

Hilde Lytomt Harwiss,
Eva Sørлие, Tone Øiern og
Margrethe Aaen Erlandsen

Feedbackverktøy i rusbehandling



Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Skriftserie nr. 6, 2021

Ansvarlig utgiver:
Guri Spilhaug
gurspi@ous-hf.no

© Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Adresse:
Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Postboks 4959 Nydalen
0424 Oslo

tsb@ous-hf.no
Telefon 908 84 660
www.tsb.no

ISBN: 978-82-999613-7-0
Skriftserie nr. 6, 2021 er dokumentasjon fra
prosjektet Hindre drop-out fra rusbehandling.

Redaksjonen har bestått av:

Hilde Lytomt Harwiss, redaktør og prosjek-
tleder

Eva Sørli, opplæringsansvarlig

Tone Øiern, kommunikasjonsrådgiver

Margrethe Aaen Erlandsen, prosjektmedar-
beider

Merete Berg Toreg, grafisk designer

Hulda Tronstad, journalistisk rådgiver

Redaksjonen avsluttet 14.10.21

Trykk:
Byråservice AS, Billingstad

Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Nasjonal kompetansetjeneste TSB er en kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten som gir kunnskapsstøtte til tjenesteytere, pasienter og brukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Kompetansetjenesten er etablert for å bygge opp og spre kompetanse om behandling av rus- og avhengighetslidelser i spesialisthelsetjenesten. Tjenestens overordnede mål er å bidra til at pasientene får tilgang til likeverdige og kunnskapsbaserte spesialisthelsetjenester.

Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er organisert i sykehusets avdeling for rus- og avhengighetsbehandling. Resultater fra prosjekter som driftes av tjenesten, dokumenteres gjennom tjenestens skriftserie.

Innhold

Selvfølgelig skal feedbackverktøy brukes i rusbehandling!.....	3	Når hjelperen ikke er hjelpsom	24
Er du bedre enn gjennomsnittet?.....	4	Styrk kraften i møtet mellom pasient og behandler.....	26
Slipp kontrollen, behold fagligheten!	5	– Hvilken betydning har feedbackverktøy hatt for deg som behandler?.....	28
Virker feedbackverktøy?.....	6	Tilbakemelding i fellesskapet	29
Tre eksempler på feedbackverktøy som brukes i rusbehandling	8	Et flerdimensjonalt feedbackverktøy er en styrke i møte med pasientene	32
Pasienten er ekspert på eget liv og egen endringsprosess	11	I terapirommet	34
Systematiske tilbakemeldinger setter faget i fokus	16	Bruk av feedbackverktøy på avstand.....	36
Implementeringsspillet.....	18	Feedbackvett	39
Hva skjer der feedback nytter?.....	20	Tilbakemeldinger øker gleden ved rusbehandling.....	40
Ja, behandling kan skade, men ikke min	22	Kilder	41
Hva synes pasientene om å bruke feedbackverktøy i behandling?	23	Hindre drop-out.....	42



Hvis behandling skal være effektiv, forutsetter det at metoden som brukes tilpasses den enkelte pasient.

For som Michael Lambert (2010) sier:

***No patient is in need of
an empirically-supported psychotherapy
that does not work for them.***

I rusbehandling kan alliansen være avgjørende for vellykket behandling. Edward S. Bordins klassiske definisjon av allianse (1979) er derfor helt sentral:

***Allianse er et samarbeid kjennetegnet ved
enighet om terapiens målsetting, konsensus når
det kommer til hvilke oppgaver terapien skal
bestå av og det emosjonelle båndet
mellom klient og terapeut.***

Bruk av feedbackverktøy er et virkemiddel for å systematisere tilbakemeldinger og justere kursen når det er nødvendig, men i mylderet av tilbakemeldinger og rapporteringer er det viktig å huske på hva feedback i rusbehandling betyr:

***Feedback er strukturert
tilbakemelding fra bruker til terapeut
brukt jevnlig i en behandlingsprosess***

(Espen Ajo Arnevik, 2016)



Selvfølgelig skal feedbackverktøy brukes i rusbehandling!



Vi vil det beste for våre pasienter. Vi kan ønske det så sterkt at vi blir veldig optimistiske. Vi vil at pasienten også skal «ha trua». Men det er pasienten som må forstå og ta grep om endringsprosessen – tolke egne signaler, kjenne på egen tilstand og ta

valg underveis. Endring og rehabilitering følger ikke en enkel graf. Det går opp og ned, og kanskje står det stille? Hva var det som gjorde at det gikk fremover i en periode, og hvorfor ble det vanskelig senere?

Det er mange steg på veien i et behandlingsforløp. Behandleren kan peke på mulige retninger, men det er pasienten som skal gå veien. Behandling har effekt, men er ingen garanti for, og fører dessverre ikke alltid til, bedring. Feil behandling er ikke bare uvirksom, den kan være skadelig. For at behandling skal lykkes, er det nødvendig med åpenhet og tillit mellom pasient og behandler – at de forstår hverandre og situasjonen. Det gjelder både for enkle og kompliserte tilstander.

Det kan bli nødvendig å justere kursen eller kanskje gjøre større endringer. For å oppdage svakheter må pasient og behandler regelmessig holde øye med utviklingen. Pasienten som oppfordres til å evaluere behandlingen får økt forståelse og selvinnsikt. Det er viktig først og fremst for pasienten, men også for behandleren, og for det samarbeidet som skal skapes.

Forventningene om å ta i bruk feedbackverktøy er forsterket gjennom nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp. I praksis gjenstår mye arbeid før bruk av feedbackverktøy er en selvsagt del av behandlingen som tilbys i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i hele Norge. Målet med denne utgaven av vår skriftserie er å mobilisere og motivere til å diskutere *hvordan* feedbackverktøy kan tas i bruk. Vi vil diskutere de reelle fag-

lige utfordringene og gevinstene med å ta i bruk feedbackverktøy i den kliniske hverdagen.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB drifter et nettverk for TSB-virksomheter som er godt i gang med å bruke feedbackverktøy. I denne utgaven av vår skriftserie samlar vi kunnskap om bruk av feedbackverktøy i TSB. Vi har møtt mange kloke forskere, klinikere og brukere som har delt erfaringer med oss.

Satsingen på feedbackverktøy drives frem av mange ildsjeler. Jeg vil takke alle som har bidratt med å dele kunnskap. Vi håper at denne publikasjonen vil bidra til at flere blir inspirert til å styrke brukermedvirkningen ved å ta pasientens stemme inn i behandlingsrommet på en systematisk måte.

Guri Spilhaug
Leder Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Oslo universitetssykehus HF

Er du bedre enn gjennomsnittet?

Er du en bedre sjåfør enn gjennomsnittet, eller over gjennomsnittlig smart? Hvis du tenker dette om deg selv, tilhører du flertallet. *Selvovervurderingseffekten* er den menneskelige tendensen til å overvurdere egne prestasjoner og ferdigheter når man sammenligner seg med andre.

Men hva hvis denne overoptimismen også slår inn i vår vurdering av oss selv som behandlere? Er vi overoptimistiske i vurderingen av pasientens risiko for drop-out? Eller i vår vurdering av relasjonen til pasientene våre?

Corinne Hannan og kolleger gjennomførte for noen år siden en studie av 500 pasienter og 50 terapeuter. Terapeutene skulle forsøke å predikere hvordan det ville gå med pasientene i behandling. Konklusjonen var at terapeuter er overoptimistiske på pasientenes vegne.

