nyansene. Men skalaene forplikter pasientene også, og de gir de uttrykk for at det er ok. Men vi dytter det ikke på noen som ikke synes det. Jeg tror og håper at pasientene opplever at vi bruker skjemaene for å kunne forstå og hjelpe dem bedre (psykolog, døgninstitusjon for rusmisbrukere).

Vi kan oppsummere behandlernes inntrykk av hvordan klientene ser på bruken av skalaene slik:

- Behandlerne har fått langt flere positive kommentarer fra brukerne enn negative.
- En mangel ved endringsskalaene som brukere kan påpeke, er at de måler for generelle temaer. Da kan man ”skreddersy” skalaer for de mest aktuelle temaene.
- Noen få synes ”det blir for mye skjemaer”, men aksepterer dem ofte når de ser hvor enkle de er å utfylle.
- Brukere kan også uttrykke at å måle forholdet til nære relasjoner kan virke for ”skjematisk”. Hvordan behandlerne møter dette i dialogen, er avgjørende for om det oppleves nyttig likevel.
- Positive utsagn er om at skalaene hjelper brukeren til å ”ta et skritt til siden” og reflektere over sin situasjon.
- Videre at det er positivt at behandlerne gjennom skjemaene viser interesse for utviklingen i behandlingen, og viser vilje til å få feedback, også negativ.

## 5.5 Om undervisning, veiledning og prosjektarbeid om KOR, og om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid

Det siste temaet vi intervjuet våre 12 informanter om, var om hvordan de ser på bruk av KOR i deres fremtidige arbeid: For det første om de ønsker mer veiledning og undervisning om KOR. For det andre om de ønsker å fremme eller delta i prosjekter om evaluering og forskning om KOR, enten på egen arbeidssted eller også i et multisenterprosjekt. For det tredje spør vi informantene om de tror at KOR har hatt noen betydning for behandlingstid og behandlingsresultat og at det eventuelt er en motivasjon for et forskningsprosjekt. Og for det tredje om det brukes andre metoder på informantenes arbeidssted for å få informasjon om klientenes vurdering av behandling og behandlingsresultat. Under dette avsnittet forteller også informantene om hvor viktig de synes brukermedvirkning er.

### 5.5.1 Om man ønsker undervisning og veiledning om KOR

Alle informantene ønsket å få satt av tid på sin arbeidsplass for å få mer kunnskap om KOR av både klinisk praktisk og mer teoretisk art:

*- Har undervist en del i skalaene selv, men ønsker en gruppe som kan komme sammen jevnlig og snakke om bruken. Likegyldig om det heter veiledning eller noe annet. - har selv hatt intern undervisning i tilnærmingen. Jeg har også hatt med disse ideene når jeg har holdt foredrag om psykologisk behandling. Jeg sitter i styret for fylkets lokalavdeling av fagforeningen, og har presentert dette der. Med hensyn til veiledning, så har jeg egentlig bestemt meg for å gjøre noe med dette. Tror dette er alfa og omega for at folk skal være motivert, det hadde vært motiverende og spennende med kursing utenfra.*

*- Vi savner mer veiledning, trenger mer input.*

*- Vi ønsker veiledning og undervisning i bruk av skalaene av en person utenfra, få tilpasning til vår virkelighet.*

*- Jeg har vært på R.BUP's seminarer og samlinger om dette temaet, men har aldri fått direkte veiledning. Veiledning hadde vært kjempebra, det ville økt engasjementet og gitt oss mulighet til å se nærmere på alle skalaene vi har.*

*- Vi har fått både undervisning og veiledning og ønsker dette fortsatt. Vi har selv vært aktive i å legge til rette for dette. I år er Scott Miller invitert til kommunens årlige psykiatriseminar, som er for alle deler av psykisk helsevern i kommunen.*

*- Vi har ikke fått veiledning og ville gjerne hatt det av noen som hadde lang erfaring med å bruke skalaene.*

*- Jeg har fått undervisning i bruk av skalaene, men har ikke hatt direkte veiledning i bruken, men mer en slags kollegavurdering. Hadde vi fått mer system på veiledningen, ville det gjøre det hele mer levende!*

*- Vi har gjort mye internt. Vi ville gjerne ha en som kom utenfra og vurderte oss, men det er vanskelig å finne en, fordi vi har holdt på så lenge med KOR selv! Det går på erfaring, særlig i arbeid med barn.*

### 5.5.2 Om man ønsker KOR-prosjekt på arbeidsstedet eller i samarbeid med andre enheter i psykisk helsevern

De fleste har ønsker eller planer om lokalt prosjekt, men påpeker at da må de få avlastning i starten, slik at de kan gjøre det systematisk.

*- Det er mye motivasjon her for prosjekt. Egentlig har vi midler til å jobbe med prosjekt, men folk er skviset på tid. Folk blir jo også syke, én får kreft, én får tvillinger osv. Livet står i veien! For å få tid til prosjekt burde vi til enhver tid kunne ansette to flere enn det er stillinger for. Alle lederne på de ulike BUP-enhetene her i fylket er positive til å prøve KOR, bortsett fra på dagavdelingen. Men en kommer ikke i gang uten drahjelp av folk med kompetanse utenfra. For tiden er det også så mange andre måleinstrumenter å diskutere.*

*- Vi har planer om prosjekt og har også fått midler til det, men er ikke kommet ordentlig i gang med det ennå.*

*- Skulle vi ha planer på arbeidsplassen om prosjekt, må det være dette prosjektet. Vi startet med Webster-Stratton-metoden i sin tid, men gikk ikke videre.*

*- Det er litt blandet mottagelse hos oss på planer på arbeidsplassen om prosjekt. Etter at en veileder utenfra var her, var det positive tilbakemeldinger – det var liksom ikke så ”religiøst” – hun var mer balansert. Angående et eventuelt sentralt prosjekt, synes jeg det er nyttig.*

*- Vi er interesserte i et multisenterprosjekt, gjerne internasjonalt. Vi har fått navn på noen i Australia og USA.*

*- Jeg har holdt på med planleggingen i noen måneder her på familiekontoret. Vi ønsker å dekke et bredest mulig utvalg av klientene, men vet ikke enda hvor mange terapeuter som vil være med. Målet med prosjektet er å måle tjenestenes kvalitet. Vil at deltakerne forplikter seg til å svare på noen spørsmål en stund etter at behandlingen er avsluttet. Tenker at prosjektiden er en måned eller to, og vil følge opp klientene til hver terapeut. For noen vil det strekke seg over lengre tid. I utgangspunktet er det SRS som er tenkt som del av prosjektet, ikke ORS. Det skyldes at kategoriene der ikke passer så godt for par/familier.*

Noen har også ideer om et multisenterprosjekt:

*- Personlig ville jeg være interessert i at poliklinikken deltok i et sentralt multisenterprosjekt. Jeg er nestleder ved klinikken og måtte selvfølgelig ta dette opp med leder og mine kollegaer.*

### 5.5.3 Har KOR betydning for behandlingstid og behandlingsresultat?

Flere mener at KOR har gjort behandlingen mer effektiv ved at man får behandlet flere klienter med like godt resultat. Noen mener at behandlingstiden blir redusert, andre at behandlingsresultatet blir bedre, noen begge deler. Det er kliniske inntrykk, som de beskriver og begrunner engasjert. Men et ønske om å få dette verifisert, blir en ekstra grunn for å gå inn for et sammenlignende systematisk forskningsprosjekt:

*- Det var helt tydelig at KOR hadde stor effekt på klientene på BUPA. Hjelpeløsheten deres avtok – de tok raskere tak i egen situasjon. Tror også det kan føre til at man beholder flere klienter som ellers ville droppet ut, fordi man får tidlig tak i de som har noe å klage på.*

- Jeg har ikke kvantitative data for å kunne si noe om det. Men jeg blir oppmerksom på når ting stopper opp og vi ikke kommer videre, og da må vi vurdere å gjøre noe annet eller å avslutte.

- Det er vanskelig å si om KOR har hatt betydning for behandlingstid og -resultat da vi ikke har forsket på dett. Men det oppleves slik. Bruk av KOR øker engasjementet og vitaliserer relasjonen. Det gir også økt metaperspektiv på det som skjer.

- Jeg kan ikke si om KOR har hatt betydning for behandlingstid. Men jeg tror det har hatt betydning for behandlingsresultat. Vi kommer raskere inn på problemet og hva som skal til for å hjelpe. I tillegg bruker vi behandlingsplan og disse tilnærmingene virker positivt sammen. Samtidig tar vi nå klientene med på behandlingsmøtene. Dette var helt utenkelig tidligere og nå synes det helt selvfølgelig.

- Vet ikke om det har forandret seg dette halve året. Vi jobber jo både korttids- og langtids. Men resultatet blir mer tydelig.

- KOR har nok noe å si for behandlingstiden – jeg synes jeg før kunne bli hengende ved saker. Nå klarer jeg å avslutte raskere fordi jeg hele tiden blir konfrontert med endring eller mangel på endring. Det er en måte å kikke meg selv i kortene på, så jeg ikke blir ”støttekontakt”. Jeg vil ikke være i en situasjon der jeg føler jeg står i veien for at klienten blir bedre.

- Jeg opplever at KOR har hatt betydning både for behandlingstid og -resultat! Spesielt ser jeg dette på SRS; det gir utviklingsmuligheter for klienten – inn på et rett spor fra et feil spor!

- Tror KOR har hatt betydning – kanskje mer for behandlingstiden enn for resultatene. Tror vi blir i stand til å ta tak i ting fortere – vi oppdager raskere dersom vi ikke tar tak i ting som pasientene opplever som viktig. Skalaene er også viktige som uttrykk for at pasienten blir hørt og respektert.

- Vi ønsker å få undersøkt dette at vi tror vi i den tidsperioden vi har brukt KOR, har fått behandlet langt flere klienter enn i tilsvarende periode før, og med samme kategorier av klienter. Men det er vanskelig å måle. Vi hadde jo også fornøyde barn i perioden vi sammenligner med: 1990-1994, men behandlingen tok mye lengre tid.

#### **5.5.4 Om bruk av andre metoder for å øke brukermedvirkning på arbeidsplassen**

Et av spørsmålene som ble stilt til informantene, var om deres arbeidssted bruker alternative skjemaer eller metoder enn KOR's, for å få informasjon om klientenes vurdering av behandlingen eller behandlingsresultatet:

- Vi har brukervurderingsskjemaet for hele BUPA som vi har brukt i over to år. Foreldrene får det. Ellers bare KOR (psykiatrisk sykepleier, dagenhet BUP).

- Vi bruker bare KOR, ikke alternative skjemaer eller metoder for å få informasjon om klientens vurdering. Men har utredningsrapporter (psykolog, familieenhet BUP).

- Vi har også andre metoder, i form av spørsmål, for å få tilbakemelding og for å få fram klientenes opplevelser og forståelse. Barna elsker dette. Det gir barna rom til refleksiv tenkning og til å bli hørt (psykiater, familieenhet, døgn).

- BUP i kommunen sender ut brukerundersøkelse/tilfredshetsundersøkelse etter alle behandlinger. Vi kan selv bruke CBCL, dersom vi får saker som skal utredes, for å få mer bakgrunnsinformasjon (psykiatrisk sykepleier, familieenhet BUP).

- Vi har en gang hatt et prosjekt (SCL90) – hvor vi også fikk ut en profil. Men det ble en litt ”skipper-tak”-type sak (Psykolog, psykiatrisk ungdomsteam).

- Vi bruker ikke andre skjemaer. Har snakket om brukerundersøkelse, men kanskje skulle vi heller bruke skalaene. Jeg mener det (psykolog, BUP poliklinikk).

- Vi har to typer skjemaer – et vi bruker ved våre 3-måneders evalueringer. Det dreier seg mye om relasjon og allianse, men dette er egentlig samme tematikk som SRS/ORS og jeg tror egentlig det er basert på disse. Så intervjuer vi pasienten om opplevd endring og forholdet vedkommende har til kjerneteamet – dette skjer dels etter modell av reflekterende team (psykolog, døgninstitusjon for rusmisbrukere).

- Det anvendes ikke alternative skjemaer eller andre metoder på denne arbeidsplassen for å få informasjon om klientenes vurdering av behandling og behandlingsresultat (Klinisk pedagog, BUP poliklinikk).

- Bruker kun KOR, tillempet på barn. Det vi er opptatt av, er å matche tilnærming til det spesielle barnet. Det handler om alt fra grensesetting og atferdsendring til bearbeiding av sorg hos barn, eksempel en gutt som hadde mistet pårørende i trafikkulykke. (Barnevernspedagog, BUP døgnenhet).

- Brukerperspektivet er i vinden – det er en påvirkning. Og innen den narrative retning som jeg er opptatt av, er makt er i fokus. Angående alternative skjemaer eller metoder for å få informasjon om klientens vurdering av behandlingen og behandlingsresultat, så bruker vi også tre narrative spørsmål (Klinisk barnevernspedagog, BUP familieenhet).

- Klinikken anvender ikke andre skjemaer eller metoder. Men det er et eget og annet skjema for evaluering av grupper (psykolog, DPS voksen).

- Der jeg jobbet med barn, ble det brukt et brukerfornøydhetsskjema etter avsluttet behandling, som jeg tror var laget på BUPA. Det var ikke så nyttig, egentlig. Når det gjelder resultatet av behandling, bruker de SBCL – tilbakemelding fra lærer om barnets fungering. På BUPA gjorde holdningsendringene til at de etter hvert begynte å invitere klientene inn i behandlingsmøtene, noe som ville vært utenkelig før. Klienten kunne velge å være tilhører og sitte litt utenfor, eller delta i møtet. Flere av behandlerne skammet seg over å se at de kanskje ikke hadde hatt så stor respekt for klienten før som de selv hadde trodd. Det var særlig tydelig med dårlig fungerende klienter som hadde vært hjelpsøkende og -mottakende lenge (psykolog, før på BUPA, nå på familievernkontor).

Den sist siterte informantens utsagn kan stå som en oppsummering av dette punktet om brukermidvirkning. Informanten er av dem som har brukt skalaene lengst, og som også har undervist i bruken av dem mange steder. En av grunnene til at hun er opptatt av å bruke KOR, er at dette verktøyet synes å stimulere til de holdningsendringene hos behandlerne som hun beskriver. De synes å få økt motivasjon for at klientene skal være deltagende i sin egen behandling og at de skal være til stede når det snakkes om dem. Og dette gjør igjen at behandlerne kan komme til å ”skamme seg” over at de ikke har vært bevisste på dette før.

En annen måte å si det på, er at når behandlerne blir oppmerksomme på at KOR kan brukes for å styrke brukerorientering, får de et nytt perspektiv på sin egen historie som behandlere, sin egen rolle og klientens rolle. De evaluerer KOR i forhold til de brukerstyrings-redskapene som finnes på deres arbeidsplass, og de fleste synes å mene at KOR er det mest anvendelige.

## 5.6 Oppsummering

De 12 informantene som vi valgte ut, er i gruppen av de som besvarte spørreskjemaene som sa de hadde brukt KOR en stund, og skulle også være relativt erfarne terapeuter. Så vidt mulig skulle de også representere ulike yrkesgrupper og arbeide på ulike felter innen psykisk helsevern. Flertallet kommer likevel fra forskjellige arbeidssteder innen BUP, og fra østlandsområdet.

### 5.6.1. Behandlernes bakgrunn, begrunnelser for å bruke KOR og faglige orientering

Behandlerne har brukt KOR i arbeidet sitt i gjennomsnitt 3-4 år, men mange har kjent til dette terapi-verktøyet fra slutten av 1990-tallet. Noen ble inspirert av andre norske kolleger til å prøve det, mens andre hadde sitt første møte med KOR på seminarer med Barry Duncan og Scott Miller. Det er stor variasjon på hvor mange som bruker KOR på informantenes arbeidsplass. Hos noen bruker alle det, og også flere enheter innen BUP i kommunen/fylket. De utvider også områdene der skalaene kan brukes (særlig skalaene for timeevaluering), som til hjemmebesøk, skolen ved institusjonen, samarbeid med 1.linjen, veiledningstimer. Dette er oftest der ledelsen av institusjonen støtter praksisen og inspirerer flere til å bruke KOR.

Informantene begrunner sin bruk av KOR med at de synes det øker deres lytteevne overfor klienten, at å få feedback fra klienten gir trygghet på at man er på sporet av dennes endringsteori, at skalaene er gode utgangspunkter for og oppsummering av den terapeutiske dialogen og gjør relasjonen bedre, at klienten inspireres til å se framover og på ressurser heller på problemer, at man lærer enda mer av å spørre klienter enn kolleger om hva som virker i terapi, at visualisering på skalaene om framgang og timeevaluering gir klienten motivasjon, og endelig at å kartlegge behandlingen over tid, hjelper klienten til å se sitt liv i et større perspektiv.

Ingen av informantene synes at det å bruke KOR skaper problemer for deres faglige terapeutiske orientering. De representerer et vidt spekter av måter å være behandler, samtalepartner, pedagog og miljøarbeider på. De fleste kaller seg eklektiske. Men for et flertall synes det som at den familierapeutiske/systemiske tradisjonen med sine forgreninger ligger ”i bann” av deres tenkning.

### 5.6.2 Hvordan behandlerne bruker resultat- og allianseskalaene

Avsnittet er delt inn i hvordan KOR brukes i BUP-institusjoner, og hvordan de brukes i ulike institusjoner for voksne i psykisk helsevern. Det er fordi at i BUP-institusjonene er det ofte slik at de pårørende skårer for ”identifisert pasient”, altså barnet eller ungdommen som er henvist til behandling. I avdelinger for voksne er dette sjelden, fordi det kan virke unaturlig eller kanskje umyndiggjørende at pårørende skårer for den klienten som er henvist. Likevel brukes selvfølgelig ofte familie- eller parsamtaler der det verdifullt å drøfte partenes ulike syn på hverandre eller felles situasjoner.