Vi tror at det går bedre med flere av pasientene våre enn det reelt sett gjør. Vi trenger hjelp. Vi trenger strukturert feedback for å fange opp pasienter som enten ikke får den behandlingen de trenger, eller som får det verre

i behandling. På den måten kan vi fange opp endringer og justere kursen!

Selvovervurderingseffekten: Hannans funn

Terapeutens antagelser	Faktisk resultat etter behandling
3 pasienter har fått forverret sin situasjon	40 pasienter har fått forverret sin situasjon
50 pasienter har ingen endring	290 pasienter har ingen endring
500 pasienter har oppnådd en positiv endring	210 pasienter har oppnådd en positiv endring

Konklusjon

- Terapeuter er (over)optimistiske.
- Terapeuter overser negative endringer.
- Terapeuter er dårlige til å predikere utfall.

Kilde: Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2004). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163.



Slipp kontrollen, behold fagligheten!

Pasienten må føle seg sett og hørt, men hva som faktisk virker er individuelt. Da må man ta utgangspunkt i det som er viktig for den som trenger hjelp – og tørre å slippe kontrollen som fagperson.

– Dette er kjernen i brukermedvirkning – individuelt tilpasset hjelp, sier Line Eikenes Langsholt, rådgiver i brukermedvirkning i Helsedirektoratet. Langsholt er brukermedvirker på heltid og arbeider for tiden med å lage en nasjonal faglig retningslinje for brukermedvirkning. Mulighetene feedbackverktøy gir for brukermedvirkning, vil være ett av temaene arbeidsgruppen for den nye retningslinjen skal diskutere.

Langsholt forteller at hun selv ikke har brukt feedbackverktøy i eget behandlingsforløp, men tror at det hadde vært nyttig.

– Jeg har gått ut av mange behandlingssamtaler og vært frustrert og sinna. Bruk av feedbackverktøy hadde gjort at jeg hadde måttet forholde meg til mine egne reaksjoner. Jeg måtte ha tatt medansvar for relasjonen og hvorfor jeg ber om hjelp. Det hadde vært en god ting, understreker hun og poengterer at hun er glad for at bruk av feedbackverktøy allerede er en nasjonal anbefaling for alle som i dag er i rusbehandling.

Flokkmentalitet styrer

– Vi har et system med flokkmentalitet som gir oss utfordringer når vi skal gjennomføre brukermedvirkning på individnivå, sier Langsholt. Hun peker på at Helsedirektoratet legger opp til standardiseringer gjennom nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp, men legger til at det er bra at det finnes kvalitetsmessige mål.

– Men vi må likevel tilpasse behandlingen til den enkelte pasient og ha et bevisst forhold til brukermedvirkning på individnivå. Fagfolk vil mye på vegne av pasientene og gir dem derfor ikke alltid muligheten til å være med og styre egen behandlingsprosess.

– Behandler må by på seg selv!

Langsholt understreker at det er behandleren som har hovedansvaret for relasjonen i det terapeutiske rommet,

og at det må etableres en trygghet slik at relasjonen føles ekte og at pasienten kjenner at behandleren våger å by på seg selv som menneske.

– Det handler ofte om å finne den riktige balansen mellom å bruke din faglige autoritet og å slippe kontrollen og gi makten over til den som du skal hjelpe, sier Langsholt. Hun trekker frem et selvopplevd eksempel:

– Jeg hadde en psykolog som en gang sa til meg: «Unnskyld meg, nå kjeder jeg meg skikkelig når du bare snakker i vei om ting jeg uansett ikke kan hjelpe deg med. Tror du at du kan snakke meg bort?» Akkurat dét har jeg mange ganger opplevd at jeg kan, men da psykologen utfordret meg, fikk jeg større tillit til henne. Tilbakemeldingen bidro også til en forventningsavklaring om hva psykologen faktisk kunne hjelpe meg med og hva jeg måtte gjøre selv, forteller Langsholt åpenhertig.

Ærlige tilbakemeldinger fører frem

Langsholts oppfatning er at det er de ærlige tilbakemeldingene i dialogen mellom pasient og behandler som bygger tillit. Selv om det kanskje ikke føles slik der og da.

– Jeg husker de ekte tilbakemeldingene, fordi de har gjort at jeg opplevde å føle meg sett. Et kjennetegn på en god relasjon er at en ikke «slipper unna», sier Langsholt. Hun understreker at behandleren og pasienten bør snakke om hvordan samarbeidet egentlig fungerer, og at en kan si fra dersom det kjennes ut som at den andre ikke er helt ærlig. – Én gang fortalte jeg behandleren min om en liten endring i positiv retning hos meg selv. Da sa hun: «Nå ble jeg glad.» Jeg svarte: «Det er pisspreik at du blir kjempeglad for en så liten endring.» «Jeg sa at jeg var glad, ikke kjempeglad,» poengterte behandleren min da. Da lo vi begge. Erfaringen min var at jeg ikke «slapp unna» og at behandleren klarte å romme hele meg som menneske med problemene, ressursene og humoren min.



Line Eikenes Langsholt, rådgiver i brukermedvirkning i Helsedirektoratet

Virker feedbackverktøy?

Når vi skal vurdere om feedbackverktøy virker, må vi godta noen premisser. Først da kan vi diskutere hva det er som virker når vi bruker feedbackverktøy i pasientbehandlingen, og klargjøre hvilke målsettinger de ulike verktøyene har.



Av Espen Ajo Arnevik
Leder for RusForsk,
Oslo universitetssykehus

Premisser for diskusjonen om effekt av feedbackverktøy

Det første premisset er at terapi har en virkning. Hva slags virkning terapi har, varierer. Flere studier (bl.a. Lambert, 2010) viser at mindre enn 50 prosent av pasientene opplever en bedring av helse mens de er i behandling, 5–10 prosent opplever en negativ effekt av behandlingen, mens 40–50 prosent av pasientene