De 12 behandlerne bruker skalaene ganske forskjellig, og føler frihet til å implementere KOR kreativt i den konteksten de arbeider i. Det varierer hvilke av skalaene de bruker, hvor ofte, og overfor klientene eller også overfor andre i behandlingssystemet som pårørende, gruppe- og miljøterapi, skole og andre samarbeidspartnere. Behandlerne kan også bruke KOR i sin egen kollegagruppe for å bedre faglig og sosial utvikling eller veiledning. Noen har utviklet egne visuelle versjoner. Noen bruker KOR konsekvent, har lagt det inn i hele sin institusjons evalueringssystem og prøver også å inspirere andre behandlingssteder i sin kommune/ sitt fylke til å bruke det. Andre bruker det mer sporadisk,

Når det gjelder hvordan behandlerne introduserer skalaene og forklarer klientene hvorfor man oppfordrer til bruk av dem, uttrykker alle informantene at det ikke er noe fast *formular*. Tid, sted, person, problem og kontekst avgjør hvordan behandleren får formidlet meningsinnholdet, som er noe slikt som at ”skalaene hjelper meg til å finne ut om vi snakker om det som er viktig for deg, på en bra måte”.

### 5.6.3 Behandlernes terapeutiske erfaringer ved bruk av KOR

Behandlernes *positive* erfaringer ved bruk av KOR er: KOR fungerer som et terapeutisk ”kompass”, det hjelper terapeuten til å sjekke om man er på rett vei. Det gir terapeuten en type kontinuerlig evaluering av sitt arbeid. Videre: Skalaene brukes ikke bare som enkel skåring, men som inngangsport til uavdekkete, tabuiserte temaer og større refleksjon hos både terapeut og klient. KOR kan altså være et klinisk verktøy. I familie- eller parsamtaler kan skalaene hjelpe klientene til både å få fram egen opplevelse og å øke sin lytteevne overfor andre. Når en klient har vanskelig for å fortelle med ord om sårbare temaer, kan det ”å sette et merke” være første skritt. Endelig kan det særlig for barn være nyttig med visualisering; analoge uttrykk.

Alle informantene definerte *uheldige erfaringer* med KOR hovedsakelig som *dilemmaer* – dvs. utfordringer som kunne løses og som man kunne lære av, heller enn klare funn om saker eller situasjoner der man *ikke* skal bruke KOR. ”Man skal aldri si aldri”. De problematiske erfaringene kunne skyldes manglende erfaring med KOR, manglende kjennskap til klientenes kulturbakgrunn, mangelfullt klinisk skjønn osv. Slike dilemmaer eller problematiske erfaringer som ble nevnt, var:

Det kan være vanskelig i begynnelsen av en terapi å ”avkreve en tilbakemelding” fra klienten, videre å få til KOR-bruk med klienter med mangelfull norskkunnskap. Der klienter i utgangspunktet ”ikke liker skjemaer” skal man vente med KOR, og i krisesaker synes det klinisk riktig å først vise omsorg og ikke komme med skjemaer. En bør også vente med KOR i familier der det synes å være tabuområder, eller der klienter vises stor forvirring som grensepsykotiske trekk. Endelig kan det i langvarige saker bli det mindre aktuelt å bruke KOR på en del ”ekstraterapeutiske” områder, som f. eks. barnevernssaker.

Flere av informantene som bruker KOR i så å si alle saker og de fleste terapeutiske sesjoner, kunne ikke nevne noen konkrete negative erfaringer, men mente at man selvfølgelig alltid må bruke skjønn på hvordan og hvor ofte.

### 5.6.4 Hvordan behandlerne vurderer klientenes tilfredshet med KOR

I dette avsnittet presenteres hva som er behandlernes *inntrykk* av graden av tilfredshet med bruk av KOR hos brukerne. Generelt er det langt flere positive kommentarer enn negative.

Når det gjelder de brukere som er barn, ungdom eller pårørende, er inntrykkene at: De uttrykker glede over at behandlerne er interesserte i deres tilbakemeldinger, og kan også uttrykke forbauselse fordi tidligere behandlingsinstitusjoner ikke har vist den holdningen. Barna liker ritualer og føler mestring når de ser at grafen går oppover. Videre vil brukerne føle likeverdighet med behandlerne, selv om noen pårørende kan lure på om det er ”for demokratisk”. Behandlerne må da vise at faglig autoritet og ansvar ikke står i motsetning til å ta brukernes endringsteori på alvor. Også fremmedkulturelle familier har nytte av skalaene hvis behandleren passer på at de forstår instruksjonen. Noen brukere har kritikk av skalaene, da legger behandleren skjemaene vekk eller forsøker å gi en akseptabel forklaring av nytten. Det kan også skje at én forelder ønsker å bruke skalaene mens den andre ikke vil det, men om dette blir et problem eller en mulighet for refleksjon, er avhengig av behandleren. Endelig kan noen pårørende synes å skåre for høyt på allianseskalaene av høflighet eller utrygghet overfor behandlingsinstitusjonen. Da må behandlerne vise dem at de ønsker ærlighet.

Når det gjelder arbeid med voksne, er inntrykkene at: Brukerne synes det er positivt at behandlerne gjennom skjemaene viser interesse for utviklingen i behandlingen, og vilje til å få feedback, også negativ. De uttrykker også at skalaene hjelper dem til å ”ta et skritt til siden” og reflektere over sin situasjon. En mangel ved endringsskalaene som brukere kan påpeke, er at de måler for generelle temaer. Da kan behandleren ”skreddersy” skalaer for de aktuelle temaene. Brukere kan også uttrykke at å måle forholdet til nære relasjoner kan virke for ”skjematisk”. Hvordan behandlerne møter dette i dialogen, er avgjørende for om det oppleves nyttig likevel. Endelig kan noen få brukere synes ”det blir for mye skjemaer”, men aksepterer dem ofte når de ser hvor enkle de er å utfylle.

### **5.6.5 Om undervisning, veiledning og prosjektarbeid om KOR, og om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid**

Det siste temaet handler om hvordan behandlerne ser på bruk av KOR i fremtidig arbeid: For det første om de ønsker mer veiledning og undervisning om KOR. For det andre om de ønsker å fremme eller delta i prosjekter om evaluering og forskning om KOR, enten på eget arbeidssted eller i multisenterprosjekt. For det tredje om behandlerne tror at KOR har hatt betydning for behandlingstid og behandlingsresultat og at *det* eventuelt er motivasjon for et forskningsprosjekt. Og for det fjerde om det brukes andre metoder på behandlernes arbeidssted for å få feedback fra brukerne om deres syn på behandling og behandlingsresultat. I dette avsnittet forteller også behandlerne om hvor viktig de synes brukermedvirkning er.

Alle informantene ønsket å få satt av tid på sin arbeidsplass for å få mer kunnskap om KOR av både klinisk praktisk og mer teoretisk art. De fleste har også ønsker eller planer om lokalt prosjekt, men påpeker at da må de få avlastning i starten, slik at de kan gjøre det systematisk. Et par har også ideer om et sentralt multisenterprosjekt, og vil ta det opp med leder og kolleger.

Flere mener at KOR har gjort behandlingen mer effektiv ved at man får behandlet flere klienter med like godt resultat. Noen mener at behandlingstiden blir redusert, andre at

behandlingsresultatet blir bedre, noen begge deler. Dette er kliniske inntrykk, som de beskriver og begrunner engasjert. Men et ønske om å få dette verifisert, blir en ekstra grunn for å gå inn for et sammenlignende systematisk forskningsprosjekt.

Når behandlerne blir oppmerksomme på at KOR kan brukes for å styrke brukerorientering, får de et nytt perspektiv på sin egen historie som behandlere, sin egen og klientens rolle, uttrykker noen. De får økt motivasjon for brukernes medvirkning i sin egen terapi. Behandlerne vurderer KOR i forhold til de brukerstyrings-redskapene som finnes på deres arbeidsplass, og de fleste synes å mene at KOR er de mest anvendelige.

## 6. Behandlere som ikke bruker KOR

Det ble gjennomført 3 semistrukturerte intervjuer av behandlere som ikke brukte KOR og som hadde skåret negativt på ønske om å bruke KOR. Det ble gjennomført 2 semistrukturerte intervjuer av behandlere som ikke brukte KOR, men som hadde skåret positivt på at de ønsket å bruke KOR. Alle intervjuene var telefonintervjuer, og to av forskerne var til stede under hvert intervju, en som intervjuer og en som referent. Alle samtaler ble tatt opp lydbånd.

Intervjuenheter ble valgt fra enheter som representerte vanlige, men ulike typer enheter innen BUP, og hvor informantene representerte ulike profesjoner.

Informanter for behandlere som ikke ønsket å bruke KOR var: 1 enhetsleder ved en BUP poliklinikk, 1 enhetsleder for en dagavdeling for ungdom og en psykolog ved en spesialenhet for alvorlige utviklingsforstyrrelser. Det var 2 menn og 1 kvinne, og representerte profesjonene psykiatrisk sykepleier, klinisk sosionom og psykolog.

Informanter for behandlere som ønsket å bruke KOR var: 1 enhetsleder ved en BUP poliklinikk og 1 psykolog ved et ambulant team ved en ungdomsklinikk. Den ene var kvinne og den andre mann, og representerte profesjonene klinisk sosionom og psykolog.

### 6.1 Behandlere som ikke bruker og ikke ønsker å bruke KOR

I intervjuet ble det stilt spørsmål om grad av kjennskap til KOR som faglig tilnærming, hvorfor de ikke er interessert i å bruke KOR, om det er noe de vil framheve som spesielt problematisk ved KOR, om alternative evalueringsformer, om faglig orientering, og om kjennskap til andre som benytter KOR.

I presentasjonen av svarene brukes betegnelsene "leder poliklinikk" for enhetsleder ved BUP poliklinikk, "leder ungdom" for enhetsleder for dagavdeling for ungdom, og "spesialpsykolog" for psykolog ved en spesialenhet for utviklingsforstyrrelser.

#### 6.1.1 Grad av kjennskap til KOR som faglig tilnærming

De tre respondentene hadde ulik grad av kjennskap til KOR. Leder ungdom kjente lite til tilnærmingen, men hadde diskutert bruk av KOR med andre i avdelingen og spesielt med en av seniorterapeutene. Spesialpsykolog hadde hørt noe om KOR gjennom andre og kjente litt til tilnærmingen. Leder poliklinikk hadde deltatt i et seminar med Barry Duncan noen år tidlige. Alle respondentene hadde altså et visst kjennskap til KOR og var klar over at bruk av KOR handlet om å evaluere behandlingen.

Spesialpsykolog, som kjente litt til skalaene gjennom andre, gikk litt nærmere inn på hva hun visste og uttrykker seg slik:

*KOR dreier seg om et verktøy hvor man skal ha et felles mål, og etterpå registrerer og evaluerer timen. Jeg kjenner noe til det, men jeg bruker det ikke selv. Jeg kjenner det fra andre som bruker det, både i BUP og i ungdomspsykiatrisk enhet.*

### 6.1.2 Hvorfor det ikke er interesse for å bruke KOR

De tre respondentene hadde ulike grunner til ikke å bruke KOR, henholdsvis knyttet til at brukermedvirkning allerede var godt ivaretatt, at KOR ikke passet til den aktuelle klientgruppen, og til pålegg om andre evalueringsrutiner.

Leder ungdom begrunnelse for at de ikke ønsket KOR var at de gjennom flere år hadde arbeidet mye med brukermedvirkning og hadde mye erfaring med dette. Det å ta i bruk en ny metode ville bli litt ”smør på flekk”. Enheten var i dag også fornøyd med samarbeidet de hadde med pårørende:

*Vi har jo tett samarbeid med familien hele veien, som går både på familie og nettverksterapi. Vi har ukentlig kontakt med pårørende. Vi er godt fornøyd med det samarbeidet vi har. Og vi får gode tilbakemeldinger. Vi hadde et prosjekt her for noen år siden som gikk på hva det er foreldre er fornøyd med i forbindelse med oppholdet her. De pekte på hva som var bra og hva vi burde gjøre annerledes. Så vi endret opplegg etter dette.*

Psykologspesialist begrunnet det med at skalene ikke var hensiktsmessige i forhold til klienter med den type problemer hun jobbet med:

*Grunnen til at jeg ikke bruker det selv er at jeg jobber med autister. Det vi har tenkt, er at når vi jobber med autisme, så er det mange av dem som ikke klarer å sette ord på ting, eller uttrykke seg, - og de greier ikke å fylle ut skjemaer.*

Leder poliklinikk ga uttrykk for at de allerede var pålagt mye oppgaver utenfra, men at han i utgangspunktet ikke var negativ til KOR:

*Da jeg besvarte spørsmålene for et år siden, skrev jeg i forhold til at vi på alle medarbeidere å bruke Honosca. Det ble til litt slitasje i miljøet ved at de følte seg bundet til å gjøre dette, og det førte til en uvilje mot å prøve noe nytt. Jeg har dårlig erfaring med at alle skal bli tvunget til å jobbe helt likt. Vi er mange som jobber her, og vi tenker forskjellig, og det mener jeg er bra. På de årene jeg har vært i BUP, er det veldig mye mer som skal på plass. Disse kvalitetsindikatorne som puster oss i nakken, noe som gjør at vi vanskelig kan ta imot nye ting. Denne prosessen har vært litt smertefull for noen.*

### 6.1.3 Om det er noe som er spesielt problematisk

Ingen av respondentene ga uttrykk for noe spesielt problematisk ved KOR. Alle uttrykte en positiv faglig innstilling til den type evalueringer KOR representerer.

Leder ungdom gir uttrykk for at det ikke er KOR i seg selv som ville være problem, men at vanskeligheten ville være at det ble for mye av det samme:

*Det at vi ikke bruker det betyr ikke at det er spesielle vanskeligheter, mer det at det blir "smør på flesk" .*

Svaret fra psykologspesialist omhandler det spesielle problemområdet hun arbeider med, men hun uttrykker ellers en positiv holdning til KOR:

*Det er ikke noen spesielle faglige begrunnelser for ikke å bruke KOR, bortsett fra at vi finner det lite egnet på målgruppen. Det er slik at klientgruppen vår er av betydning for hvorfor vi ikke bruker KOR, - og ikke selve verktøyet som sådan. For oss er det viktig med visuelle hjelpemidler, og å være konkret overfor autistene. Men jeg synes det jeg vet om KOR høres veldig ok ut, så mangel på bruk skyldes ikke noen spesiell motstand mot KOR som sådan.*

Leder poliklinikk understreker at det ikke ville være problematisk på grunn av faglig orientering:

*Overhodet ikke på tvers av faglig orientering. Vi bekjenner oss ikke til noen faglige retninger, folk her er forskjellige og klienter trenger også forskjellige ting. Så sann sett passer dette bra for oss. Men ikke nødvendigvis for alle.*

#### **6.1.4 Alternative evalueringsmetoder på arbeidsplassen**

Alle de tre informantene gir uttrykk for at de er opptatt av klientenes vurderinger av behandlingen. De metodene de refererer til ved egne arbeidsteder representerer ulike former for evalueringsmetoder.

Ved ungdomsenheten brukes det standardiserte skjemaer for brukerfornøydhets:

*Vi har egne etterundersøkelser som er innført i hele den divisjon helse som vi er en del av. Det er standardisert, og tilpasset BUP, og er brukerundersøkelse for alle utskrevne pasienter. Der får både pasienten og pasientens pårørende egne skjemaer for hva de er fornøyd med og mindre fornøyd med og gir oss en viss pekepinn på hvor skoen trykker.*

Spesialpsykologen formidler at enheten har andre godt tilpassede metoder for denne spesielle klientgruppen:

*Så vi bruker andre metoder i forhold til barna for å få fram tilfredshet og vurderinger. I forhold til voksne brukes ikke spesielle registreringer. Vi evaluerer grundig, og bruker måleinstrumenter og kroppsfigurer og slikt som kan gjøre det lettere å få fram informasjon enn bare ved å sitte og prate med dem.*

Leder poliklinikk henviser til at enheten nå har bare en felles type evaluering som alle i helseforetaket må bruke:

*Nå bruker vi Aseba. Alle må gjøre det. Helseforetaket krever det og har dette som kvalitetsindikator.*

### 6.1.5 Faglig orientering

Informantene ved ungdomsenheten og ved poliklinikken representerer flere ulike tilnærminger, mens spesialpsykologen vektlegger tilnærminger som er spesielt tilpasset hennes klientgruppe.

Leder ungdom:

*Jeg har det psykodynamiske grunnsynet, men er eklektisk. På enheten her var det etablert en psykodynamisk ramme, men de siste årene har vi blitt mer eklektiske og bruker for eksempel også atferdsterapeutiske tilnærminger.*

Psykologspesialist:

*Min faglige tilnærming er kognitiv og atferdsterapeutisk språkopplæring. Psykodynamisk tilnærming er ikke så egnet på vår målgruppe, så vi finner andre tilnærminger som er mer hensiktsmessige i forhold til klientgruppen.*

Psykolog poliklinikk:

*I forhold til lederjobben er jeg klart eklektiker. Vi jobber med 800 familier, de er forskjellige og vi trenger et mangfold å møte familiene med. Noen jobber langtids psykodynamisk, andre strengt kognitivt. Vi bekjenner oss ikke til spesielle faglige orienteringer. Vi prøver å holde et voldsomt fokus på begrepet service. Og det å være snill. Disse to begrepene bruker vi mye. Vi vil gjerne bruke folk sine ord. Synes kundene at vi er snille, og at vi gir god service? Lar vi dem komme kjapt? Hva med ambulant team? Er vi der folk er?*

### 6.1.6 Kjennskap til andre som benytter KOR

De av informantene som kjenner til andre som bruker tilnærmingen gir uttrykk for at deres erfaringer er positive:

*Den som er en terapeut her som bruker SRS i veiledning, og er fornøyd.*

*Jeg tror ikke jeg vet om noen som benytter KOR nå, men det var muligens noen her som skulle bruke det, men det har ikke vært diskutert erfaringer etterpå.*

*Jeg kjenner til familieavdelingen. De syntes det bare var positivt. De fikk sikret at de fikk tilbakemeldinger fra klientene etter hver time og det gir trygghet.*

## 6.2 Behandlere som ikke bruker, men som er interessert i å bruke KOR

Spørsmålene omfattet i hvilken grad respondentene kjente KOR som faglig tilnærming, begrunnelse for ikke å bruke skalene i dag, om det var noe spesielt problematisk ved KOR, begrunnelse for å ønske å bruke skalene, faglig orientering, om bruk av andre evalueringsmetoder på arbeidsplassen, og om kjennskap til andre som brukte KOR.