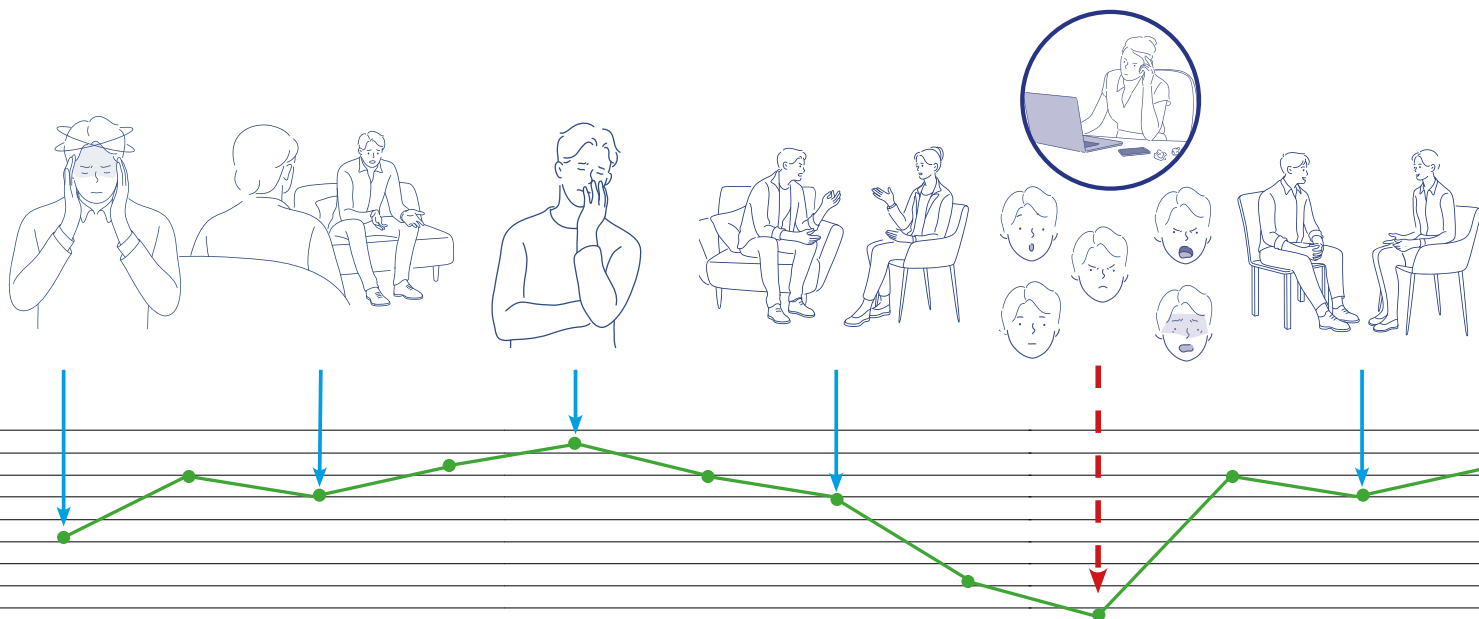
hverken opplever bedring eller forverring. Det er derfor avgjørende at vi som arbeider med pasienter, fanger opp de som har ingen, eller negativ, effekt av behandling.

At terapeuter er dårlige til å predikere behandlingsutfall, er *det andre premisset*. Flere studier dokumenterer dette (bl.a. Hannan et al., 2005). De finner at terapeuter er (over)optimistiske til positiv effekt av behandling, og fanger ikke opp pasienter med negativ utvikling. Vi trenger derfor pasientens stemme tydeligere inn i behandlingsprosessen.

Det tredje premisset er at lengde på, og gjennomføring av, behandling er positivt for utfall. Innenfor rusbehandling vet vi, gjennom både forskningsrapporter og løpende rapportering, at det er like vanlig å avslutte behandling for tidlig, som å gjennomføre behandling på planlagt tid (Brorson et al., 2013). Mange pasienter er ikke lenge nok i behandling til at den kan gi positiv effekt. I klinikken må vi derfor få et større repertoar i arbeidet knyttet til å hindre frafall og hjelpe pasientene til å gjennomføre behandlingen.

Målsettingene må tydeliggjøres

Det er først når vi godtar disse tre premissene, at vi kan begynne å diskutere målsettingene med å bruke feedbackverktøy. Ulike pasienter og TSB-enheter har ulike utfordringer, og dermed også ulike målsettinger med å bruke feedbackverktøy. Hvorvidt en ønsker å identifisere de som har negativ effekt av behandling, forhindre frafall fra rusbehandling, eller om en ønsker å øke generell effekt av behandling, bør være styrende for hvilket verktøy som velges og for hvordan det brukes i ulike behandlingskontekster. En nylig publisert artikkel (Brorson et al., 2019) dokumenterer eksempelvis at verktøyet OQ-45 ikke egner seg til å predikere drop-out hos ruspasienter, mens SRS ikke nødvendigvis fanger opp en negativ effekt av behandlingen.



Feedbackverktøy gir et varsel, noe som utløser økt metaperspektiv og derigjennom kan styrke allianse og mulighet for bedring av behandlingseffekt.

Hva er det som virker?

Hva er det som virker når en bruker feedbackverktøy i rusbehandling? Det er et sentralt spørsmål, og vi trenger mer forskning for å kunne svare helt presist på spørsmålet om hvorfor feedbackverktøy virker, for hvem og under hvilke betingelser. Det vi kan fastslå allerede nå, er at bruk av systematiske tilbakemeldinger fra pasienten i behandling gir et varsel til både pasient og behandler om prosess og eventuell fremgang, eller fraværet av dette. Varselet forsterker metaperspektivet på behandlingsprosessen og kan styrke alliansen mellom pasient og behandler. Pasient og behandler får et virkemiddel til å diskutere behandlingen. Allianse betyr ikke bare at pasient og behandler har et emosjonelt bånd, men også at de har felles mål og er enig om metoden som brukes. Systematisk bruk av feedbackverktøy i behandlingen er nettopp et virkemiddel til å realisere og vedlikeholde en god behandlingsallianse.

Referanser:

- Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychological Review*, 33(8), 1010-1024.
- Brorson, H.H., Arnevik, E.A. & Rand, K. (2019) Predicting Dropout from Inpatient Substance Use Disorder Treatment: A Prospective Validation Study of the OQ-Analyst. *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 13, 1-9.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. & Sutton S.W. (2005) A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163.
- Lambert, M.J. (2010) *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association.

Tre eksempler på feedbackverktøy som brukes i rusbehandling

ORS og SRS

ORS (Outcome Rating Scale) er et skjema hvor pasienten vurderer seg selv på skalaer for fire ulike temaer – «personlig», «mellommenneskelig», «sosialt» og «generelt» (se bilde). Oppsummert gir skalaen uttrykk for pasientens vurdering av egen endring, og fylles ut ved oppstart av hver behandlingssamtale.

SRS (Session Rating Scale) er et skjema hvor pasienten vurderer behandlingssamtalen i etterkant, også på skalaer for fire temaer – «relasjonen mellom deg og terapeuten», «mål og tema», «tilnærming eller metode» og «generelt» (se bilde). Skalaen gir uttrykk for pasientens vurdering av nytten av behandlingssamtalen, og fylles ut ved avslutning.

Oppsummert i en graf vil skalaene over tid vise pasientens utvikling, og kan brukes som et verktøy for å tilpasse behandlingssamtalene til nytte for pasienten.

Skalaene er utviklet av amerikanerne Scott Miller og Barry Duncan og er i bruk ved både poliklinikker og døgnenheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er laget en egen versjon tilpasset barn, og en egen versjon til bruk i gruppebehandling. Verktøyet kan fint brukes som utskrift på papir, men det finnes også flere typer dataprogrammer på norsk som lar deg bruke verktøyet digitalt. Da må virksomheten betale en lisens.

ORS/SRS-skalaene er kjent under flere navn:

- KOR (Klient- og resultatstyrt praksis)
- PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System)
- FIT (Feedbackinformerte tjenester)
- CDOI (Client-directed outcome-informed therapy)

Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

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

ORS (Outcome Rating Scale): skala for endringsvurdering

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)

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.

Relasjonen

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

Måten vi arbeider på passer *ikke* så godt for meg.

I-----I

Måten vi arbeider på passer godt for meg.

Generelt

Det manglet noe i samtalen i dag.

I-----I

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

SRS (Session Rating Scale): skala for samtalevurdering

Norse Psykisk helse og rus

NORSE står for Norwegian Outcome Response System for Evaluation. Verktøyet lar deg gjøre en multidimensjonell kartlegging av de fire områdene «ressurser», «symptomuttrykk», «oppretholdende faktorer» og «konsekvens for livssituasjon». Dette gir et helhetlig bilde av pasientens livssituasjon.

Norse Psykisk helse og rus er et persontilpasset tilbakemeldingssystem, der pasienten kun svarer på påstander som er klinisk relevante for ham eller henne. Noen eksempler på påstander er: «Jeg føler meg nedfor mesteparten av tiden», «Jeg kan håndtere behovet mitt for å ruse meg», «Dersom jeg bestemmer meg for noe, kan jeg få det til» og «Jeg kunne trenge at behandleren min jobba mindre/mer med følelsene mine».

Kartleggingen fylles ut digitalt i forkant av hver behandlingssamtale. Pasienten får en SMS med lenke til kartleggingsskjemaet. Første gang pasienten fyller ut, tar det omtrent 10–15 minutter. Til de neste timene er skjemaet persontilpasset slik at det kun omfatter de mest relevante påstandene, og utfylling tar da kun 5–10 minutter hver gang.

VISSTE DU AT ...

Det finnes flere feedbackverktøy

Noen fokuserer både på allianse og på utfallsmål underveis i prosessen, mens andre kun fokuserer på en av delene. Enkelte er fritt tilgjengelige, mens andre er lisensiert. Flere er digitalisert. Eksempler på andre verktøy er:

OQ 45 – Outcome Questionnaire

CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation (Outcome Measure)

SURE – Substance Use Recovery Evaluator

Straks pasienten har svart, genereres en grafisk rapport til behandler som da oppdateres på endringer i pasientens livssituasjon, hvilke aktuelle utfordringer pasienten opplever og hvordan pasienten evaluerer alliansen dem imellom så langt. Rapporten kan brukes som et samtaleverktøy i behandlingen.

Norse er utviklet av Christian Moltu fra Helse Førde HF, og er heldigitalt og lisensiert. Verktøyet er i bruk ved både poliklinikker og døgnenheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Skjerm bilde av grafisk rapport fra Norse

WAI – working alliance inventory

WAI står for Working Alliance Inventory. Spørreskjemaet er utviklet av psykologen Adam O. Horvath, på bakgrunn av Bordins (1979) panteoretiske modell for terapeutisk allianse. I hans beskrivelse består den av tre gjensidig avhengige komponenter: det emosjonelle båndet mellom pasient og behandler, enighet om mål og enighet om metoder og teknikker som hver av partene tar i bruk for å nå disse målene. Til sammen måler WAI opplevd kvalitet på samarbeid og relasjon mellom behandler og pasient – den terapeutiske alliansen. Det er parallelle skjemaer for begge parter.

WAI-S (short form) er en kortversjon av det originale spørreskjemaet med 36 spørsmål. Den inneholder 12 påstander som pasienten besvarer på en skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid). Pasienten får skjemaet på SMS og gjør besvarelsen på telefonen. Eksempler på påstander er «Vi er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med» og «Behandlingen gir meg nye måter å se problemet mitt på» (se bilde). Skjemaet fanger opp i hvilken grad behandler og pasient opplever enighet om mål og oppgaver, samt de følelsesmessige sidene ved relasjonen som gjensidig fortrolighet, tillit og aksept.

WAI finnes i flere ulike lengder, og i versjoner som oppfyller behovene til ulike pasientgrupper, deriblant voksne, barn og par. Verktøyet er i bruk i døgneheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og er lisensiert.



Lær mer ...

om ORS og SRS på nettsiden
www.betteroutcomesnow.com

om Norse Feedback på nettsiden
www.norsefeedback.no

om WAI på nettsiden
www.wai.profhorvath.com

Vil du lese mer om valg av feedbackverktøy i rusbehandling?

Se: Arnevik, E.A. (2016) Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, 2:020.

Besvarelser

Besvarelsene er sortert etter de tilhørende dimensjoner.

Oppgave

Utsagn	Svar	Verdi
Kontaktperson (Navn) og jeg er enige om hva jeg må gjøre i behandlingen for å bedre situasjonen min	Aldri	1
Det jeg gjør i behandlingen gir meg nye måter å se problemet mitt på	Aldri	1
Vi er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med	Alltid	7
Jeg tror at den måten vi arbeider med problemet mitt på er riktig	Aldri	1

Bånd

Utsagn	Svar	Verdi
Jeg tror Kontaktperson (Navn) liker meg	Aldri	1
Jeg har tillit til at Kontaktperson (Navn) er i stand til å hjelpe meg	Aldri	1
Jeg føler at Kontaktperson (Navn) setter pris på meg	Alltid	7
Kontaktperson (Navn) og jeg stoler på hverandre	Aldri	1

Mål

Utsagn	Svar	Verdi
Kontaktperson (Navn) forstår ikke hva jeg prøver å oppnå i behandlingen	Aldri	7
Kontaktperson (Navn) og jeg arbeider mot de mål vi er blitt enige om	Aldri	1
Kontaktperson (Navn) og jeg har forskjellige oppfatninger av mine problemer	Aldri	7
Vi har kommet frem til en god felles forståelse av hva slags forandringer som vil være til hjelp for meg	Aldri	1

Mulige svaralternativer:

- Aldri (1)
- Sjelden (2)
- Av og til (3)
- En del ganger (4)
- Ofte (5)
- Veldig ofte (6)
- Alltid (7)

Merk at enkelte spørsmål opererer med reverserte verdier.

WAI-S (short form) med 12 påstander



Pasienten er ekspert på eget liv og egen endringsprosess

Gjennom to pasienthistorier fra poliklinisk behandling av rusavhengige vil jeg vise hvordan feedbackverktøy kom til nytte for å nå sentrale kliniske mål.

Av Annette Wolf El-Agroudi,
psykologspesialist
Blå Kors Borgestadklinikken

Jeg er en behandler som ikke klarer meg uten feedbackverktøy. I snart 12 år har jeg registrert alle pasienter som jeg møter til strukturert samtale, gjennom feedbackverktøy (PCOMS). De to pasientene vi skal møte, ble derfor introdusert for verktøyene ORS og SRS. Som vi skal se, var utbyttet av å bruke feedbackverktøy ulikt i de to pasientforløpene. Men i begge tilfellene hjalp de oss å gjøre gode kliniske valg.

Kontekst for behandlingen

En forutsetning for å tilby feedbackstøttet terapi er at behandlerne får veiledning med fast struktur. På Blå Kors Borgestadklinikken har vi gruppeveiledning en gang pr. måned. Her presenterer alle deltagerne behandlingsforløp som de ønsker innspill fra kolleger på. En annen forutsetning for å bruke verktøyene er at vi ser tilbakemelding om at behandlingen ikke hjelper pasienten som en velkommen sjanse til forbedring.

Hva skjemaet viser

Som beskrevet annet sted i dette heftet (se side 8), gir pasientene mine tilbakemeldinger før og etter hver behandlingstime. Svar på ORS- og SRS-spørsmålene genereres til en grafisk kurve der skårene for endring (ORS) framkommer som en rød kurve og utviklingen av den terapeutiske alliansen (SRS) som en blå kurve. Skillet mellom rosa og grønt område markerer cut-off: Alle som skårer under 25

poeng på ORS, er behandlingstrengende. Tilsvarende cut-off for SRS (rosa linje) er 35. Ved lavere skår bør den terapeutiske alliansen bli tema i samtalen med pasienten.