I presentasjonen brukes betegnelsen leder klinikk” for enhetsleder ved en BUP poliklinikk, og betegnelsen ”psykolog ambulant” for psykolog ved et ambulant team ved en ungdomsklinikk.

### 6.2.1 Kjennskap til og interesse for bruk av KOR

De to informantene hadde ulikt kjennskap til KOR. Psykolog ambulant kjente lite til tilnærmingen, mens leder poliklinikk kjente tilnærmingen godt.

Psykolog ambulant regnet med at det handlet om en metode for å få tilbakemelding fra klientene siden det het Klient- og resultat styrterapi:

*Det er en vei til å få en ekstra tilbakemelding på, og det er vel slik at det er klienten som registrer resultat og om det er noen framgang.*

Leder klinikk har selv deltatt i seminar om KOR tidligere og sier:

*Slik jeg husker det, var det et verktøy for en systematisk måte å evaluere arbeidet; hva som virker, feedback fra pasientene. Denne innfallsvinkelen likte jeg. Vi har hatt lite verktøy for å evaluere direkte. Jeg så at dette var en mulighet; ”er jeg på rett spor” og ikke bare synsing. Jeg tenkte også at kunne utvikle meg selv på det.*

### 6.2.2 Begrunnelse for ikke å bruke KOR i dag

For psykolog ved ungdomsenhet har det ikke vært aktuelt å ta i bruk en ny tilnærming da han er i ferd med å skifte jobb og skal over til en annen type arbeid.

Leder klinikk understreker vanskeligheten med å innføre noe nytt da personer som jobber i psykisk helsevern allerede er i en belastet arbeidssituasjon:

*Jeg har ikke klienter selv nå, så derfor har det ikke vært aktuelt å bruke de selv. Men som klinikkleder, det har vært enorme krav til skjemavelde, dokumentasjonskrav på å innføre både det ene og det andre. Det var ikke rette tidspunkt for å begynne å introdusere noe nytt.*

### 6.2.3 Om det er noe spesielt problematisk med KOR

På spørsmål om de tenker at det er noe ved KOR tilnærmingen som kan by på vanskeligheter, har ingen av de negative innvendinger for egen del. Psykolog ambulant kjenner ikke KOR så godt at han kan si noe om eventuelle problemer, men nevner at brukermedvirkning er et komplekst område med mange problemstillinger.

Leder klinikk gir uttrykk for at hun selv mener det ikke vil være problematisk å bruke KOR, men at det kan være andre terapeuter som ville synes det:

*Kanskje noen ville synes det var problematisk, det kommer an på hvilket syn du har på egen rolle. En del her mener de er eksperter og skal diagnostisere i forhold til foreldre. En kan være uenig med foreldre, særlig i forhold til småbarn, og da er det barna som er det viktige. Men det er jo barna deres det gjelder, så man må kunne samarbeide. Som poliklinikk*

leder ser jeg at vi kan få noen slike diskusjoner, og jeg har mange jeg må ta hensyn til. Det er vel også en del som har skjemafofi.

#### 6.2.4 Begrunnelse for ønske om å bruke KOR

Psykolog ambulant tror at andre på hans arbeidsplass kan være interessert i å benytte KOR selv om hans selv slutter. Som grunn for ønsket om å bruke KOR, oppgir han at det i dag stilles lite representative spørsmål til klientene om deres synspunkter på behandlingen:

*Grunnen til at jeg mener det er viktig er at vi terapeuter ofte gjør det vi gjør uten å spørre klienten. Vi spør innimellom og får noen tilbakemeldinger muntlig, men vi vet ikke hvordan ting egentlig oppleves av klientene. Det kan handle både om høflighet og om problematikk. Så det kunne være en grei måte å få en tilbakemelding på gjennom klienten. Tilbakemelding blir veldig sporadisk. Det har vært mye diskusjoner på hvordan vi skulle gjøre dette, men det har liksom ikke blitt noe av noe. Honosca har det vært snakk om. Men der er det terapeuten som vurderer.*

Leder klinikk begrunner interessen for KOR med ønske om å få tilbakemelding fra klienten på om terapien virker, og også med at KOR kan være hjelp til å jobbe mer effektivt:

*Det er en systematisk måte å evaluere arbeidet du gjør og ikke minst om det er bra for klienten. Generelt er jeg opptatt av hva som virker. Selv om du har jobbet lenge kan du ikke være sikker på at du jobber på en best mulig måte. I dag er vi jo opptatt av å skulle registrere alt mulig. Jeg tenkte at dette var et bra tilskudd som kunne forenkle noe. For det er jo et veldig skjemavelde for tiden. Og det er et kjempepress på å ta nye saker. Jeg ser jo at i dag får noen klienter 5 timer, andre ti eller femten timer. Men vi vet lite om hvorfor vi har disse forskjellene.*

#### 6.2.5 Bruk av andre evalueringmetoder

Både psykolog ambulant og leder klinikk gir uttrykk for at det ikke er andre systematiske tilnærminger for evaluering på deres arbeidsplasser. Begge mener det er faglig viktig med mer feedback i behandlingen.

Psykolog ambulant kommenter på at han savner gode rutiner for evalueringer. Samtidig peker han på at brukermedvirkning er et komplekst spørsmål med mange perspektiver, og at det i arbeid med ungdom er viktig med feedback fra flere parter:

*Vi har ikke noe strukturert opplegg for tilbakemeldinger. Det blir fra hånd til munn. Det har vært mye diskusjoner om dette her på jobben, og som sagt har det vært mye snakk om Honosca, men det falt litt vekk og er ikke tatt opp igjen hos oss. Men vi trenger noe, og særlig fra foreldre. Nå får vi lite feedback på dette, og foreldre får i dag minimal informasjon. Det er mye misnøye og konflikter i dette feltet og vi trenger å få en helhetlig vurdering. Viss en tenker vurdering både fra foreldre, ungdom og samarbeidspartner kunne det bidra til en avklarende forståelse. Viss man kunne få dette standardisert, så kanskje man hadde muligheter til å følge opp en eventuell misnøye. En avklarende forståelse. Vi gjør jo det, men det blir pragmatisk i dag.*

## 6.2.6 Hva skal til for å begynne med KOR?

For psykolog er det ikke aktuelt å starte med å bruke tilnærmingen nå siden han skal slutte i den jobben han er og ikke vet hvordan det blir i ny jobb. Enhetsleder har kommentarer som peker på at det må konkrete tiltak til både i form av kompetanse og ansvar:

*Kanskje la det være et prosjekt. At det kommer noen utenfra, underviser, veileder. Vi har en travel hverdag, og noen må holde grepet. Dette er bare en av tusen ting vi må gjøre. Folk er litt metta. Vi trenger noen som får oss til å til å gi oss entusiasme.*

## 6.2.7 Kjennskap til andres bruk av KOR

Verken psykolog eller enhetsleder kjenner til at det er andre i sitt område som bruker KOR.

## 6.2.8 Faglig orientering

Med hensyn til faglig orientering oppgir begge respondentene å ha en bred orientering:

*Eklektisk. Når jeg jobber individorientert blir det kognitivt, men sjelden isolert, ganske mye nettverksarbeid, med samarbeidspartnere eller samspill i hjemmene.*

*Faglig orientering på enheten er mangfoldig, fra de som er opptatt av utredning til de som er opptatt av å møte pasienten direkte i samtale og til å være der folk er. Men vi lever bra med det.*

## 6.3 Oppsummering

Ingen av de tre respondentene i gruppen som ikke ønsker å bruke KOR hadde faglige begrunnelser for dette. Grunnene til ikke å bruke KOR var:

- Enheten har en god tradisjon for brukermedvirkning og har ikke behov for nye tilnærminger.
- KOR-tilnærmingen passer ikke i arbeid med en spesiell type klientell, barn med autismeproblematikk.
- Enheten er allerede pålagt andre evalueringsrutiner som har ført til uvilje mot å prøve noe nytt.

Det var ulik kjennskap til KOR som faglig tilnærming innen begge gruppene av behandlere som ikke brukte KOR, fra lite kjennskap til KOR til ganske godt kjennskap. Alle visste at det handlet om evaluerings skjemaer i forhold til behandling og brukermedvirkning.

I de to gruppene var det ingen av respondentene som ga uttrykk for faglige innvendinger mot å bruke KOR. I begge gruppene ble det gitt uttrykk for en positiv holdning til den type evalueringstilnærming KOR representerer.

Interesse for å bruke KOR ble begrunnet både ut fra et brukerperspektiv og for å bidra til bedre og mer effektiv behandling.

Det er bare en av informantene som referer til tilsvarende systematiske evalueringsrutiner som KOR. Dette gjelder for en enhet for barn med autismeproblematikk, hvor de bruker gode tilpassede metoder for denne klientgruppen. Ved en enhet refereres det til sentralt innførte systemer for systematisk anvendelse av skjemaer for brukertilfredshet etter behandling, og ved en annen enhet til at det brukes Aseba etter pålegg fra helseforetaket. For øvrig oppgis det at det ikke brukes andre evalueringsmetoder systematisk.

Med hensyn til eventuelle vanskeigheter med å ta i bruk KOR for de som ønsker å gjøre dette, oppgis grunner som et høyt arbeidspress med krav om høyt tempo i daglig klinisk arbeid og til at enhetene allerede er belastet med krav om andre rutiner for registrering og evaluering. En faglig hindring som ikke gjelder informantene selv, men som oppgis kan gjelde andre, er at det for noen behandlere kan komme på tvers av deres faglige forståelse som eksperter.

Når det gjelder hva som skal til for å ta KOR i bruk formidles det at det vil være nødvendig at det kommer en utenfra som kan gi undervisning og veiledning i KOR-tilnærmingen. Det er også nødvendig at det er en person med spesielt ansvar for dette for at det skal få plass i en travel hverdag.

## 7. Brukernes erfaringer med KOR

Det er gjennomført intervjuer med tre informanter som har erfaring i bruk og utfylling av KOR. I alle tilfellene ble intervjuene gjennomført av mødre til barn som var i behandling, og det er altså deres vurderinger som presenteres i dette kapitlet.

Informantene var mødre til hvert sitt barn, en gutt på 7 år, en gutt på 9 år og en jente på 9 år. Det ene av intervjuene var telefonintervju, mens de andre to fant sted i møte mellom intervjuere og informant på de aktuelle behandlingsstedene. Alle intervjuene ble gjennomført på bakgrunn av samme intervjuguide. Intervjuene ble foretatt på høsten 2006.

Informantene hadde på forhånd mottatt et brev om undersøkelsen, og alle hadde gitt tillatelse til og samtykket i å bli intervjuet. Det ble presisert at det ikke ville ha noen konsekvenser for behandlingen og behandlingstilbudet om man ønsket, eller eventuelt ikke ønsket, å delta i undersøkelsen.

I brevet ble det orientert om hva undersøkelsen gikk ut på, og hva vi ønsket å spørre om. Det ble poengtert at vi ønsket å få spørre om brukernes erfaringer med bruk av KOR, om hva de mente er fordelene – eller eventuelt ulempen – med bruk av skjemaer, og hvordan de mente dette eventuelt kan ha påvirket terapiprosessen. Vi ville også spørre om brukernes behov, ønsker og interesser var vektlagt, og om de var fornøyd med den informasjonen de har fått. Også vurdering av påvirkningsmuligheter og enkelte ”bakgrunnsspørsmål” ville bli berørt i intervjuet.

I informasjonen som ble gitt om prosjektet ble det også vektlagt at det er viktig å finne fram til metoder som gjør at brukerne av tjenestene føler at de blir hørt og tatt på alvor, og at dette også var et temaområde i intervjuene. Er det for eksempel slik at informantene tror at egen medvirkning har bidratt til å gjøre tjenestetilbudet bedre, synes man at det har vært gitt tilstrekkelig (eller for mye) styring med og ansvar for egen behandling? Og hvordan vurderes betydningen av egen medvirkning på veien mot bedring.

### 7.1 Behandlernes forklaring på bruk av skalaene

Bruk av registrerings skjemaer i en behandlingssituasjon må presenteres og forklares av behandleren slik at klientene vet hva som skal gjøres og hva som er hensikten med det.

De informantene vi har intervjuet ble spurt om de kunne huske hvordan bruk av skalaene ble begrunnet og forklart, og hvorfor det skulle være viktig å fylle dem ut. Spørsmålet ble også reist om behandler hadde spurt om de hadde lyst til å fylle ut skjemaene, og om det eventuelt ble gitt anledning til å reservere seg. Dessuten reiste vi spørsmålet om det var noe som ble opplevd som spesielt problematisk, eller eventuelt som spesielt enkelt, i forbindelse med utfylling av skjemaene.

Alle de tre informantene ga uttrykk for at de fikk greie forklaringer og gode begrunnelser fra behandlerne på hvorfor det var viktig å fylle ut skjemaene, og hva hensikten med det var.

Informantene fortalte at behandler hadde begrunnet at bruk av skjemaene bidro positivt på flere måter. En av behandlerne hadde sagt at man ved hjelp av skjemaene lettere kunne se utviklingen på samværet med en behandlingstrengende datter, og at man dessuten kunne ha skjemaene som en oppstartsbit til samtalene (CORS). Bruk av skjemaene ble også forklart med henvisning til at de bidro til å passe på at klienten hadde oppfattet seg som hørt og forstått av terapeuten i behandlingstimen. En annen behandler hadde forklart at en grunn til å bruke skjemaene var at man lettere kunne følge med om det skjedde noe i positiv eller negativ retning - om det var noen bedring. På denne måten kunne man følge med i hvordan barnet hadde det der og da.

Tilsvarende begrunnelse ble også gitt til den siste informant: Gjennom bruk av skjemaene kunne man både se på at det faktisk skjedde en utvikling og på hva slags utvikling man fikk. Dessuten ble det formidlet et inntrykk av at behandlerne syntes det var greit å ha skjemaene og registreringen som en slags oppstartdel til samtalen.

Alle informantene opplevde forklaringen på bruk av skjemaene som grei og uproblematisk. Forklaringene som ble gitt var gode og velbegrunnet, slik at det ikke var nødvendig å spørre om mer utfyllende informasjon.

Våre informanter formidler også et inntrykk av at de mener at barna syntes utfylling av skjemaene var en god ting. En mor forteller at datteren var veldig opptatt av at de skulle fylle ut de skjemaene både i forkant av timen og ved avslutning av den, og at dette bidro til å lage en ramme for hele timen. Dette ble oppfattet som positivt.