Når PCOMS fungerer best – «Anna»

Anna røyker cannabis hver uke og sliter med angst og sosial tilbaketrekking. Hun bor sammen med to mindreårige barn. Da hun møtte på poliklinikken første gang, var startskåren på ORS 17, men hun har mye håp



Annette Wolf El-Agroudi

er utdannet psykologspesialist og er sertifisert trener i feedbackverktøyet PCOMS. I likhet med KOR tar det utgangspunkt i ORS/SRS-skalaene (se side 8). Blå Kors Borgestadklinikken poliklinikk innførte bruken av verktøyet i 2012, i samarbeid med den amerikanske psykologen Barry Duncan. Verktøyet er nå en integrert del av behandlingstilbudet ved Blå Kors Borgestadklinikken. Alle avdelingene har behandlere som er kurset i å veilede andre i bruk av feedbackverktøy, og ORS/SRS-kurvene er integrert i pasientenes journal. Alle behandlingsansvarlige på klinikken deltar i gruppeveiledning en gang i måneden à tre timer. PCOMS er også et regelmessig tema på behandlingsmøter og andre møteplasser for ansatte.

og er motivert for å slutte å røyke cannabis. Allerede ved andre samtale gjør ORS, den røde endringskurven, et solid hopp. Det er godt underbygget i psykoterapiforskningen at en innledende positiv fremgang peker frem mot en god prognose for hele behandlingsforløpet. Den er derfor viktig å registrere. Annas kurve følger deretter et sikksakk-mønster: Opp når Anna har klart å holde seg rusfri og ned ved tilbakefall. Dette mønsteret er svært vanlig i TSB. I omtrent 80 prosent av alle rusbehandlingsforløp på poliklinikk ser vi dette bildet.

For Anna skjer et mer alvorlig tilbakefall ved time 14, da det er åpenbart at hun ikke lenger klarer å gi omsorg alene for sine mindreårige barn. Barnevernet stiller krav om rusmiddeltesting som betingelse for at hun fortsatt kan ha omsorgen. Fra da av skjer imidlertid på nytt en positiv endring. Hun får et godt samarbeid med fastlegen om urinprøvetaking og blodprøvekontroll.

Etter dette stiger Annas PCOMS-kurve langsomt og sikkert. Som ofte ellers i rusbehandling er det mange små endringer i pasientenes liv som til sammen fremmer en god utvikling: Samtaler med fastlegen og med behandler på poliklinikken, ytelser fra NAV, at hun klarer å holde seg vekk fra cannabis over tid, begynner å huske mer og strukturerer hverdagen på en god måte, slik at troen på seg selv og som omsorgsperson kommer tilbake.

Vi ser også bevegelser på den blå kurven som er uttrykk for kvaliteten på arbeidsalliansen mellom pasient og terapeut. Vi ser at Anna begynner med høy startskår for SRS. Erfaringsmessig vil den skåren dale litt videre i forløpet. Det krever mer av pasienten å gjøre

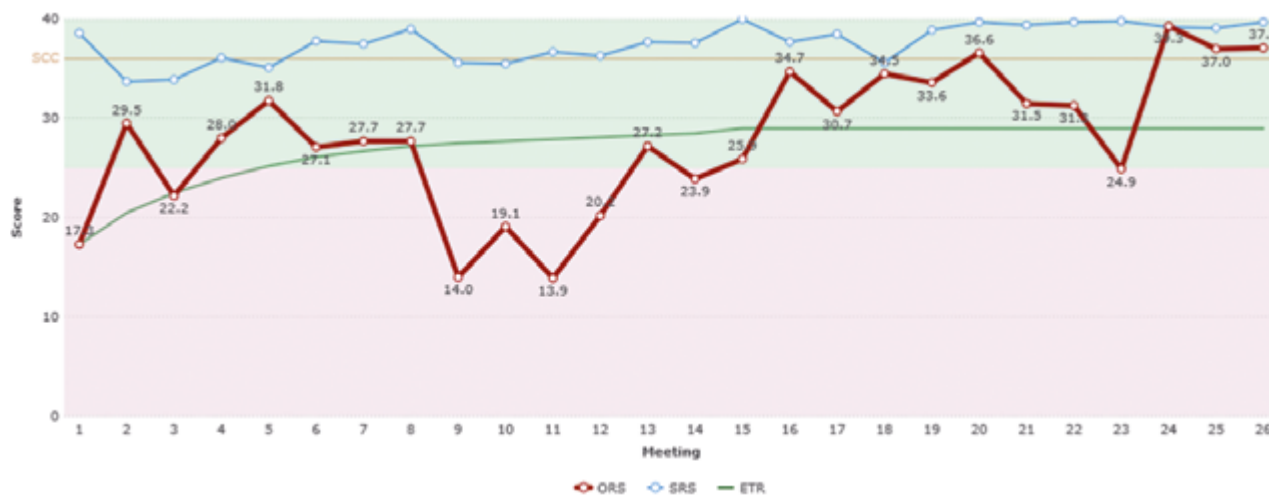
endring i retning rusfrihet enn forutsett. Dessuten kommer de dagligdagse vansker i mellommenneskelige relasjoner frem i terapirommet. Det skaper uro og trang til unnvikelse. Dette kan forklare Annas lave skår i time to og tre. Imidlertid ser vi en bevegelse i SRS-kurven fremover i behandlingen: Anna deltar aktivt i endringsprosessen, kritiserer aspektene i behandlingen som hun ikke liker og kan komme med alternative løsninger, strategier og metoder. Å vite dette er viktig for å holde på hennes håp om bedring og anvende de metoder som hun selv gir uttrykk for å tro på.

Annas tilbakemelding gjennom SRS (den blå linjen) bekrefter at hun liker å snakke med terapeuten. Vi ser også en direkte forbindelse mellom endringskurven i ORS og elementer i terapien. I samtalen med Anna kunne jeg benytte det grafiske bildet for å tydeliggjøre hvilke metoder og tilnærminger som hjalp henne å nå sine mål. Det gir også mulighet for Annas mestring i en fremtid uten terapeut.

Når det ikke er bevegelse – «Rune»

Rune sliter med langvarig alkoholavhengighet og depresjon. Han jobber som frilanser og er helgepappa til to mindreårige barn. Startskåren på ORS er 7, som tyder på svært dårlig livskvalitet samlet sett. Han føler drikketrang hver eneste dag og gir etter for den nesten hver dag etter jobben. Forbruket av alkohol er opp til 12 enheter daglig. Han stopper å drikke noen dager før helgene han har sammen med barna.

Ved time nummer to ser vi en motivert og håpefull pasient som drikker mye mindre. I det videre forløpet



Annas kurve viser raskt bedring, men følger deretter et sikksakk-mønster. Dette mønsteret er svært vanlig for pasienter i rusbehandling.

daler imidlertid kurven, han klarer ikke å nå målet om å drikke mindre og sjeldnere. Som mange andre rusavhengige som ønsker å slutte med rus, opplever også Rune at avhengighetsproblematikk er vanskelig å bli kvitt. Fra begynnelsen i behandlingen anbefales Rune å avlevere PETH blodprøver hos sin fastlege. Denne ruskontrollen kommer ikke i gang før time ni. Prøvesvarene viser en for høy verdi til at han kan beholde førerkortet. Fra time 10 får Rune tilbud om antabus slik at han kan klare å avstå fra alkohol en stund. Han er edru i mer enn 14 dager, og ORS-en går opp (time 11). Frem til time 15 klarer han imidlertid ikke å ta antabus daglig. Fra time 15 prøver han en liten runde til, kombinert med blodprøver hver 14. dag. Den røde kurven går kortvarig opp, men noen varig endring i drikkemønsteret inntreffer likevel ikke.

Fra time 19 diskuterer Rune og jeg innleggelse på sykehusets avrusningsenhet, og en henvisning blir skrevet. Han innser at han trenger hjelp med trygge rammer for å klare å oppnå målet sitt om en lengre rusfri periode. Han innser også at hans målsetting i begynnelsen, nemlig å drikke av og til, ikke er mulig i hans situasjon.

Den blå kurven (SRS) er under cut-off den første timen. Som anbefalt når den er så lav, tas det opp i neste time. Det kommer frem at Rune har behov for undervisning i alkoholbehandling og hvordan en arbeidsrelasjon mellom pasienten og terapeuten kan se ut. At vi raskt avklarer rammer, oppgavefordeling og ansvar bidrar til å gjøre Rune tryggere. Snart skårer han veldig høyt på SRS. Han klarer likevel ikke å oppnå sitt mål med behandlingen. Han forstår og aksepterer at et skifte av

behandlingsnivå er nødvendig for å bedre problemet han ble henvist for. Han gir tydelig positiv feedback ved avslutning av terapien.

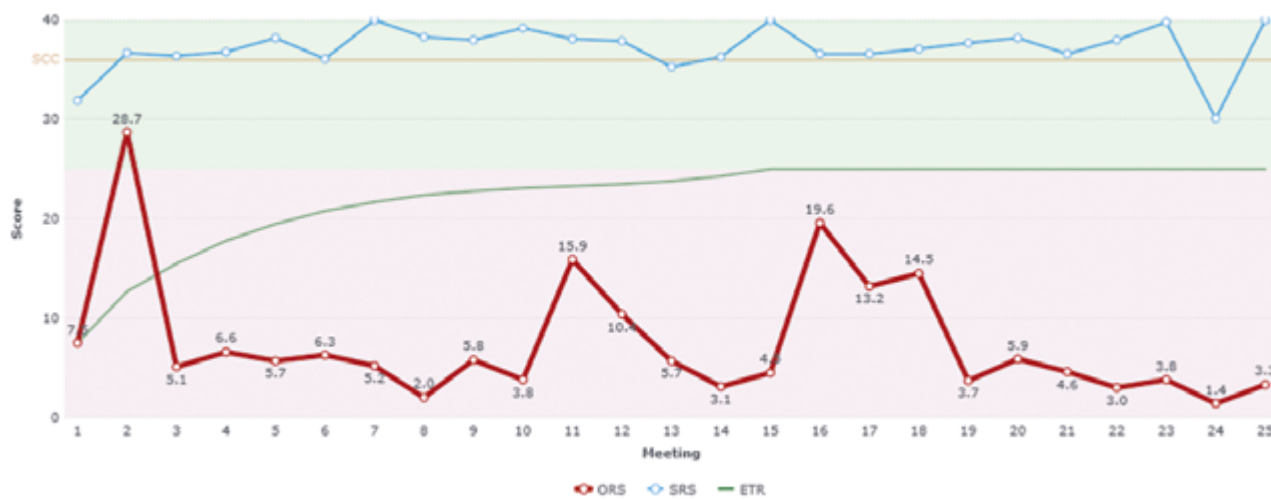
Rett på sak

I tilfellet med Rune ble grafen et virkemiddel til å gå «straight to the point»: Den tydeliggjorde for oss begge at terapien så langt ikke førte til positiv endring. Ved å holde fokuset på endring med tanke på henvisningsgrunn og behandlingsmål «drukner» vi ikke i anekdotiske pasienthistorier, som kan bli nokså problemfokuserte. Dersom det er pasienter som ikke profiterer på behandling, kan vi gå over til diskusjon om hvilket nivå av helsehjelp som anbefales for vedkommende videre eller om vi bør bytte behandler, behandlingsmetode eller behandlingsnivå. Tilbakemeldingen gir oss mulighet til å gripe fatt i det vanskelige og viktige temaet: manglende endring over tid.

Jeg opplever også at kollegaveiledningen forenkles og forfriskes når vi kan abstrahere behandlingsforløpet og utviklingen av den terapeutiske relasjonen som en graf. Det gjør at vi kan se behandlingen «utenfra». På denne måten får vi mange forfriskende diskusjoner rundt både metodiske grep og våre terapeutiske ferdigheter, samtidig som vi kan holde fokus på hva som fører til endring.

Mistenkelig høy skår

Hos Rune er det mistenkelig at SRS-en ikke følges av endring i ORS. Gode tilbakemeldinger på behandlingen følges ikke av endringer i ORS-kurven. Et tema vi stadig kommer tilbake til i veiledning, er at det synes vanskelig



Runes kurve viser at etter en forventningsavklaring innledningsvis, fungerer alliansen mellom Rune og behandler godt. Han klarer likevel ikke å oppnå sitt mål med rusbehandlingen, og må innlegges i døgntilrettelagt behandling.



– Ved å holde fokuset på endring med tanke på henvisningsgrunn og behandlingsmål «drukner» vi ikke i anekdotiske pasienthistorier.

å få til å få «ekte feedback» i TSB. Når vi spør pasienten hva som ligger bak høye skår, gir han eller hun gjerne uttrykk for at det er godt å snakke med terapeuten, at behandlingen er kjærkommen. Men dersom vi er vi på jakt etter verktøy for å finne ut hva vedkommende drar nytte av, og hvilke elementer i behandlingen som har mer eller mindre betydning for det, har en slik jevnt høy skår mindre verdi. I veiledning er vi enige om at problemet IKKE er pasienten, men terapeuten. Selv om det er sårt, må vi oppmuntre til en jevn dialog om SRS, i hver behandlingstid og over tid. Pasienten må bli trygg på at det til syvende og sist er til hjelp for ham eller henne å omtale sin egen sak, og trene på å tørre å si hva som er bra og ikke bra. Pasienten må lære å ta ansvar for seg selv og terapiforløpet!

Spesielt om PCOMS i rusbehandling

Bruken av PCOMS i rusbehandling har tre særtrekk. Det første er at skårene kan ligge «mistenkelig høyt» i starten. Høy SRS kan være uttrykk for at man føler seg anerkjent og at problemet med rus blir tatt på alvor,

mens høy ORS kan skjule at det foreligger sammensatte problemer. Rusfriheten er én ting, en annen er å jobbe for å nå de vanskelige mental helse-målene som øker sannsynligheten for å holde seg edru etter at behandlingen er avsluttet. Det andre særtrekket for de som bruker PCOMS i forløp innen TSB, er sikksakk-kurven. Den uttrykker både at pasienten står og stanger i en ambivalens og at han eller hun trenger tid før opp- og nedturene stabiliserer seg. De hakkete kurvene speiler også at mange faktorer utenfor terapirummet virker inn på behandlingen. I Runes tilfelle var det barnevernet. NAV og andre faktorer virker også inn på kurvene.