En mor reflekterer over utfylling av skjemaene, og sier det slik:

*- Det første skjemaet CORS var veldig greit. Datteren min fylte ut for seg og jeg fylte ut for hvordan jeg trodde hun hadde det. Det andre skjemaet SRS var vanskeligere. Jeg skulle fylle ut for meg selv, men det var jo ikke på grunn av meg vi var der. Så det synes jeg var litt problematisk. Jeg kunne jo ikke svare slik jeg trodde hun hadde opplevd det, men på hvordan jeg opplevde å være der. For meg ble ikke det riktig, fordi det var for henne vi var der. Men noen ganger var det greit. Når det handlet om samspill mellom oss, så det kom an på settingen. Jeg synes CORS var nyttig. Det var en status over hvor står vi akkurat nå. Hva har du svart der og hva har mamma svart der? Hvorfor er det forskjellig – hva tenkte du og hva tenkte jeg? Jeg kunne se hva hun mente, og hun kunne også se hva jeg mente. Det var bra.*

Alle informantene opplevde at det var anledning til å reservere seg mot å bruke skjemaene, og det ble ikke opplevd som et press å fylle dem ut. Samtidig lå det en klar oppfordring der, men det mente de likevel var greit fordi hensikten med registreringen ble oppfattet som god og nyttig. Uttalelsene er som følger:

*- Ja, jeg mener de sa jeg kunne reservere meg, men de oppfordret jo oss også. Jeg så hensikten, så jeg syntes det var riktig å gjøre det.*

En annen har en sammenfallende vurdering og sier følgende:

*- Ja, de forklarte veldig nøye hva det gikk ut på, og jeg følte at jeg hadde valgmulighet. For meg var det helt greit å fylle ut skjemaene, det var jo for å følge med i om det skjedde noen forandring.*

Den siste informanten ordlegger seg litt annerledes og svarer på denne måten:

*- Jeg fikk ikke inntrykk av at det var tvang. De spurte ikke om jeg ville reservere meg, men om jeg ville fylle ut skjemaene.*

Informantene ga uttrykk for at de syntes selve utfyllingen av skjemaene i hovedsak var grei. Noen sider knyttet til henholdsvis problematiske og enklere sider ble mer vurdert mer inngående:

En av mødrene vektla at hun mente skalaene var veldig nyttige for datteren, og at hun selv syntes det var interessant å se hva datteren svarte. Hun påpekte imidlertid at terapeutene kunne gått mer i dybden, for hun mente at det ellers kunne bli fallgruver. Dette mente moren skyldtes at hun selv og terapeuten hadde litt ulike tolkinger, og at dette kunne kommet bedre fram da. Moren lurte også på om datteren fylte ut skjemaene slik hun trodde moren ville forventet det, heller enn hvordan *hun* følte det. Hun ga uttrykk for en viss usikkerhet med hensyn til bruk av skjemaene, og formulerte det slik:

*Datteren min hadde tendens til å sette kryss høyt, og når jeg fikk vite det og sa at det "kanskje ikke er riktig, fordi du var jo lei deg for det og det...", da var hun enig. Min bekymring for henne var ikke den som hun i første omgang uttrykte. Jeg lurte på hvordan terapeutene brukte dette i ettertid?*

Moren reflekterte også over andre sider av barnets bruk av skjemaene, og var litt betenkt, slik følgende formulering viser:

*Når det gjelder CORS: Barn har en tendens til å bare tenke på dagen før når de blir spurt om hvordan de har hatt det siden sist, for eksempel hvis dagen i går var fin, så skårer de høyt. Og når det gjelder CSRS: Der var det mer realistisk, datteren min var ikke redd for å sette kryss for sure fjes. Jeg ble veldig nysgjerrig på det. Hun var altså ikke redd for å kritisere terapeutene. Men igjen – terapeutene kunne gått mer i dybden. Hvis datteren min syntes det hadde vært en dårlig time fordi man hadde snakket om noe ubehagelig, er det ikke sikkert at hun skulle få "flykte fra det" ved å bare snakke om koselige ting neste time for å kunne skåre høyt?*

En annen mor ga uttrykk for at hun syntes skjemaene var enkle og greie å fylle ut, men at det var litt vanskelig i begynnelsen å vite hva en skulle legge seg på. Hun påpekte at selv om hun kjenner sønnen godt, og tenkte at på en skala fra 1 til 10 ville 7 være det riktige, så ble det likevel litt vanskelig å sette det på papiret. Med hennes ord ble denne usikkerheten uttrykt slik:

*Selv om jeg tenker slik, er det jo vanskelig å vite om det er riktig. 10 tror jeg er noe som sjelden blir brukt – for da er det maksimalt bra hele tiden, og det er det ikke noe som er. Men en kommer fort inn i det når en har begynt å gjøre det. Behandleren brukte skalene i timene med han. Jeg tror han synes det var veldig greit. Han hadde fått forklart hva det var, og behandleren sa at han skravlet i vei og fylte ut. Og han fylte ut ganske likt med meg. Timevurdering var ikke vanskelig. Jeg hadde ikke noe negativt, men bare positivt å si. Hadde jeg hatt noe negativt, hadde det ikke vært vanskelig å si fra.*

Den ene av disse mødrene sa hun syntes det var vanskeligere å svare på SRS. Det meldte hun tilbake om, og fortalte at hun sa hun syntes det var vanskelig å svare når hun egentlig ikke hadde vært deltaker i timen. Men hun mente det absolutt hadde vært nyttig for datteren, og at det kom tydelig fram hva hun syntes var ok og hva hun ikke syntes var ok.

Men moren ga uttrykk for at hun lurte på om datterens avkryssing var slik datteren følte det, eller slik hun ønsket at moren eller terapeuten skulle tro at hun har det. Moren mente dette var vanskelig å vurdere fordi det var en veldig grov skala. Hun sa det slik om egen utfylling:

*Selv om jeg krysset mellom midten og toppen kunne det være mye bekymring hos meg. Måtte følge opp med samtaler rundt dette. Når datteren min krysset høyt opp, så tenkte jeg ”ja, ja”, og når jeg kom med eksempler kjente hun seg veldig igjen i dette. Min bekymring for henne kom tydelig fram, og også at min bekymring ikke nødvendigvis hadde noen innflytelse på henne. Men det var viktig for meg likevel å få sagt det i en terapeutisk sammenheng. Kryssene ble utgangspunkt for samtalen, det ble en god ting i tilbudet. Samtidig som jeg ser sider ved det som kan være fallgruver. Hvordan en så på hva jeg hadde sagt og hva datteren min hadde sagt, og hva en grep tak i da var det avgjørende for hvilken betydning det fikk på sikt. For hun satte ofte ting for høyt. Men når jeg satte ord på ting, at hun var lei seg for det, så kunne hun si at slik var det. Så da tenker jeg at hvis en bare ser på skjemaene så ville det gi et skjevt bilde av hvordan situasjonen egentlig var. Vet ikke om behandlerne for seg selv laget noen egne skjemaer hvor de satte hvordan situasjonen egentlig var – hvor kryssene egentlig skulle vært satt? Så når hun satte de høyt, men gikk med på at de skulle vært satt lavere, så fikk vi ikke helt tak i hvorfor hun da satte de høyt. Og dette kunne vi gått mer inn på.*

Også i dette intervjuet kom det fram at moren på at det på mange måter mente det var enklere med CSRS:

*På CSRS var datteren min mye tydelige på hva som var bra og ikke bra – her kunne hun sette kryssene helt ned på det sure fjeset. Og det var interessant, for på de samme tingene kunne jeg skåre høyt på, for nå var vi inne på de virkelig følsomme tingene. Men hun klarte seg veldig bra i disse timene. Så hvorfor satte hun det så lavt – hva var ubehaget for deg?*

Den tredje informantene mente også at det var veldig greit å bruke skjemaene, og at alt med behandlingen var bra, og ikke noe problem. Hun hadde ingen negative anmerkninger, og framhevet særlig at det fungerte veldig greit for sønnen hennes.

Som svarene i dette avsnittet peker på, har alle informantene oppfattet behandlernes begrunnelser for bruk av skjemaene, og de har godtatt det. Ingen har problematisert bruk av skjemaene, men har sett på dem som hjelpemidler for å sikre at man er på rett spor. Skjemaene har også vært oppfattet som enkle og greie å fylle ut, og det er positive reaksjoner

i forhold til å benytte dem. Likevel viser noe av refleksjonene i dette avsnittet at mødrene lurer på noen sider ved barnas utfylling av skjemaene. Dette gjelder spesielt vurderinger og til dels usikkerhet i forbindelse med om barna krysser av slik de tror at det er forventet av dem, eller om de krysser av i tråd med slik de selv faktisk føler og opplever situasjonen. Samtidig oppfattes barnas svar på skjemaene som sentrale inntak til samtaler om problemene deres.

## 7.2 Fordeler og ulemper ved bruk av skalaene

Alle informantene ble spurt om hva de synes er bra med bruk av skjemaene, og hva de synes er mindre bra eller vanskelig. De ble bedt om å begrunne svarene sine.

Alle har gitt omfattende svar og begrunnelser på disse spørsmålene. Gjennomgående peker svarene i samme retning.

Det framheves som positivt at man får ut en profil, og at man konkret kan se på om det har vært noen endring. Det går fram at informantene mener skalaene er til hjelp, og at de gir oversikt over hvordan barna deres har det. En av mødrene peker på at det også gir anledning til å tenke gjennom hvordan det har vært siden siste møtet. Og betydningen av at skjemaene gir et godt utgangspunkt for videre samtaler blir dessuten understreket.

En av mødrene sier det slik:

*Skalaene for å vurdere timene tror jeg absolutt er til hjelp for å kunne si i fra. Jeg mener skalaene er til hjelp særlig for folk som ikke har så lett for å si fra. Men for meg har det vært veldig enkelt, siden behandleren har vært veldig imøtekommende og veldig behjelpelig.*

En annen mor er svært rosende i sin omtale av bruk av skjemaene. Hun gir sterkt uttrykk for at det har vært veldig positivt for hennes barn. Hun sier:

*For han fungerte det veldig bra. Han var veldig ærlig, .. og krysset av der ting ikke var ok. Han syntes det var kjempefint. Selv om han ikke kunne si noe, fikk han sagt fra ved å sette merket og gitt signaler om at alt ikke var topp, - og så kom det etter hvert fram hva det var. Det kan jo være vanskelig å skille mellom hva som er vanskelig, - om det er inni meg – eller om det er på skolen, for eksempel. Man kan etter hvert finne ut av dette når man bruker skårene. .. Han fylte ut skjema for hver dag og for spesielle timer. Da må de liksom tenke litt, og så kommer ting fram etter hvert. Jeg tror ikke de hadde funnet ut ting så godt med han dersom de ikke hadde brukt skjemaene.*

Bruken og nytteverdien av skjemaene som verktøy for å få bedre innsikt, og gjennom det bedre mulighet til å hjelpe barnet, er tydelig i vurderingen fra denne moren. Hun vektla også at bedringen hos barnet hennes var merkbar fra første stund, og understreket også at hennes egne skjemaer for timeevaluering ble sammenliknet med sønnens. Heldigvis skåret vi ganske likt, sa hun, og mente det var betryggende å se at hennes vurdering av hvordan han hadde det var sammenfallende med slik han selv følte det. Også på denne måten ble den positive betydningen av skjemaene framhevet.

Felles for alle informantene var at de mente at de gjennom bruken av skjemaene hadde fått en innsikt i hvordan situasjonen er og oppleves for barna deres. Samtidig kom det fram at de mente skjemaene var lite spesifikke. Dette vurderes likevel ikke som en motsetning til at skalaene ansees som å være til hjelp.

Av de mer problematiske sidene, som informantene også er bedt om å gi en vurdering av, pekes det på at det kan oppleves litt rart å uttrykke følelser på et skjema. Man er ikke vant til å vurdere sin egen unge på et papir, og dette følte fremmed til man ble vant til skjemaene og skalaene. Det ble imidlertid understreket at dette var følelser som bare var der i begynnelsen, og at det siden gikk greit.

En av mødrene pekte også på et forhold som vi berørte i forrige avsnitt, og hun sier følgende:

*Det som var vanskeligere, var at jeg svarte ikke hvordan jeg trodde det var for henne, men for meg, hvordan det var å være der. Men noen ganger var det samspill mellom oss – da var det mer relevant. Da var det nyttig at jeg sa hva jeg trodde om hvordan hun følte (CORS), og at vi fikk samtaler om det.*

Erfaringene fra de informantene vi har intervjuet synes samlet å peke på at det oppleves som meningsfullt og nyttig å benytte skjemaene i behandlingssituasjonen. Det reises samtidig noen spørsmål om selve utfyllingen, og om de blir fylt ut slik at behandleren skal like svarene, eller om de gjenspeiler barnas vurderinger og følelser. Alle informantene har imidlertid i hovedsak vært positive i vurderingen av den nytte de mener skjemaene gir.

### 7.3 Om å si i fra til og bli hørt av behandleren

Informantene ble spurt om de følte at de kunne si i fra til behandleren hvis de syntes noe var vanskelig, eller om det skulle være andre ting som var viktigere å ta opp enn det som inngår i skjemaene. I oppfølgingen av dette reises også spørsmålet om man har inntrykk av at behandlerne faktisk bruker og tar hensyn til det som fylles ut i skjemaene. Dessuten reises spørsmålet om man tror at bruk av skjemaene spiller noen rolle for behandlingen, og for måten samhandlingen mellom klient og behandler skjer.

Det overordnede spørsmålet som det er viktig å belyse, og som begrunner de foran nevnte spørsmålene, er om informantene opplever at skjemaene virker styrende på behandlingen på en uheldig måte.

En av mødrene sier dette:

*Det har aldri vært noe problem. Jeg har aldri plassert behandlingsstedet vårt på 10, for det er slik at alle alltid kan bli bedre. Men jeg følte meg forstått og hørt på, og at jeg kunne spørre om og si hva jeg ville. Det hadde ikke vært vanskelig å si i fra hvis jeg ikke var enig. Det har jeg gjort hele tiden, og det har jeg vært klar på helt fra starten.*

En annen sier at hun alltid har følt at hun har blitt hørt. Bruk av skjemaene virker ikke hemmende på dette. Hun mener imidlertid, mer generelt, at det kan være vanskelig å si i fra til fagpersoner dersom man føler at man ikke blir hørt. Hun peker på at grunnen til dette er at det

i utgangspunktet er en vanskelig situasjon som gjør at man er i kontakt med behandler, og fordi man trenger hjelp, er man sårbar. En mulig følge av dette kan være at det for noen vil være vanskelig å si i fra hvis man føler at man ikke blir hørt.

En meget positiv vurdering i forhold til rollen bruk av skjemaene spilte for hennes barn gis uttrykk for i følgende betraktning:

*I forhold til sønnen min spilte det en rolle. Spesielt hadde det mye å si at vi kunne se på hans og min skåring sammen. Det var viktig! For meg spilte det ikke så mye rolle i forhold til behandlerne siden jeg hele tiden opplevde å bli hørt.*

Oppsummert er det altså slik at informantene i denne undersøkelsen føler at de kan si i fra til behandlerne sine om vanskelige ting, og også ting som ikke inngår i skjemaene, og at skjemaene ikke hindrer dette for de voksnes del, men snarere bidrar til det som et godt hjelpemiddel. Det er også slik at man for barnas del vurderer at bruk av skjemaene har spilt en stor og viktig rolle, som et behandlingsfremmende og positivt hjelpemiddel.

Inntrykket informantene har av behandlerens villighet til å ta hensyn til det de svarer i skjemaene, er også sammenfallende. Likevel går de ikke entydig i retning av at det de svarer alltid blir brukt og tatt hensyn til.

Men en av dem uttrykker noe mer enn dette:

*Jeg følte at vi kunne si fra, men ikke nødvendigvis ble hørt. Kanskje respekterte de for mye at datteren min ikke ville snakke for mye om det som var vanskelig. Hun signaliserte at hun gjerne ville snakke med en terapeut alene, og jeg støttet det. Vi fikk begge to ganger, og etter første time var det en veldig fruktbar fellessamtale der det kom fram mye. ... Vi fikk luftet ut noen problemer, og jeg forsto at en grunn til at hun hadde skåret høyt på CORS var at hun ikke ville gjøre mamma lei seg, se henne gråte osv. Men vi fikk bare to individualtimer, det var for lite. Kanskje var individualtimer på kollisjonskurs med deres familierapitilnærming?*

Denne vurderingen peker imidlertid ikke uten videre tilbake på at svarene i skjemaene har vært styrende for samtalene. Informanten vurderer det i alle fall ikke slik, men framhever heller at behandlerens faglig tilnærming, og valg mellom individualterapi og familierapi, har vært viktigere for terapeuten.

Også en annen uttalelse uttrykker noe av det samme:

*Ja, jeg kunne absolutt si fra og det gjorde vi også – og meldte tilbake en del ting. Vi følte vi hadde sagt fra, men at vi ikke nødvendigvis ble hørt. Når vi hadde lyst til å grave litt så var det liksom litt "hands off", så ble det mer brus og boller. Det var jo ikke derfor vi var her. Det var jo de sidene vi ville touche litt på, få bearbeidet – det var jo derfor vi var her.*

Men bildet varierer, for det framkommer også tydelig at behandleren aktivt bruker det som framkommer i skjemaene, og slik at brukerne i høy grad føler seg hørt og ivaretatt, og med full støtte i forhold til for eksempel problemer knyttet til skole og skolemiljø.

Vurderingen av om skjemaene spiller noen faktisk rolle for behandlingen og måten samhandlingen med behandleren skjer på, er i hovedsak positiv. En av informantene svarer

ganske kort at hun ikke tror skjemaene har noen betydning for hvordan opplegget har vært. Samtidig er dette en uttalelse som er gitt av en informant som er godt fornøyd med den hjelpen de har fått. Slik har uttalelsen altså en positiv valør. En annen informant framholder at bruk av skjemaene spilte stor rolle for hennes sønn. Spesielt var det viktig at de to kunne se på skåringen sammen, og snakke sammen om den.

Enda en uttalelse illustrerer:

*Jeg kunne luften hva jeg mente var problematisk etter sist vi var her. De var veldig åpne for forslag til ting. Hva er det jeg ønsker de skal ta opp, for eksempel. Men jeg ville ønsket at de ble litt tydeligere på hva de tenkte underveis. Men de var gode på å lytte – gode på å se ting – de hørte hva datteren min sa - og jeg fikk noen aha opplevelser.*

Alt i alt oppleves altså ikke skjemaene å ”stå i veien for” samhandlingen mellom klient og behandler, men at de tvert i mot fremmer samhandlingen og behandlingen, og det er i hovedsak positive refleksjoner knyttet til den faktiske bruken av dem.

## 7.4 Brukernes samlede vurdering av nytten av skjemaene

De vi har intervjuet har relativt lang erfaring med hensyn til hvor lenge de selv har benyttet skjemaene. Opplysningene peker på at skalaene er blitt brukt helt fra starten av behandlingen for samtlige vedkommende. I et av tilfellene har det dreidd seg om bortimot et halvt år, mens det i et annet har vært om lag et år. Alle har dermed relativt lang brukererfaring.

Informantene er bedt om å gi en samlet vurdering av nytten av skjemaene. Svarene er positive, og bekrefter den positive opplevelsen intervjuene for øvrig i all hovedsak er preget av.

En av informantene uttrykker det slik:

*Det var nyttig. For å ha et utgangspunkt og en avslutning, det gir bra ramme. Men: Kanskje kunne man ha et annet skjema også – tror at for barn kan det være for abstrakt å bare spørre om de 4 dimensjonene. For eksempel på CORS: ”Har det skjedd noe hyggelig siden sist, kan du fortelle om det?” Eller ”Har det skjedd noe dumt/ trist siden sist, for eksempel på skolen”, osv. Altså mer konkrete spørsmål. Mye gikk på min datters selvhøvdelse. Bare å sette et kryss blir så unyansert. Du må underbygge det med noe.*

En annen summerer opp sine erfaringer på denne måten:

*Skalaene har sikker vært nyttige, ellers hadde de ikke brukt dem. De vil se om det er positiv eller negativ utvikling. Jeg føler jo at det har vært en positiv utvikling. Endringene har skjedd fort på kort tid. Den mest aktive hjelpen var jo før påske. Vi begynte her i januar, så det har jo forandret seg mye på veldig kort tid. Dette er helt annerledes enn det som er vanlig. Min erfaring er at ting vanligvis går veldig seint. Behandlingsstedet var enig i det jeg sa om at de måtte observere sønnen min i ulike situasjoner over tid for å danne seg et riktig bilde. Tidligere har jeg ikke blitt hørt på dette, vanligvis har en bare korte observasjoner i spesielle*

*situasjoner og uttaler seg på grunnlag av det. Tidligere følte jeg at andre bestemte i min familie og at jeg ikke hadde noe jeg skulle sagt.*

Som uttalelsene illustrerer er de overordnede, samlede vurderingene positive. Samtidig inneholder de også noen vurderinger om forbedringsmuligheter for bruk av skjemaene.