Det tredje særtrekket er den høye dropout-raten i TSB, et tegn på at det å gjennomføre behandling i TSB kan være krevende. Opptil 30 prosent av pasientene dropper ut eller opplever at behandlingen ikke nytter. Jeg erfarer at pasienter som bruker PCOMS til å vurdere seg selv, lettere kan motiveres til å holde ut. Gjennom PCOMS kan de se mål de har oppnådd. Er man nede i bølgedaler, er det er godt å kunne minne seg selv på suksessen det er at man ikke har ruset seg siden sist!

Feedbackverktøy i rusbehandling

E-læringskurs i fire moduler

I kurset møter du pasienter og behandlere som bruker feedbackverktøy i rusbehandling – noen for første gang mens andre er mer erfarne. Du får også to egne moduler med cases som viser dilemmaer og utfordringer hentet fra klinisk hverdag.

VELG ET CASE
VELG HVILKET CASE DU ØNSKER Å SE PÅ.
GRØNN HAKE BETYR AT CASET ER GJENNOMFØRT.



- "KONA SENDTE MEG"
- "PASIENTEN HAR BARE TILSYNRELATENDE TILLIT TIL MEG"
- "INGENTING FUNGERER"
- "JUSTERE BEHANDLINGEN"
- "SVINGNINGER I KURVEN"
- "PLEASING"
- "BRUKE ORD/SRS"



DEL 1 FOR ERVERVINGSDOKUMENTER - VEDRØRER CASE

PERSONLIG
SPESIFISKE ANMÆRKNINGER MED HENNEMME

BEHANDLINGSDOKUMENTER
PÅSTÅELSE, SAMTALE OG ANDRE FORHOLDNINGER

INDSØK
HUSK: HVA, HVOR, HVORFOR

GENERELT
GENERELT OPPBEHOLD AV GJENNOMFØRT JET OG DATO

TJA, TJA – FJELLET HAR LITT MED PÅ FØRST BÅNE, JES.

Du finner modulene i din læringsportal og på tsb.no

e-læring

Systematiske tilbakemeldinger setter faget i fokus

Fagfokuset er blitt tydeligere. Dette er den unisone tilbakemeldingen fra spesialsykepleier May Brattset og seksjonsleder Lena Sørensen på ruspoliklinikken ved St. Olavs hospital.

Brattset og Sørensen er midtveis i prosjektperioden hvor fem ulike TSB-enheter i Helse Midt-Norge skal ta i bruk Norse Feedback som en del av behandlingen.

– Feedbackverktøyet vekker nysgjerrigheten i behandlerne, og gjør at de går inn i pasientsamtalene med et annet blikk. Fremfor å starte samtalen med «Hvordan har du det i dag?» gjør tilbakemeldingene det mulig å spørre mer om hva som er særlig aktuelt for pasienten. En bedre start gjør det lettere å strukturere samtalen, sier de to ildsjelene om erfaringene med bruk av feedbackverktøyet på St. Olavs hospital.



– Feedbackverktøyet vekker nysgjerrigheten i behandlerne, sier spesialsykepleier May Brattset (venstre) og seksjonsleder Lena Sørensen (høyre) ved St. Olavs hospital.

En effektiv samtaleåpner

– Jeg bruker tilbakemeldingene aktivt og bevisst i pasientsamtalene. Ofte viser jeg frem skjemaene og utviklingen ved oppstart, noe som kan være en god samtaleåpner. Min erfaring er at det er nyttig for både pasient og behandler å følge med på utviklingen, sier Brattset, som har brukt verktøyet konsekvent siden pakkeforløp ble innført i 2020.

Det tar tid å få til endring hos en med avhengighetslidelse. Det er mellom de polikliniske samtalene at den største endringen skjer hos pasienten. Jevnlige tilbakemeldinger er derfor et viktig virkemiddel for å fremheve de positive endringene underveis. Det bidrar til å ansvarliggjøre pasienten i egen endringsprosess, ved at hen blir utfordret til å ta aktivt del i egen behandling med å si hva som fungerer og ikke.

En styrke med mange dimensjoner

Både Sørensen og Brattset har blitt overrasket over tilbakemeldinger fra pasienten på områder de ikke var klar over at hen slet med. Spiseforstyrrelser og søvnvanter er eksempler på temaer som har blitt gitt en plass i behandlingsrommet fordi de har blitt fanget opp av de finmaskede tilbakemeldingene. Og dét er nettopp Norse Feedbacks styrke, at det inneholder så mange dimensjoner og evner å fange opp presist hva som er utfordringen for den enkelte pasient.

– Pasientene har fått et verktøy som hjelper dem med å sette ord på det de egentlig kjenner på. Det hjelper til å sortere problemer, følelser og tanker om hva som er vanskelig, forteller de.

Tilpasser faktisk behandlingen

– Jeg erfarer dessuten at vi altfor ofte går for raskt frem, og at pasienten ikke henger helt med på hvorfor vi foreslår at hen skal gjøre slik eller slik, fortsetter Brattset.

– Et eksempel er når vi tilbyr pasientene å starte et fysisk treningsopplegg på treningspoliklinikken som en del av rusbehandlingen. Det er ikke åpenbart for pasienten hvorfor dette skal hjelpe for rusproblemer. Da må jeg som behandler ta meg tid til å forklare. Det er altfor lett å «dure i vei» i behandlingstimen, sier Brattset, og understreker at verktøyet bidrar til at hun i større grad faktisk tilpasser behandlingen til pasienten.

– Da jeg spurte en pasient her om dagen hva hun syntes om å gi tilbakemeldinger via feedbackverktøyet, svarte hun: «Det er veldig bra, for da har du litt oversikt på forhånd, og så slipper jeg å si absolutt alt i samtalen. Det er trygt for meg.» Det bekrefter jo at dette har en verdi, fortsetter en entusiastisk Brattset.

Setter fokus på mestring

– *Hva er de største gevinstene ved å bruke feedbackverktøy i pasientbehandling?*

Brattset fremhever at verktøyet gir en god struktur i samtalen, og fokuserer på mestring. – Min erfaring er at det kan være nyttig å snakke om det pasienten får til. Pasientene er ikke alltid bevisste på at de også mestrer sider av livet sitt. Det er nyttig å bli påminnet fremgangen, og feedbackverktøyet bidrar med visuelle kurver som viser endringer i for eksempel symptomtrykk.

Selv om feedbackverktøyet er et godt verktøy som bør brukes systematisk, skal det ikke brukes ukritisk, for eksempel når pasienten har dårlige norskkunnskaper eller sliter med dysleksi. – Og når pasienter er svært ruspåvirket, kan de slite med å gi tilbakemeldinger på grunn av redusert konsentrasjon eller hukommelse. Da kan det være vanskelig å jobbe konstruktivt sammen med pasienten, forteller Brattset.

Enkelte pasienter har store svingninger i sine tilbakemeldinger. «Hakkete» kurver kan være en inngang til å snakke om hvordan emosjonell ustabilitet påvirker livet til den rusavhengige. Selvmordsproblematikk er også et viktig tema. Det er derfor paradoksalt at mange behandlere unnlater å tematisere døden når vi alle vet at mange pasienter med rus- og avhengighetslidelser lever med døden tett inn på seg. Norse Feedback gir behandlerne systematisk varsel når selvmordsfaren er forhøyet.

Behandlerne må gjøre egne erfaringer

I starten av implementeringen erfarte de at noen av behandlerne som hadde jobbet lenge i poliklinikken var noe mer skeptiske til å se nytten i feedbackverktøyet.