## 7.5 Kort oppsummering

Brukernes erfaringer med bruk av KOR er innhentet gjennom kvalitative intervjuer basert på en intervjuguide. Intervjuene er gjennomført av tre mødre til barn som har vært i behandling. Alle informantene har erfaring som brukere av KOR.

Gjennomgående er brukerne positive til bruk av skjemaene. Og det er uansett ingen direkte negative kommentarer eller sterke kritiske vurderinger å spore i intervjuene. Vurderingene som foreligger er til dels reflekterte, og går på flere punkter utover de spørsmålene vi stilte. De er også slik at det i noen sammenhenger pekes på bedringsmuligheter for bruk av skjemaene.

Informantene har forstått hensikten med bruk av skjemaene, og de gir også uttrykk for at de har opplevd nytten av dem i løpet av behandlingsprosessen. Det oppleves ikke som at skjemaene hindrer samhandling mellom dem og behandler, men snarere at de har fungert fremmede i forhold til å ta opp ting som kanskje ellers ikke ville blitt berørt på samme måte. Dessuten har de bidratt til å se om de ønskede endringer har kommet, og om behandlingsforløpet har vært på rett spor.

Alle de tre mødrene ga også uttrykk for at barna deres var aktivt engasjerte og positive til skalaene, og at bruk av skalaene var til stor hjelp for barna, både for å sikre et bra behandlingsresultat og for å hjelpe barna til lettere å gi uttrykk for hva de syntes var problematisk i situasjonen deres.

## 8. Konklusjoner og vurdering av resultatene

Dette prosjektet har hatt til hensikt å kartlegge omfanget av og erfaringer med bruk av klient- og resultatstyrt terapi, KOR-tilnærmingen, i psykisk helsearbeid i Norge. Det primære målet har vært å vurdere bruk av klient- og resultatstyrt terapi som en tilnærming for økt brukermedvirkning i klinisk arbeid og for økt fokus på terapieresultat. Kartleggingen har hovedsakelig konsentrert seg om feltet barn, unge og familier i helseregionene øst og sør. Det er her KOR-tilnærmingen først og fremst er tatt i bruk, og BUP-enheter og familierådgivningskontorer i disse regionene var den primære målgruppen for spørreskjemaundersøkelsen. Erfaringer med bruk av KOR i rusbehandling og voksenpsykiatri er tatt med i kartleggingen da KOR-tilnærmingen også er tatt i bruk i noen institusjoner innen disse områdene.

### 8.1 Tilbake til problemstillingene

Prosjektet skulle besvare en rekke spørsmål knyttet til KOR-tilnærmingen. Spørsmålene omfatter gjennomgang av relevant litteratur og tilgjengelig dokumentasjon for bruk av en resultat- og klientstyrt tilnærming i terapi. Den norske oversettelsen av KOR-skalaene skulle vurderes for bruk i norsk kontekst. Prosjektet skulle gi svar på omfang av bruk av tilnærmingen i det norske fagfeltet, i hvilke behandlingssammenhenger den brukes, overfor hvilke klientgrupper, av hvilke behandlere og på hvilken måte. Viktige spørsmål har vært knyttet til behandlernes erfaringer med bruk av KOR, med spesiell vekt på den betydning tilnærmingen har for økt brukermedvirkning i det direkte møtet med den enkelte klient og familie. Det skulle også vurderes om det er grunnlag for en evalueringsstudie som kan gi informasjon om bruk av KOR-tilnærmingen innen psykisk helsevern for barn, unge og familier under optimale forhold.

#### 8.1.1 Relevant litteratur og tilgjengelig dokumentasjon for bruk av allianse og resultatfeedback i terapi.

I kapitlet om bakgrunnen for prosjektet, Kap. 1, presenteres forskning som drøfter betydningen av den terapeutiske alliansen, betydningen av klientens egne ressurser og relasjoner, og den betydning systematisk feedback har for behandlingsresultat. Det presenteres også behandlingforskning fra feltet barn, unge og familier. I gjennomgangen henvises det til forskningslitteratur som underbygger de sentrale funnene. I litteraturlisten er det satt opp egne avsnitt for litteratur som omhandler feedback i terapi, KOR-tilnærmingen, og litteratur spesielt relevant for barn og unge, og familier.

Hovedfunnene er at klientens vurdering av den terapeutiske alliansen og av terapieresultat er av stor betydning for utfallet av terapi. Det er nødvendig for terapeuter å vite om en arbeider i samsvar med klientens forståelse og perspektiv på behandlingen for å oppnå best mulig

resultater. I arbeid med barn, unge og familier understrekes det at terapien må tilpasses de enkelte barns og familiers særegne problemer og situasjon. Terapiteorier og metoder er viktige, men for å fungere må de være i samsvar både med terapeutens og klientens virkelighetsforståelse. I løpet av de siste årene er det foretatt en rekke komparative studier for å vurdere effekten av at terapeuten får systematisk feedback på klientens vurdering av terapieresultat. Disse studiene viser at terapier med feedback gir signifikant bedre behandlingsresultat enn tilsvarende terapier uten feedback.

Med bakgrunn i disse forskningsresultatene er det utviklet og utprøvd metoder for feedback i vanlig klinisk praksis. Erfaring viser at for å være anvendbare i vanlig praksis må metodene, tillegg til å kunne vise til rimelig grad av validitet og reliabilitet, være enkle, lette å gjennomføre og være meningsfulle i den terapeutiske prosessen både for klient og terapeut. Client Directed Outcome Informed Therapy CDOI, utviklet av Barry Duncan, Scott Miller og deres kollegaer ved ISTC, er en slik metode. Til norsk er metoden oversatt til KOR. Skalaene ble først utviklet for voksne klienter men har i dag også skalaer for barn.

Den tilgjengelige dokumentasjonen for KOR-tilnærmingen er fra amerikanske forhold og gjelder foreløpig for voksne klienter.

### **8.1.2 Vurdering av de norske KOR-skalaene**

Den norske utgaven av skalene er oversatt i samarbeid mellom terapeuter med lang klinisk erfaring med bruk av skalene innen BUP og innen familievern og er godkjent som norsk utgave ved ISTC. I kartleggingsstudien er det ikke kommet fram behov for vesentlige endringer av skalene til generelt bruk. Det er blitt stilt spørsmål om variabelen sosial fungering i endringsskalaen kan fungere annerledes i norsk sammenheng enn i amerikansk og at den kunne vært delt i to skalaer, en for generell sosialfungering og en annen for skole eller arbeid. Der det er behov for å skille dette, løses det i dag ved at en skårer for begge områder på samme skala, og det rapporteres om gode erfaringer med dette. En samlet vurdering av erfaringer tilsier at en i dag ikke foretar endring på standardutgaven.

### **8.1.3 Omfang i bruk av KOR**

Studien gir et bilde av omfang av og interesse for bruk av KOR i fagfeltet, men gir ikke absolutte svar på hvor mange behandlere og behandlingenheter som benytter KOR. Ved vurdering av resultatene må det tas hensyn til at det hovedsakelig er de som er positive til KOR som har svart på spørreskjemaundersøkelsen og at det er mange enheter som ikke har svart.

Fra helse øst og sør er det kommet svar fra 23 BUP-enheter hvor en eller flere behandlere bruker KOR, og svar fra 17 BUP-enheter hvor det er interesse for å prøve tilnærmingen. Til sammen er dette omtrent halvparten av BUP-enheter i helseregionene øst og sør. Ved de 40 enhetene hvor KOR benyttes, eller det er interesse for å gjøre dette, kommer 27 av svarene fra personer i lederposisjon. Fra familierådgivningskontorer har det vært få respondenter, men flere enheter har tatt metoden i bruk eller er interessert i dette. Prosjektet har registrert at KOR-tilnærmingen er i bruk ved 4 enheter innen rusomsorgen og ved 1 DPS for voksne. Resultatene fra spørreskjemaet er fra 2005 og i prosjektperioden har det vært henvendelser til prosjektleder fra mange nye interesserte terapeuter og behandlingenheter. Det siste året har

det også vært en økende interesse for KOR i familievernet i forbindelse med de planene Bufdir har for brukerrettet kvalitetsutvikling. Tallene tyder på en positiv holdning og interesse for KOR i de delene av det kliniske feltet denne undersøkelsen dekker.

#### **8.1.4 I hvilke sammenhenger brukes KOR ?**

KOR- skalaene er i bruk ved ulike typer behandlingstilbud innen BUP, som poliklinikker, dag og døgntilbud for barn og ungdom og dag og døgntilbud for familier. De er også i bruk ved familierådgivningskontorer, innen rusomsorgen og innen voksenpsykiatrien.

Skalaene benyttes både i individualterapi, parterapi, miljøterapi, gruppeterapi og i familiearbeid. De brukes i forhold til alle aldersgrupper, både i arbeid med barn, ungdom og voksne. Det oppgis også at de er i bruk i grupper både innen BUP og i rusbehandling. Ved to behandlingssenheter er det laget tilpassede skalaer til bruk som brukes i skolesammenheng. I tillegg er tilpassede skalaer i bruk på interne fagmøter og i veiledning.

#### **8.1.5 Overfor hvilke klientgrupper og i hvilke type saker benyttes skalaene?**

Samlet sett brukes skalaene i alle typer saker. Men ikke alle bruker skalaene i alle typer saker. Flere oppgir at de ikke anvendes i akutte krisesaker som selvmord og ved alvorlige spiseforstyrrelser. Det ser heller ikke ut til at skalaene anvendes i rene kartleggingssaker og ikke i arbeid med alvorlige utviklingsforstyrrelser. Innen familievern oppgis det at de ikke benyttes i saker om samvær med barn eller i parbehandling der partene har motsatte mål for terapien.

Dersom klienten ikke ønsker å bruke skalaene, blir de ikke benyttet.

#### **8.1.6 Hvem bruker skalaene?**

Skalaene brukes på tvers av profesjoner, og alle aktuelle profesjoner innen psykisk helsevern benytter tilnærmingen. I dag er det flest psykologer som anvender skalaene, deretter sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere og pedagoger. De fleste av disse er spesialister innen sine profesjoner eller har relevant videreutdanning. Det er svært få leger som har svart på kartleggingsundersøkelsen og bare 2 som svarer at de benytter tilnærmingen.

#### **8.1.7 Behandlernes faglige forståelse og bruk av skalaene**

Terapeuter som bruker tilnærmingen representerer et stort spekter av terapeutiske teorier og behandlingsmetoder, som familie- og systemisk terapi, utviklingspsykologi, psykodynamisk terapi, kognitiv- og atferdsterapeutisk forståelse, humanistisk psykologi med mer. De fleste terapeutene oppgir at de arbeider innen flere forståelsesformer og tilnærminger og har en eklektisk holdning. Samtlige som bruker tilnærmingen opplever at den passer med egen fagligforståelse. Ingen oppgir at bruk av skalaene kommer på tvers av egne terapeutiske holdninger. Skalaene brukes ikke som en egen terapeutisk metode, men som en tilnærming for økt vekt på klientens forståelse og aktive medvirkning i terapi og økt fokus på endring. De kan brukes som redskap til å vurdere om man er på rett vei i det terapeutiske arbeidet for eventuelt å kunne foreta endringer.

### 8.1.8 Behandlernes erfaringer med bruk av skalaene

Informantene som benytter KOR gir samtlige uttrykk for positive erfaringer. Hovedinntrykket er at bruk av skalaene fungerer i samsvar med intensjonene og kan bidra til økt brukermedvirkning i møte med den enkelt klient og større fokus på behandlingsresultat. En overordnet fordel synes å være at skalaene gir et felles grunnlag for terapeut og klient til å drøfte terapiprosessen og terapieresultat. Følgende områder vektlegges særlig:

- Bidrar til å skape en god terapeutisk allianse ved å ta klientens perspektiv på alvor.
- Klientene får en mer aktiv rolle i egen terapiprosess.
- Gir økt fokus på om det skjer ønskede endringer i terapiforløpet.
- Gjør at terapien blir mer systematisk og målrettet.
- Er til hjelp for å vurdere om en er på rett vei i terapien eller om det er behov for å endre tilnærming, skifte terapeut eller for andre typer tiltak.
- Spesielt nyttig med tilbakemeldinger dersom en står fast behandlingen.
- Gjør det lettere å vurdere resultat og når det er tid for å avslutte terapi.

### 8.1.9 Behandlernes erfaringer med KOR i arbeid med barn, unge og familier

Terapeuter ved dag og døgneheter for barn og familier formidler at det har gode erfaringer med bruk av skalaene i familier og flere vektlegger at skalene oppleves som spesielt nyttige for barna. Ved bruk av skalene kan barn være kreative i måten de uttrykker seg på. For barn som har vanskelig for å snakke om ting, kan skalene være til hjelp for å gi uttrykk for noe de ikke kan sette ord på. Behandlerne opplever at skalaene gir foreldre mulighet til å lytte til barnas vurderinger og gir foreldre ny forståelse. I noen sammenhenger kan det være vanskelig å forstå hva barna legger i skåringene side. Barna kan være mer her og nå orientert i sine skårer enn voksne. Der det er laget spesielt tilpassede versjoner for barn oppleves disse skalaene som nyttige i sin sammenheng. Det er erfaring for at det er særlig nyttig å bruke skalene i arbeid med ungdom, men også for at ungdom kan skåre mer ut fra dagsformen enn det skalaene kanskje er ment å gjøre.

### 8.1.10 Erfaringer med KOR i ulike typer saker

Skalaene brukes i utgangspunktet i alle typer saker. Innen de fleste områdene rapporterer informantene om forholdsvis like erfaringer med nytten av skalaene, men det er enkelte områder hvor det rapporteres ulike erfaringer. Det ser ut til at de fleste ikke ville bruke skalaene i akutte krisesaker eller i arbeid med suicidal problematikk og alvorlige spiseforstyrrelser. Samtidig er det erfaring for at skalene har vært spesielt nyttige i arbeid med svært uttilgjengelige og psykisk belastede klienter. Det er ulike erfaringer med bruk av skalene med fremmedspråklige og med flerkulturelle familier. Det rapporteres at skalene har vært brukt i slike saker men at det ikke fungerte så bra. Andre understreker at bruk av skalaer har vært spesielt nyttige i arbeid med fremmedspråklige og flerkulturelle familier, da de har vært lette å forstå og gir mening på tvers av språk og kultur.

### 8.1.11 Har KOR betydning for effektivitet i behandlingen?

Respondentene har hovedsakelig ikke data som gjør det mulig å vurdere om KOR generelt fører til mer effektiv behandling. Innen BUP er det en behandlingsenhet som har data å vise til fra før og etter at KOR ble tatt i bruk som et grunnleggende prinsipp i behandlingen. Her rapporteres det at de har tredoblet antall behandlede saker i en fireårsperiode etter at de innførte KOR-tilnærmingen sammenliknet med en tidligere fireårsperiode. Endringene begrunnes med at behandlingstilbudet er blitt mer fleksibelt både med hensyn til behandlingstid og type av tiltak, og er bedre tilpasset den enkelte klients og families behov. Dette viser at KOR har potensial for å bidra til mer effektive behandling. Ved kliniske vurderinger av effektiviteten ved andre behandlingsenheter opplever flere terapeuter å jobbe mer effektivt. De opplever at terapien blir annerledes og at det i enkelte saker har blitt klart bedre behandlingsresultat. Det er lettere å vite når en terapi kan avsluttes, noe som gjør at en er tryggere på å avslutte en terapi tidligere. Vi har imidlertid ikke data som kan underbygge økt effektivitet.

### 8.1.12 Vanskeligheter og dilemmaer

Et hovedproblem dreier seg ikke om bruk av skalene i seg selv, men om å bli systematisk i bruk av skalaene. Bruk av skalaer i terapi er uvant og betyr en omstilling i daglig praksis. Det påpekes at økt press på produksjon og det daglige tidspresset gjør det vanskelig å introdusere og å ta i bruk en ny tilnærming og at det er lettere å fortsette som før. En annen hindring er økt papirarbeid. Ved bruk i behandling over lang tid kan bruk av skaler oppleves som en rutine og gi liten mening. For nybegynnere har det i starten vært uvant å bruke skalaer i form av papirskjemaer, men det har blitt naturlig etter hvert.

Hvordan en skal forstå og bruke skårene på skalene kan reise dilemmaer med hensyn til klientenes åpenhet overfor terapeuten. Spesielt gjelder dette klientenes vurdering av alliansen, da mange klienter alltid skårer høyt her. Det uttrykkes også bekymring for at skårene på endringsskalene skal oppfattes som den endelige fasit på terapieresultatet. I disse sammenhengene understrekes det at det trengs klinisk kompetanse og god informasjon om hensikten med skalene for at de skal fungere godt.

Ingen rapporterer om dårlige effekter ved bruk av KOR eller drop out av klienter på grunn av bruk av skalene.

### 8.1.13 Behov for undervisning og veiledning

Nesten alle som benytter KOR har deltatt på seminarer om KOR-tilnærmingen og mange har hatt konsultasjon eller veiledning. Det rapporteres imidlertid om behov for undervisning og særlig konsultasjon/veiledning både for de som har erfaring i bruk av skalaene og for de som ikke har erfaring, men er interessert i å prøve ut eller ta i bruk tilnærmingen.

Blant de som har noe erfaring med KOR gis det uttrykk for at praktisk bruk av skalaene reiser spørsmål og dilemmaer som både kan være allmenne og spesielle for den sammenhengen de brukes i. Det pekes også på at det kreves god forståelse for hensikten med bruk av skalaene og

klinisk kompetanse for at de skal fungere slik de er ment å gjøre. I denne sammenhengen uttrykkes det behov for veiledning og konsultasjon, særlig i en oppstartingsfase.

#### **8.1.14 Behandlernes inntrykk av hvordan klientene opplever bruk av skalaene**

Behandlerne har inntrykk at klientene i hovedsak er positive til bruk av skalaene og at de tar det som en naturlig ting uten å kommentere så mye. Klientene meddeler at de opplever å bli tatt på alvor og at deres innspill får konsekvenser. Behandlerne tror at klientene opplever likeverd og åpenhet. Enkelte klienter ønsker ikke å bruke skalaene og oppgir ulike grunner til dette. Grunnene kan være at de ikke liker skjemaer, at de ikke oppleves som meningsfylt å skåre.

#### **8.1.15 Interesse for prosjekt**

De aller fleste som har erfaring med bruk av KOR, og mange av de som er interessert i å begynne å bruke tilnærmingen, ønsker å delta i et eventuelt sentralt prosjekt for å vurdere effekten av bruk av KOR på behandlingen. Det er også mange som ønsker lokale prosjekter i tilknytning til egen arbeidsplass. Ved enkelte steder er det påbegynt eller planlagt prosjekter i form av doktoravhandling eller masteroppgaver som omhandler bruk av KOR-tilnærmingen. To enheter har gjennomført prosjekter der KOR-skalaene er benyttet.

#### **8.1.16 Svar fra behandlere som ikke bruker KOR**

Ingen av referentene i de to gruppene av behandlere som i dag ikke bruker KOR, ga uttrykk for faglige innvendinger mot å bruke KOR. I begge gruppene ble det gitt uttrykk for en positiv holdning til den type evaluering KOR representerer. De tre grunnene som oppgis for ikke å bruk KOR er:

- Enheten har en god tradisjon for brukermedvirkning.
- KOR-tilnærmingen passer ikke i arbeid med en spesiell type klientell.
- Enheten er allerede pålagt andre evalueringsrutiner.

De informantene som ikke brukte KOR, men var interessert å gjøre dette, begrunnet interessen både ut fra et brukerperspektiv og for å bidra til bedre og mer effektiv behandling.

#### **8.1.17 Brukernes erfaringer**

Gjennomgående er brukerne positive til bruk av skjemaene. Og det er uansett ingen direkte negative kommentarer eller sterke kritiske vurderinger å spore i intervjuene. Vurderingene som foreligger er til dels reflekterte, og går på flere punkter utover de spørsmålene vi stilte. De er også slik at det i noen sammenhenger pekes på bedringsmuligheter for bruk av skjemaene.

Informantene har forstått hensikten med bruk av skjemaene, og de gir også uttrykk for at de har opplevd nytten av dem i løpet av behandlingsprosessen. Det oppleves ikke som at skjemaene hindrer samhandling mellom dem og behandler, men snarere at de har fungert fremmede i forhold til å ta opp ting som kanskje ellers ikke ville blitt berørt på samme måte.

Dessuten har de bidratt til å se om de ønskede endringer har kommet, og om behandlingsforløpet har vært på rett spor.

Alle de tre mødrene ga også uttrykk for at barna deres var aktivt engasjerte og positive til skalaene, og at bruk av skalaene var til stor hjelp for barna, både for å sikre et bra behandlingsresultat og for å hjelpe barna til lettere å gi uttrykk for hva de syntes var problematisk i situasjonen deres.

## 8.2 Vurdering av resultatene og anbefalinger

Økt brukermedvirkning innen psykisk helsevern er i dag en helsepolitisk fordring. Etske og menneskerettslige hensyn ligger først og fremst til grunn for disse prinsippene. Samtidig viser behandlingsforskning at det å vektlegge klientens perspektiv er en viktig forutsetning for god terapi. Som terapeut må en ta brukerperspektivet på alvor og arbeide i samsvar med klientenes forståelse for å kunne tilby best mulig behandling. Kartleggingsundersøkelsen viser at dette er prinsipper svært mange ønsker å arbeide i samsvar med i den delen av det norske fagfeltet som dekkes av denne undersøkelsen.

I dag finnes det foreløpig få konkrete tilnærminger for å gi brukerne en sentral plass som aktive deltakere i evaluering av egen behandlingsprosess og terapieresultat. En viktig målsetting med dette prosjektet har vært å vurdere om KOR-tilnærmingen kan være en metode som bidrar til å gi klientene større innflytelse i utforming og gjennomføring av eget behandlingsopplegg.

Tilnærmingen er i dag i bruk ved en rekke behandlingssenheter innen BUP og også innen familievern, i rusomsorgen og i psykisk helsevern for voksne. Enkelte behandlingssenheter innen hvert av disse områdene har innført klient- og resultatstyrt terapi som et grunnleggende prinsipp i behandlingen. I tillegg til de som benytter tilnærmingen er det mange som uttrykker interesse for å anvende den. De fleste som først har benyttet tilnærmingen fortsetter med å bruke den. Dette tyder på at tilnærmingen gir mening for de som bruker den og vekker interesse i fagfeltet.

De behandlere som benytter KOR gir alle uttrykk for positive erfaringer med bruk av skalaene som en tilnærming for økt brukermedvirkning. Systematisk bruk av skalaene gir økt fokus på klientens vurdering av den terapeutisk alliansen og terapieresultat og bidrar til at en jobber i samsvar med klientens forståelse. KOR påvirker terapeutens faglige forståelse og kan føre til endringer både i terapiprosessen og i hvilke typer behandlingsformer som tilbys.

Brukerinformantene i prosjektet er alle gjennomgående positive til skalaene og har ingen sterke kritiske vurderinger. De uttrykker at barna deres var aktivt engasjerte i skalaene og at de var til hjelp for barna.

Konkluderende kan vi si at KOR ser ut til å være en tilnærming som kan bidra til økt brukerstyring i egen behandlingsprosess og også i utforming av behandlingstilbud. Behandlere som bruker KOR har overveiende gode erfaringer og det er positiv interesse for tilnærmingen i det kliniske feltet. De brukerne som er intervjuet har erfaring for at skalaene

kan være til hjelp både for dem selv og barna deres. Verken behandlere eller brukere gir uttrykk for vesentlige negative erfaringer.

Data fra undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for å si noe sikkert om bruk av skalaene generelt fører til mer effektiv terapi. Selv om flere respondenter opplever at terapien har blitt bedre, mer resultatorientert og effektiv, har de ikke konkrete data som kan underbygge dette. Den behandlingseenheten i BUP som har lengst erfaring med systematisk bruk av klient- og resultatstyrt terapi er den eneste enheten som har data på antall behandlede klienter før og etter de tok i bruk KOR som et grunnleggende behandlingsprinsipp i hele enheten. Her rapporteres det at de har tredoblet antall klienter etter at de innførte tilnærmingen uten at dette har gått ut over behandlingsresultater. Dette viser at KOR har potensial for å bidra til mer effektive behandlingstilbud. Denne studien kan imidlertid ikke gi svar på om KOR generelt vil bidra til dette. Det ville derfor være interessant med en oppfølgende studie for å kartlegge om bruk av KOR-skalaene i helsevern for barn, unge og familier også fører til mer effektiv terapi

Selv om erfaringene med KOR-tilnærmingen i hovedsak er positive reiser bruk av skalaene utfordringer og spørsmål det er viktig å arbeide videre med:

- Både behandlere og brukere peker på dilemmaer i bruk av skalaene og at det er forbedringsmuligheter i klinisk bruk av skalaene. Skalaene brukes i dag i mange typer behandlingstilbud og bruken av skalaene må tilpasses den sammenhengen de benyttes i. Det er behov for utveksling av erfaringer og fortsatt fagutvikling.
- Blant behandlerne er det ulike erfaringer med hvilke klientgrupper og problemområder skalaene er mest egnet for. Selv om skalaene i utgangspunktet benyttes i alle typer saker, ser det ut til at det er enkelte typer saker der skalaene er lite i bruk eller ikke i bruk. Et viktig spørsmål er om bruk av skalaene er hensiktsmessig i alle typer saker. Det er også spørsmål om KOR gir forskjellig utslag på ulike klientgrupper. Dette er erfaringer og problemstillinger det vil være nyttig å se nærmere på.
- Kartleggingsstudien har hatt hovedfokus på behandlernes erfaringer med KOR-tilnærmingen og vi har fortsatt lite informasjon om brukernes erfaringer. Våre data baserer seg på intervju med tre brukere, alle mødre til barn som har vært til behandling i psykisk helsevern. Vi har ingen direkte informasjon om barns erfaringer med bruk av skalaene. De opplysningen vi har om barns opplevelser av KOR skalaene kommer fra terapeutenes vurderinger og fra mødrenes opplevelser av barnas reaksjoner. Kartlegging av brukernes erfaringer bør være et hovedfokus for videre studier. Særlig vil det være viktig å rette oppmerksomheten mot barnas erfaringer, da det i dag er lite kunnskap om deres opplevelse av terapi og mulighet til aktiv innflytelse.
- Selv om det er positive erfaringer i norsk praksis for at KOR fører til mer effektiv terapi har ikke prosjektet kunnet svare på om bruk av klientfeedback generelt påvirker behandlingstid og behandlingsresultat. Et viktig forskningsspørsmål er derfor om økt brukermedvirkning også fører til mer effektiv terapi. Forskning fra USA viser mer effektiv terapi ved bruk av denne type klientfeedback i klinisk praksis. Særlig gjelder dette for saker der det er vanskelig å oppnå bedring. Det er viktig å få en grundig

evaluering av om dette også vil gjelde innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Her i landet foreligger det foreløpig ikke forskningsresultater på dette området.

### 8.2.1 Anbefalinger

*KOR er en tilnærming som kan bidra til større grad av brukermedvirkning i terapi. Vi anbefaler fortsatt fagutvikling i anvendelse av KOR-tilnærmingen slik at den kan tas i bruk og utøves i samsvar med hensikten, under best mulige betingelser og tilpasses den sammenheng den anvendes i. På bakgrunn av resultatene i dette prosjektet mener vi det er grunnlag for en større evalueringsstudie for å vurdere den effekten KOR-tilnærmingen har på klinisk praksis i psykisk helsevern. Sentrale spørsmål knytter seg til:*

- Om bruk av KOR fører til mer effektiv behandling.
- Om bruk av KOR fører til at klientene opplever økt brukermedvirkning.

Kartleggingsstudien har vist at det er positiv interesse for å delta i prosjektarbeid blant klinikere som bruker KOR. Respondentene i undersøkelsen har svart positivt både på interesse for lokale prosjekt og på å bidra i en eventuelt komparativ evalueringsstudie for å studere effekten av KOR i vanlig klinisk praksis. Dette gir gode muligheter for samarbeid med behandlingsteam og behandlingssenheter om forskningsspørsmål.

## 9. Referanser

Bachelor, A., & Howard (1999). Clients perception on the therapeutic alliance. I Hubble et al (eds.) *The Heart and Soul of Change: What works in therapy* (pp.133 – 178). Washington DC: American Psychological Association.

Bergin A. E. & Garfield S. L. (eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

Bergin A. E. & Garfield S. L. (eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64.

Bohart, A., C. & Greenberg, L. S., (1997). *Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy*.

Brown, J., Dreis, S., Nace, D. K. (1999). What Really Makes a Difference in Psychotherapy Outcome? What Does Managed Care Really Want to Know. I Hubble, M. A., Duncan, B. L. Miller, S. D.(eds.) *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. The American Psychological Association Press.

Brown, Burlingame, Lambert, Jones & Vaccaro (2001). Pushing the quality envelope: A new outcomes management system. *Psychiatric Services*, 52, 925-934.

Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy*. Jossey-Bass, Publishers.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks J. (2004, Revised edition) *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy*. Jossey-Bass, Publishers

Carr, A. (ed) (2000). *What Works with Children and Adolescents*. A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families. Routledge.

Carr A. (2000) Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. *Journal of Family Therapy*, nr. 2.

Ekeland, Tor-Johann (2000). Ein psykologi for vår tid og våre lidinger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 924-931.

Ekeland, Tor-Johann (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036-1047.

Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. I Bergin. A. E. & Garfield S. L. (eds) (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley & Sons.

Elliot, R.,(2000). Origins of process-experiential therapy: A personal case study in practice-research integration. I Solds & McCullough (eds) *Reconciling empirical knowledge and clinical experience: The art and science of psychotherapy*. The American Psychological Association Press.

- Fisch, Weakland & Segal (1982). *The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly*. Jossey-Bass, Publishers.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy* (3<sup>rd</sup> ed.) Baltimore: John Hopkins University Press.
- Haas, E., Hill, R.D. & Lambert, M. J., Morell B. (2002) Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157 – 1172.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. Miller, S. D. ed. (1999). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. The American Psychological Association Press.
- Howard, Krause & Orlinsky (1986). "The dose-effect relationship in psychotherapy" *American Psychologist*, 41, 149 – 164
- Howard, Lueger, Maling & Martinowich (1993) A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678 – 685.
- Johnson, L. D. & Shaha, S. (1996). Improving quality in psychotherapy. *Psychotherapy*, 35, 225 – 236.
- Jørgensen, B. (1997): *Mening og motsetning*. En undersøkelse fra et barnepsykiatrisk behandlingsprosjekt for klienter henvist fra barnevernet. Oslo: HiO/NTNU
- Jørgensen, B (2002): Mellom makt og hjelp. *Fokus på familien*, nr.4
- Kazdin A. E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health*, Volume, 7, 53-59.
- Kazdin A. E. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. I Lambert, Michael J. ( Ed) (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Kazdin A. E., Whitley, M., Maricano, P. (2005). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behaviour Treatment of Children Referred for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behaviour. I *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73. 726 - 730
- Kazdin A. E. (2005). Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of the Mechanisms of Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12. 184 - 188
- Krupnick, J. L. et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64.
- Lambert, M. J. (1992) Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. I Norcross J. C. & Goldfried M. R. (eds). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic.
- Lambert, M. J. et al (2001) The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49 – 68.
- Lambert, M. J. et al (2002). Enhancing Psychotherapy outcomes via Providing Feedback on Client Progress: A Replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91-103.
- Lambert, Michael J. ( Ed) (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, Bergin, Garfield (2004), Introduction and Historical Overview. Lambert, M. J. (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc

Lambert, Garfield, Bergen (2004). Overview, Trends and Future Issues. I Lambert, M. J. (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc.

Nielsen, Geir Høstmark (1999). Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. utfordringer og dilemmaer ved århundreskiftet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 436-446.

Norcross, J. C. (1995) Dispelling the Dodo bird verdict and the exclusivity myth in psychotherapy. *Psychotherapy*, 32, 500 – 5004.

Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, (2004) Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. Lambert, Michael J. (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc.

Regjeringens ”Strategiplan for barn og unges psykiske helse; sammen om psykisk helse.

Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*, New York: University Press.

Rosenzweig, S. (1936) Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy, *Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Rønnestad, Helge (2000). Noen utviklingslinjer og betraktninger om ”The Dodo bird verdict”: ”Everybody has won and all must have prizes.” *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 37, 1003-1016.

Shirk S. & Rusell (1996). *Change Processes in Child Psychotherapy. Revitalizing Treatment and Research*. The Guilford Press.

Shirk, S., Talmi A., Olds D. (2000). A Developmental psychopathology perspective on child and adolescent treatment policy. *Development and Psychopathology*, 12, 835-855.

Shirk, S. & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. I *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452 – 464.

Sprenkle, D. H. & Moon, S. M. (1996). Towards Pluralism in Family Therapy. I *Research Methods in Family Therapy*.

Stortingsmelding 25 (96 – 97) ”Åpenhet og helhet om psykiske lidelser”

Stortingsmelding 39 (1998) ”Forskning ved et tidsskille”

Tallman & Bohart (1999) How Clients make Therapy Work. I *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. The American Psychological Association Press.

Wampold, Bruce E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Watzlawick, Weakland & Fisch (1974). *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, Norton & Company.

Whipple, Lambert, Vermeersch et al (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.

Aamodt, I., Aamodt, L.G. og Jørgensen, B. (2002): Familier med store psykososiale belastninger. *Nordisk sosialt arbeid* nr. 4, s. 191 - 200

## Litteraturliste med relevant litteratur inndelt etter tema.

Det meste av litteraturen er henvist til i rapporten og står også i rapportens litteraturliste, men det er ført opp noe mer litteratur her som er aktuelle for temaene i rapporten.

### Litteratur spesielt relevant for barn, unge, familier.

Bickman, L., Andrade, A. R., & Lambert, E. W. (2002). Dose response in child and adolescent mental health services. *Mental Health Services Research*, 4(2), 57-70.

Bickman, L., de Andrade, A. R. V., Lambert, W. W., Coucette, A. et al. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioural Health Services & Research*, 31(2), 134-149.

Carr, A. (2000). *What Works with Children and Adolescents*. Routledge.

Carr A. (2000) Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. *Journal of Family Therapy*, nr. 2.

Diamond, G. & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: A 10-year update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(9), 872-887.

Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2003). Interactional and solution-focused brief therapies: Evolving concepts of relationship and change. In T. Sexton, G. Weeks, & M. Robbins (Eds.), *Handbook of Family Therapy*, 3<sup>d</sup> ed., Brunner/Mazel: New York.

Godley, S. H., Jones, N., Funk, R., Ives, M. & Passetti, L. (2004). Comparing outcomes of best-practice and research-based outpatient treatment protocols for adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 35-48.

Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. V. (2002). The Psychotherapy dose-effect and its implication for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329 – 243.

Jørgensen, B. (1997) *Mening og motsetning*. En undersøkelse fra et barnepsykiatrisk behandlingsprosjekt for klienter henvist fra barnevernet. Oslo: HiO/NTNU

Jørgensen, B. (2002) Mellom makt og hjelp. *Fokus på familien*, nr.4

Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 35-51.

Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioural treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730.

Kazdin A. E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health*, Volume, 7, 53-59.

Kazdin A. E. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. I Lambert, Michael J. (Ed) (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc.

Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, 5<sup>th</sup> ed.* (pp. 543-589). New York, NY: Wiley.

Regjeringens "Strategiplan for barn og unges psykiske helse; sammen om psykisk helse.

Salzer, M. S., Bickman, L., & Lambert, E. W. (1999). Dose-effect relationship in children's psychotherapy services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(2), 228-238.

Shadish, W. R., & Balwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. In D. H. Sprenkle (Ed.). *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 339-370). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.

Shelef, K., Diamond, G., Diamond, G., Liddle, H. (in press). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in MDFT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(3), 452-464.

Shirk, S., Talmi A., Olds D. (2000). A Developmental psychopathology perspective on child and adolescent treatment policy. *Development and Psychopathology, 12*, 835-855.

Shirk S. & Rusell (1996). *Change Processes in Child Psychotherapy. Revitalizing Treatment and Research.* The Guilford Press.

Spielmanns, G. L., & Pasek, L. F. (unpublished manuscript). What are the active ingredients in cognitive and behavioural psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review.

Sprenkle, D. H. (Ed.) (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy.* Alexandria, VA: American Association of Marriage and Family Therapy.

Sprenkle, D. H., Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital & Family Therapy, 30*(2), 113-130.

Sprenkle, D. H. & Moon, S. M. (1996). Towards Pluralism in Family Therapy. I *Research Methods in Family Therapy.*

Varhely, K., & Miller, S. A. A meta-analysis of child and adolescent outcome studies. Manuscript submitted for publication.

Aamodt, I., Aamodt, L.G. og Jørgensen, B. (2002): Familier med store psykososiale belastninger. *Nordisk sosialt arbeid* nr. 4, s. 191 – 200.

## Litteratur feedback

Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy.* Jossey-Bass, Publishers.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks J. (2004, Revised edition) *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy*. Jossey-Bass, Publishers

Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2003). Interactional and solution-focused brief therapies: Evolving concepts of relationship and change. In T. Sexton, G. Weeks, & M. Robbins (Eds.), *Handbook of Family Therapy, 3<sup>rd</sup> ed.*, Brunner/Mazel: New York.

Duncan, B. & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Chicago: ISTC Press, Revised (2003).

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(1), 3-12.

Lambert, M.J. (2005) Emerging Methods for Providing Clinicians With Timely Feedback on Treatment Effectiveness, *Journal of clinical psychology*, 61(2) 141-144.

Lambert, Garfield, Bergen (2004). Overview, Trends and Future Issues. I Lambert, M. J. (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc

Lambert, M. J. et al (2001) The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49 – 68.

Lambert, M. J. et al (2002). Enhancing Psychotherapy outcomes via Providing Feedback on Client Progress: A Replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91-103.

Lambert, M. (2005) Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of clinical psychology*, 61(7), 855-869.

Lambert, M. (2005) Emerging Methods for Providing Clinicians with Timely Feedback on Treatment Effectiveness. An introduction. *Journal of clinical psychology*, 61(2) 141-144.

Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208.

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, analogue measure. *Journal of Brief Therapy*. 2, 91-100.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorell, R., Chalk, M. B. (In press) Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-time Assessment Feasible. *Journal of Brief Therapy*.

## **Feedback CDOI**

Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy*. Jossey-Bass, Publishers.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks J. (2004, Revised edition) *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy*. Jossey-Bass, Publishers

Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2003). Interactional and solution-focused brief therapies: Evolving concepts of relationship and change. In T. Sexton, G. Weeks, & M. Robbins (Eds.), *Handbook of Family Therapy, 3<sup>rd</sup> ed.*, Brunner/Mazel: New York.

Duncan, B. & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Chicago: ISTC Press, Revised (2003).

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(1), 3-12.

Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. V.(2002). The Psychotherapy dose-effect and its implication for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329 – 243.

Lambert, M. (2005) Emerging Methods for Providing Clinicians with Timely Feedback on Treatment Effectiveness. An introduction. *Journal of clinical psychology*, 61(2) 141-144.

Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208.

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, analogue measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorell, R., Chalk, M. B. (In press) Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-time Assessment Feasible. *Journal of Brief Therapy*.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Hubble, M. A., (2004). Beyond Integration: the Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*, vol. 10, no. 2.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Hubble, M. A., (2005). Outcome-informed Clinical Work. In Norcross J. C. & Goldfried M. R. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*, Oxford University Press.

## **CDOI Barn**

Duncan, B. L., Miller, S., Sparks, J. (2003) The Children’s Outcome Rating Scale. Authors: Chicago, IL.

Duncan, B. L., Miller, S., Sparks, J. (2003) The Children’s Session Rating Scale. Authors: Chicago, IL.

Murphy, J., & Duncan, B. (in press). Brief outcome informed intervention for school problems (2nd ed.). New York: Guilford Press.

## Appendikser

Appendiks 1 KOR-skalaene

Appendiks 2 Kartleggingskjemaet

Appendiks 3 Følgerebrev til kartleggingskjemaet

Appendiks 4 Intervjuguide for behandlere som bruker KOR

Appendiks 5 Intervjuguide for behandlere som ikke ønske å bruke KOR

Appendiks 6 Intervjuguide for behandlere som ikke bruker KOR, men som er interessert i å bruke KOR

Appendiks 7 Intervjuguide for klienter som har erfaring med KOR

## Outcome Rating Scale (ORS)

Skala for endringsvurdering - voksne

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

---

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?  
Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

---

### Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

I-----I

### Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

I-----I

### Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

I-----I

### Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

I-----I

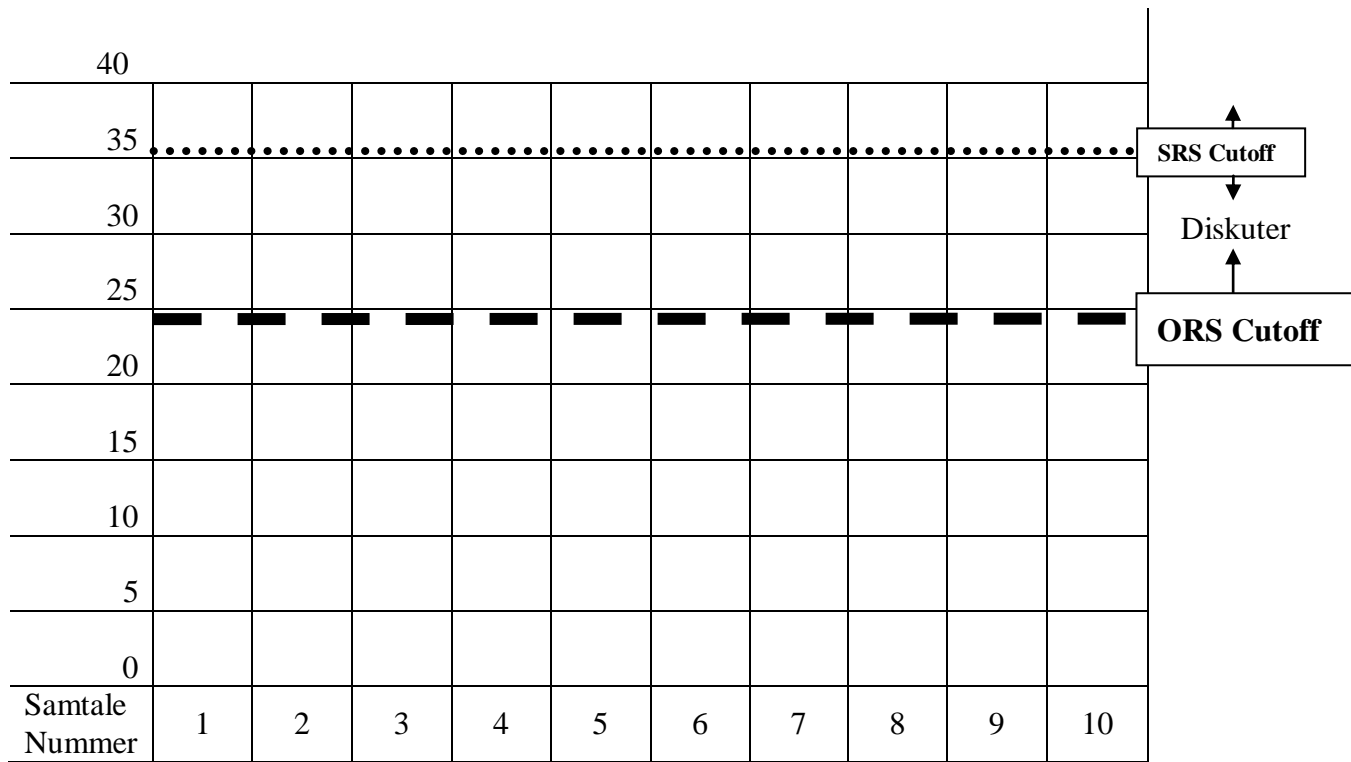
Institute for the Study of Therapeutic Change

---

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Appendiks 1



## Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Skala for samtalevurdering – voksne

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

### Forholdet mellom deg og terapeuten:

*Jeg opplevde ikke at jeg ble hørt, forstått og respektert.*

I-----I

*Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.*

### Mål og tema:

*Vi snakket ikke om det jeg ville snakke om, og arbeidet ikke med det jeg ville arbeide med.*

I-----I

*Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.*

### Tilnærming eller metode:

*Terapeutens tilnærming passer ikke så godt for meg.*

I-----I

*Terapeutens tilnærming passer godt for meg.*

### Generelt:

*Det manglet noe i samtalen i dag.*

I-----I

*Som helhet var samtalen i dag bra for meg.*

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

## Child Outcome Rating Scale (CORS)

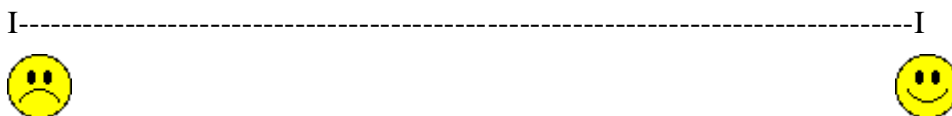
Skala for endringsvurdering – barn og unge

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Hvordan har du det? Hvordan går det i livet ditt? Kan du å hjelpe oss å forstå ved å sette et merke på linjene nedenfor. Det går bedre jo nærmere du setter merket det blide fjeset, og det går dårligere jo nærmere du setter merket det sure fjeset.

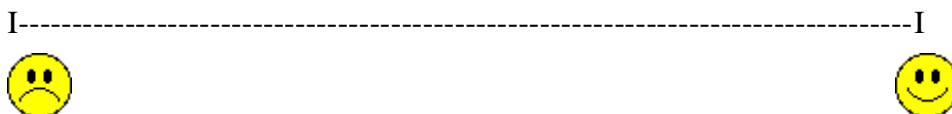
### Meg selv

(Hvordan jeg har det)



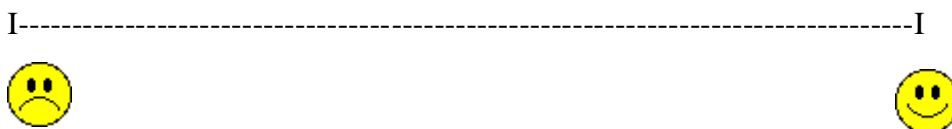
### Familien

(Hvordan jeg har det i familien min)



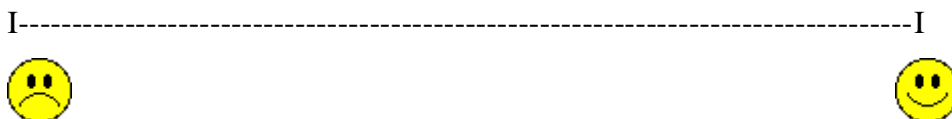
### Skolen

(Hvordan jeg har det på skolen)



### Alt i alt

(Hvordan jeg har det alt i alt)



Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

## Child Session Rating Scale (CSRS)

Skala for samtalevurdering - barn og unge

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene nedenfor for å vise oss hva du synes.

### Å bli hørt

Hørte ikke så godt på meg.



Hørte godt på meg.

Det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg.



Det vi gjorde og snakket om var viktig for meg.

### Det vi gjorde

Jeg likte ikke det vi gjorde i dag.



Jeg likte det vi gjorde i dag

Jeg ønsker å gjøre noe annet.



Jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang.

### Alt i alt

Institute for the Study of Therapeutic Change

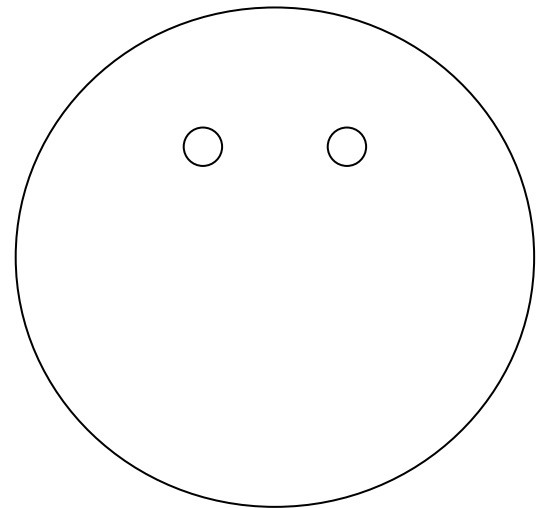
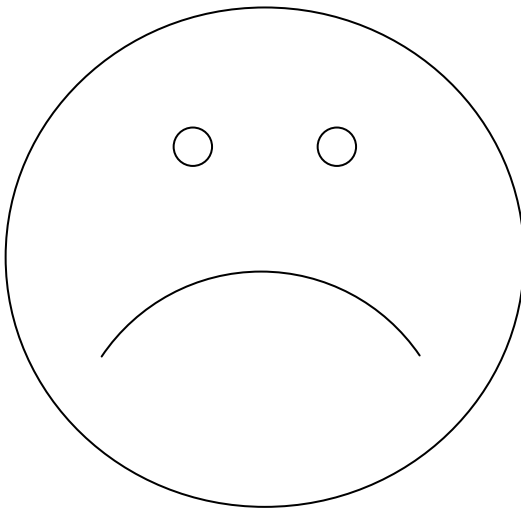
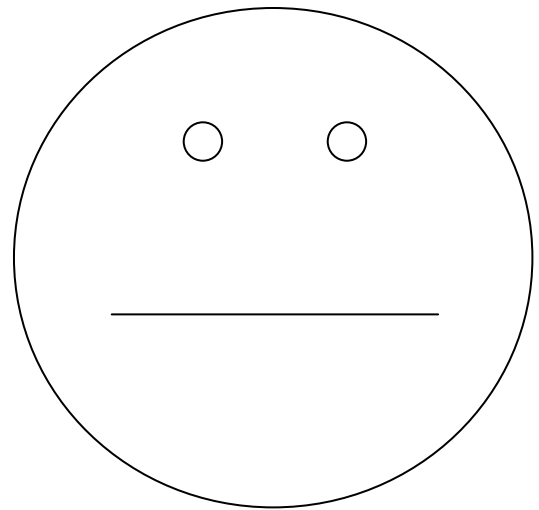
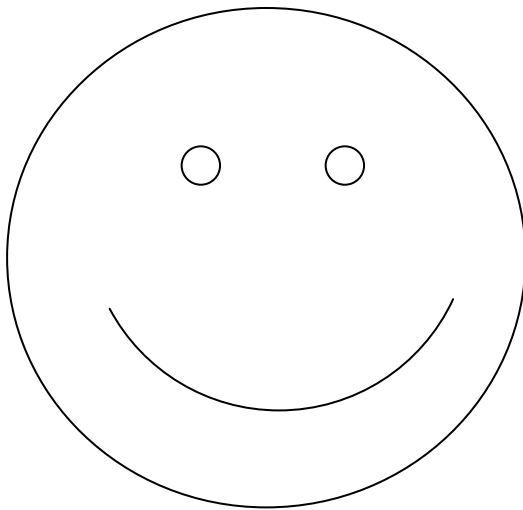
[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson

## Skala for endringsvurdering – små barn (YCORs)

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Kan du velge et ansikt som viser hvordan du har det for tiden, eller tegne et ansikt nederst som passer akkurat for deg?



Institute for the Study of Therapeutic Change

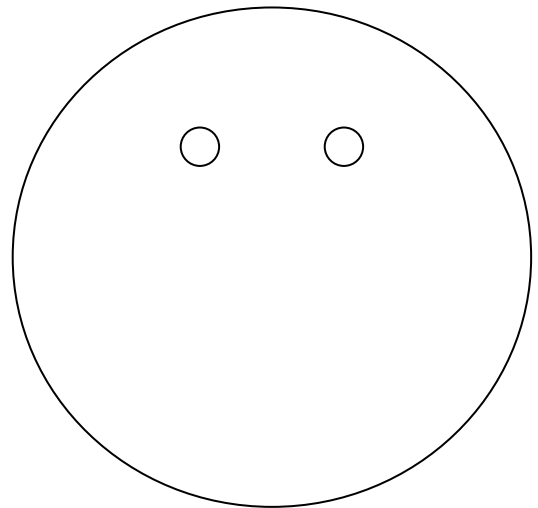
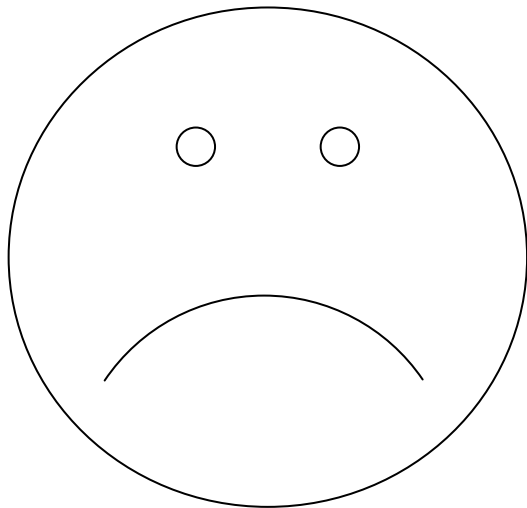
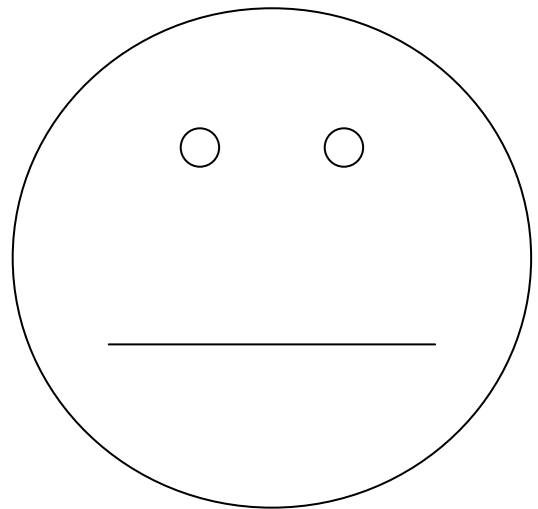
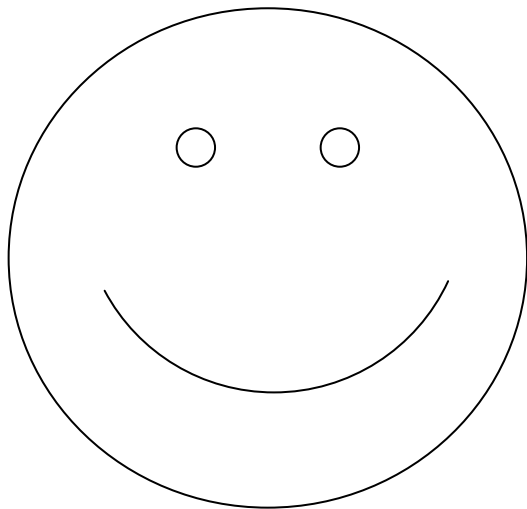
[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, and Jacqueline A. Sparks

## Skala for samtalevurdering – små barn (YCSRS)

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Kan du å velge et ansikt som viser hvordan det var å være her i dag, eller tegne et ansikt nederst som passer akkurat for deg?



Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, & Jacqueline Sparks

## Kartleggings skjema

for bruk av Outcome Rating Scale (ORS)/Child Outcome Rating Scale (CORS)  
og Session Rating Scale (SRS)/Child Session Rating Scale (CSRS)

Strek under svaret der det er satt opp alternativer. Det kan være aktuelt å streke under flere alternativer.

Gi korte skriftlige svar der det ikke er satt opp alternative svar.

De personer/fagteam/institusjoner som ikke har erfaring i bruk av skjemaene svarer bare på spørsmål i første avsnitt.

De personer/fagteam/institusjoner som har erfaring i bruk av skjemaene svarer på alle spørsmålene.

### Kjennskap til klient- og resultatstyrt terapi (CDOI)

- |   |       |           |            |
|---|-------|-----------|------------|
| • Har dere kjennskap til klient- og resultatstyrt terapi? | Nei   | Litt      | Mye        |
| • Bruker dere klient- og resultatstyrt terapi?            | Nei   | Litt      | Mye        |
| Hvis "Litt" eller "Mye", hvor lenge?                      | ..... | uker..... | mnd.....år |
| Hvis "Nei", har dere tidligere brukt dette?               | Nei   | Ja        |            |
| • Har dere ønske om å prøve ut/ anvende?                  | Nei   | Ja        |            |
| • Har dere planer om å prøve ut/ anvende?                 | Nei   | Ja        |            |

### Hvem bruker skjema?

- |                      |     |    |
|----------------------|-----|----|
| • Enkeltherapeuter   | Nei | Ja |
| • Team               | Nei | Ja |
| • Hele avdelinger    | Nei | Ja |
| • Hele institusjoner | Nei | Ja |

## Appendiks 2

### Hvilke skjemaer brukes?

- |        |     |    |
|--------|-----|----|
| • SRS  | Nei | Ja |
| • ORS  | Nei | Ja |
| • CSRS | Nei | Ja |
| • CORS | Nei | Ja |

### Hvem skårer skjemaene – for hvem?

- |                                 |     |    |
|---------------------------------|-----|----|
| • Voksne/foresatte for seg selv | Nei | Ja |
| • Voksne/foresatte for barnet   | Nei | Ja |
| • Barnet for seg selv           | Nei | Ja |
| • Søsknen for seg selv          | Nei | Ja |

### Hvordan brukes skjemaene?

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| • Klientens skåringer blir brukt aktivt i behandlingen<br>- for SRS/CSRS   | Nei | Ja |
| - for ORS/CORS   | Nei | Ja |
| • Legges data fra ORS/CORS inn i den medfølgende grafen?   | Nei | Ja |
| • Skjemaene brukes i alle typer saker<br>Dersom nei, i hvilke saker brukes de ikke?  | Nei | Ja |
| • Er det laget egne versjoner av skjemaene spesielt tilpasset den konteksten de brukes innenfor?<br>Dersom ja, beskriv kort hva dette gjelder. | Nei | Ja |

## Appendiks 2

### **Erfaringer ved bruk av skjemaene.**

Beskriv kort hvilke erfaringer dere har

- Generelt
- MedORS/CORS
- Med SRS/CSRS
- Med tilpassede versjoner av skjemaer
- Fordeler/nytte
- Vanskeligheter/dilemmaer

### **Bakgrunn for bruk av skjemaene**

- Fra hvem/på hvilken måte har det blitt tatt initiativ til å bruke skjemaene?
- Hvordan har bruken påvirket terapeuten/arbeidsstedet?
- Beskriv kort din/arbeidsstedets faglige orientering?



## Appendiks 2

- Ville dere være interessert i å prøve/bruke systemet Nei    Ja

Kjenner dere til nettverket som R.BUP øst og sør har for klient- og resultatstyrt terapi? Nei    Ja

### **Alternative tilnærminger**

Anvender dere alternative skjemaer eller metoder for å få informasjon om klientens vurdering av terapeutisk relasjonen og behandlingsresultat. I tilfelle hvilke?

### **Eventuelt andre kommentarer**

Ønskes konfidensialitet utad med hensyn til svarene på dette skjemaet? Nei    Ja

### **Skjemaet er fylt ut på vegne av:**

Kryss av og sett inn navn

- Enkelt terapeut.....
- Team.....
- Avdeling.....
- Institusjon.....

### **Underskrift**

Dato.....Navn.....

Arbeidssted, stilling og profesjon.....

.....

## Kartleggingsundersøkelse

### Klient- og resultatstyrt terapi

I løpet av de siste årene har flere terapeuter og behandlingsteam i sin kliniske praksis tatt i bruk Barry Duncan og Scott Millers skåringsskjemaer for evaluering av terapeutisk allianse og behandlingsresultat, utviklet ved Institute for the Study of Therapeutic Change, USA.

Bruk av skjemaene gir systematisk tilbakemelding til terapeuten på klientens opplevelse av terapirelasjonen og på om det skjer ønsket endring. Tilnærmingen heter ”Client Directed Outcome Informed, Therapy (CDOI)”. Til norsk er dette oversatt med ”Klient- og resultatstyrt terapi”.

#### Skjemaene omfatter:

- Skåringsskjema for klientens evaluering av hver time: Session Rating Scale for voksne (SRS) og Child Session Rating Scale for barn (CSRS). (Norske versjoner)
- Skåringsskjemaer for klientens evaluering av oppnådd endring fra time til time: Outcome Rating Scale for voksne (ORS) og Child Outcome Rating Scale for barn. (CORS). (Norske versjoner)

#### Målsetting for undersøkelsen

Undersøkelsen vil kartlegge bruk av CDOI i det norske fagfeltet. Målet er å få oversikt over hvilke fagpersoner, behandlingsteam og institusjoner som bruker skjemaene i sin kliniske praksis, hvordan de brukes og hvilke erfaringer som er gjort så langt. Vi ønsker også å se på hva som er terapeutens forståelse bak bruk av skjemaene.

#### Plan for et evaluerende forskningsprosjekt.

Med bakgrunn i resultatene fra denne undersøkelsen vil det bli vurdert om det skal gjennomføres et større forskningsprosjekt, tenkt som et multisenter prosjekt. Her vil en sammenlikne behandlingsforløp og behandlingsresultat med bruk av OCDI med behandling uten bruk av CDOI. Institusjoner/team som deltar i dette prosjektet kan samtidig ha egne lokale forskningsprosjekter innenfor mer spesifikke interesseområder knyttet til klient- og resultatstyrt terapi.

#### Prosjektansvarlige

Kartleggingsundersøkelsen er et samarbeid mellom Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør, og forskningsinstitusjonen Sintef, avd. for psykisk helsearbeid. Prosjektansvarlige er Anne-Grethe Tuseth, spesialist i klinisk psykologi og seksjonsleder ved R.BUP øst og sør, og Haldis Hjort, spesialist i klinisk psykologi og seniorforsker ved Sintef, avd. for psykisk helsearbeid.

### **Kartleggings skjema**

Kartleggings skjema følger vedlagt. Skjemaet kan fylles ut av hver enkelt terapeut, eller på vegne av et team, avdeling eller institusjon. Det er ønskelig at skjemaene kopieres opp og distribueres til alle som anvender CDOI, slik at flest mulig kan gi tilbakemeldinger.

De som ikke har erfaring med å bruke skjemaene fyller bare ut første avsnitt.

Vi vil gjerne ha beskjed om dere vet om andre som bruker CDOI og som ikke har mottatt denne henvendelsen.

Skjemaene legges ut på R.BUPs web-side: [www.r-bup.no](http://www.r-bup.no) under ”Nettverk”, ”Nettverk for klient- og resultatstyrt terapi” og kan også hentes ut derfra.

På et senere tidspunkt kan det være aktuelt å be om et intervju eller samtale for mer utdypende informasjon for de som er interessert og villige til dette.

Vi håper dere i en travel hverdag kan ta litt tid til å fylle ut skjemaet slik at vi får så mange svar som mulig. Det er viktig å kartlegge det engasjementet og grasrotarbeidet som har utviklet seg i Norge med utgangspunkt i Barry Duncan og Scott Millers metode og teorier omkring brukermedvirkning. Interesserte fagpersoner har allerede etablert et nettverk for kompetanseutvikling og utveksling av erfaringer. Her er en er opptatt av at behandlingsforskning skal utgå fra hverdagspraksis og der alliansebygging og brukerperspektivet er grunnleggende terapeutiske faktorer.

### **Skjemaet returneres til**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse,  
v/seksjonsleder Anne-Grethe Tuseth,  
Postboks 23 Tåsen,  
0801 Oslo

PS: Merk konvoluttene med ”Kartleggingsundersøkelse”

**Leveringsfrist 01.06.05**

Vennlig hilsen

Haldis Hjort  
Seniorforsker  
Sintef, avd. for psykisk helse

Anne-Grethe Tuseth  
Seksjonsleder  
R.BUP, øst og sør





## **2. TEMA: ERFARINGER VED BRUK AV SKJEMAENE**

9. Kan du si litt om hva slags erfaringer du har ved bruk av skjemaene – og hvordan du vanligvis administrerer bruk av KOR? Vi er interessert i både generelle erfaringer, - og mer spesifikt med bruk av ORS/CORS, og med SRS/CSRS, og dessuten med eventuelle tilpassede versjoner av skjemaene.
  
10. På hvilken måte bruker du skåringene i behandlingsprosessen? – for SRS/CSRS og for ORS/CORS? Skårer voksne/foresatte for seg selv, voksne/foresatte for barnet, barnet for seg selv, søsken for seg selv?
  
11. Hvordan bruker du den medfølgende grafen? Legger du data fra ORS/CORS inn i den – eller ikke? I hvilke sammenhenger?
  
12. Er det noe du vil framheve som spesielt nyttig eller fordelaktig ved bruk av skjemaene?

## Appendiks 4

13. Er det noe du vil fremheve som spesielt problematisk, eller som for eksempel reiser dilemmaer, ved bruk av skjemaene?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
14. Hvilke erfaringer har du med den norske teksten i skalaene: fungerer de bra, - er det ønske om endring i ordteksten – og i så fall hvilke?

### **3. TEMA: DIN VURDERING AV KLIENTENES TILFREDSHET**

15. Hvilke kommentarer – både positive og/eller negative - har klientene til bruk av skalaene (voksne, ungdom, barn)?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
16. Gir klientene tilbakemeldinger om andre områder de mener er viktigere enn de som inngår i skjemaene? I så fall hvilke?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
17. Hva er din vurdering av klientenes opplevelse/forståelse (tilfredshet) med at skalaene brukes i behandlingen?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
18. Har du gjort noen konkrete endringer i bruken av skjemaene som (eventuell) følge av tilbakemeldinger klientene har gitt på bruk av dem? I så fall hva/hvilke?

#### **4. TEMA VEILEDNING, UNDERVISNING, PROSJEKT**

19. Har du fått veiledning/undervisning i bruk av skjemaene? Er det eventuelt ønske om dette?
  
20. Har man planer på arbeidsplassen din om prosjekt? Eller foregår det eventuelt prosjektarbeid? Og i så fall hva/hvilke?

#### **5. TEMA: BRUK AV KOR PÅ ARBEIDSPLASSEN**

21. Kjenner du til hvem, i tillegg til deg selv, ved ditt kontor som bruker skjemaene?(Er det for eksempel enkeltterapeuter? Noen profesjoner/posisjoner? Eller hele fagteamet? Hele avdelinger/ i så fall hvilke? Eller hele institusjonen?)
  
22. Kjenner du til hvilke skjemaer som brukes ved ditt kontor? Er det SRS, ORS, CSRS, CORS? Er det eventuelt laget egne versjoner av skjemaene spesielt tilpasset den konteksten de brukes innenfor?
  
23. Kjenner du til hvem som skårer hvilke skjemaer – for hvem? Er det voksne/foresatte for seg selv, voksne/foresatte for barnet, barnet for seg selv, søsken for seg selv?



**2. TEMA: KJENNSKAP TIL ANDRES BRUK AV KOR**

6. Kjenner du til noen som benytter tilnærmingen? (Er det for eksempel enkelt-terapeuter? Noen profesjoner/posisjoner? Eller hele fagteamet? Hele avdelinger/ i så fall hvilke? Eller hele institusjonen?)
  
7. Kjenner du til hva slags erfaringer de eventuelt har med bruk av tilnærmingen?
  
8. Dersom KOR er i bruk på eget arbeidssted, har du noen oppfatning av hvordan dette har påvirket den faglige tilnærmingen?
  
9. Anvender ditt arbeidssted alternative skjemaer eller metoder for å få informasjon om klientens vurdering av behandlingen og behandlingsresultat? Hvilke?
  
10. Hva slags faglige orienteringer vil du si det er på din arbeidsplass?



## Appendiks 6

6. Du har opplyst at du er interessert i å bruke KOR. Kan du si litt om hvorfor?
  
7. Hva tror du skal til for at du vil starte å bruke tilnærmingen? Trenger du undervisning, veiledning, tilknytning til andre behandlere som bruker det, støtte fra ledelsen ved kontoret, eller liknende?

### **2. TEMA: KJENNSKAP TIL ANDRES BRUK AV KOR**

8. Kjenner du til noen som benytter tilnærmingen? (Er det for eksempel enkeltterapeuter? Noen profesjoner/posisjoner? Eller hele fagteamet? Hele avdelinger/ i så fall hvilke? Eller hele institusjonen?)
  
9. Kjenner du til hva slags erfaringer de eventuelt har med bruk av tilnærmingen?
  
10. Dersom KOR er i bruk på eget arbeidssted, har du noen oppfatning av hvordan dette har påvirket den faglige tilnærmingen?
  
11. Anvender ditt arbeidssted alternative skjemaer eller metoder for å få informasjon om klientens vurdering av behandlingen og behandlingsresultat? Hvilke?
  
12. Hva slags faglige orienteringer vil du si det er på din arbeidsplass?

## **Intervjuguide til klienter som har erfaring med KOR**

*Innlede om vår taushetsplikt, frivillighet, mulig å trekke seg - samt øk med bruk av lydopptaker?*

*Pluss noe om undersøkelsen – og hva vi skal spørre om.*

1. Kan du huske hvordan behandleren begrunnet/forklarte hvorfor det var viktig å fylle ut skjemaene?
2. Kan du huske om du ble spurt om du hadde lyst til å fylle dem ut, og om det var det anledning til å reservere seg?
3. Er det noe du vil fremheve som spesielt problematisk eller som spesielt enkelt når du skal fylle ut skjemaene?
4. Hva synes du er bra med bruk av skjemaene? Kan du si litt om hvorfor du synes dette er bra?
5. Hva synes du er mindre bra/vanskelig med bruk av skjemaene? Kan du si litt om hvorfor du synes dette?

6. Føler du at du kan si i fra til behandleren hvis det er noe du synes er vanskelig, eller hvis om det er andre ting du synes er viktigere å ta opp enn de som inngår i skjemaene? Kan du si litt om dette!
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
7. Har du inntrykk av at behandleren bruker og tar hensyn til det du fyller/svarer i skjemaene? Kan du si litt om dette!
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
8. Tror du bruk av skjemaene spiller noen rolle for behandlingen og måten du/dere samhandler med behandleren på, eller tror du ikke det spiller noen rolle? Kan du si litt om dette!
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
9. Hvordan vil du alt i alt si at du vurderer nytten av skjemaene?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
10. Omtrent hvor lenge har du hatt erfaring med å fylle ut skjemaene i forbindelse med denne behandlingen?