De forteller at dette gjerne handler om at behandlerne har innarbeidet egne strukturer i terapien, og at det kan oppleves som krevende å endre en måte å jobbe på som har fungert over tid. Seksjonsleder Lena Sørensen snakket derfor med alle medarbeiderne for å forstå hvorfor implementeringen av Norse Feedback gikk noe tregt i starten.



– Mange ansatte har nok kjent på en trøtthet over endringer i arbeidshverdagen, noe som er forståelig. Det har de senere år blitt innført flere nye systemkrav som behandlerne har måttet forholde seg til. Helsetjenesten er i stadig endring, og vi ansatte må støtte hverandre i prosesser som best vi kan, og vise endringsvilje. Vi opplevde stor nytte ved å utforske med den enkelte hva den eventuelle motstanden handlet om, og avdekket slik hva som kunne hjelpe for å få integrert feedbackverktøyet bedre i terapien. Der hvor behandlerne syntes verktøyet var krevende å forstå, har også jeg deltatt i behandlingssamtalene for å hjelpe til med det tekniske, forteller Sørensen.

Hennes erfaring er at når behandlerne tør å prøve ut verktøyet, så erfarer de selv nytten. – Så enkelt og så vanskelig er implementering. Den enkelte behandler må gjøre sine egne erfaringer.


Nå er bruk av feedbackverktøyet en integrert del av ruspoliklinikkens behandlingstilbud. Tilbakemeldingene brukes aktivt i tverrfaglig behandlingsteam, i ansvarsgruppemøter og er tema på personalmøter og i personalundervisning.

– Når utviklingen blir synlig på flere grafer og kurver, blir tilbakemeldingene en vekker og øker nysgjerrigheten på pasientens livsområder. Behandlingen blir bedre når faget hele tiden er i fokus, konkluderer Brattset og Sørensen.



	<p>OPPLÆRING Alle behandlere får opplæring</p>	<p> PRØV LYKKEN</p>	<p>FAGDAG Du arrangerer fagdag om feedbackverktøy, og engasjementet stiger</p>	<p>TILBAKESLAG Implementeringen forsinkes på grunn av annen satsing – RYKK TILBAKE TIL START</p>
---	---	---	---	--

E-LÆRING
Du og dine kolleger tar e-læringskurs om feedbackverktøy

PRØV LYKKEN


MILEPÆL
Basert på systemkrav beslutter lederen din å ta i bruk feedbackverktøy

UTPRØVING
Du prøver feedbackverktøy for første gang

START
Motta en ekte tilbakemelding ved passering



INTEGRERING
Tilbakemeldinger er en naturlig del av rusbehandlingen

MILEPÆL
Dere bruker feedbackverktøy systematisk

NYREKRUTTERING
Feedbackverktøy er en del av deres faglige identitet og etterspørres ved nyansettelser

TILBAKESLAG
Dere bytter journalsystem og feedbackverktøy har ikke lenger systemstøtte – **GÅ RETT I FENGSEL**

Noen behandlere tror de har så god dialog med pasientene sine at de ikke trenger feedbackverktøy – rykk tilbake til E-LÆRING.

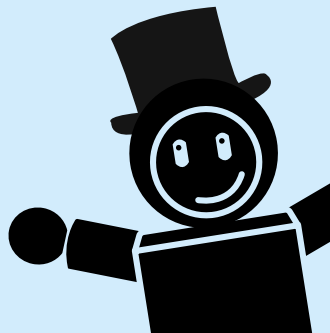
Dere viser stort engasjement for bruk av feedbackverktøy – motta to timer i uken til faglig påfyll.

Ledelsen teller tilbakemeldinger, og antallet får ensidig fokus fremfor innhold – stå over én runde.

Feedbackverktøy fungerer som en samtaleåpner, og du får en god start – rykk frem til OPPLÆRING.

IMPLEMENTE-

Jakten på ekte



MILEPÆL

Elektronisk versjon av feedbackverktøyet er tilgjengelig



OPPMERKSOMHET

Lokalavisen lager oppslag om deres satsing på feedbackverktøy



PRØV LYKKEN

VEILEDNING

Dere starter med kollega-veiledning



Pasientene sier at feedbackverktøyet er nyttig
GRATIS PARKERING

VIDEREFØRING

Behandlerne fortsetter å bruke feedbackverktøy

MILEPÆL

Feedbackverktøy brukes aktivt i behandlingsmøter og veiledning

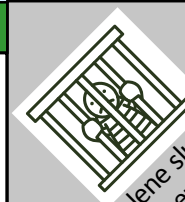


PRØV LYKKEN



FAGLIG SELVTILLIT

Behandlere får selv tillit av å utvide sin terapeutiske verktøykasse



lidsjeflene slutter og implementeringen stopper opp
- GÅ RETT I FENGSEL

Det trådløse nettet fungerer dårlig
- stå over én runde.

Pasientene er fornøyd med at dere ber om tilbakemeldinger og at dere justerer kursen
- rykk frem til FAGLIG SELVTILLIT.

Du anerkjente ikke at det også er vanskelig å ta imot tilbakemeldinger og ble sykemeldt
- stå over tre runder.

Pasienten og lederen din er glad for at du lytter til tilbakemeldinger
- motta julegratiale fra direktøren.

Pasientens kurve er flat, og du tar det opp med pasienten
- rykk frem til neste felt.

Veilederen slutter, og dere lykkes ikke med å rekruttere en ny av samme kapasitet
- rykk tilbake til FAGDAG.

Du ble usikker på om du har valgt riktig feedbackverktøy
- rykk tilbake til UTPRØVING.

Dere forstår at feedbackverktøy er enda viktigere ved digitale konsultasjoner enn ellers
- motta hederlig omtale.

RINGSSPILLET

tilbakemeldinger



PRØV LYKKEN

NETTVERKSMØTE

Dere deltar i nettverksmøte for TSB-enheter som er godt i gang med å bruke feedback-verktøy



PRØV LYKKEN

SYSTEMATISK VEILEDNING

Alle behandlere får regelmessig felles veiledning

Hva skjer der feedback nytter?

I sin forskning har Heidi Brattland sammenliknet behandling med og uten bruk av feedbackverktøy. Pasienter viser seg å oppnå mer nytte av behandling der feedbackverktøy blir brukt, men hvorfor og hvordan? Det er spørsmål *Tiller-prosjektet* besvarer.

Tiller-prosjektet er oppkalt etter Tiller DPS på St. Olavs hospital i Trondheim der Heidi Brattland (PhD) arbeider som psykolog. Klinikken begynte å bruke tilbagemeldingsverktøyet Feedback-Informert Terapi (FIT) i 2011, og i *The Tiller feedback project* ble terapeutiske utfall hos en gruppe som brukte verktøyet sammenliknet med utfall hos en gruppe som ikke fikk det¹. Til sammen deltok 170 pasienter i studien. Den ble senere hovedtema for Brattlands doktorgradsavhandling i 2018 om effekt av feedbackverktøy: *For whom, when, and how does Routine Outcome Monitoring (ROM) improve psychotherapy outcomes?*

Virkning, ja, men hvorfor?

Hovedfunnet i studien var at pasienter som fikk behandling med FIT, hadde 2 ½ gang større sjanse for å oppnå bedring av symptomer og funksjon enn de som fikk behandling uten. Men hva handlet dette egentlig om?

Allerede som student reflekterte Brattland over slike tema:

– Da jeg gikk i egenerapi i forbindelse med studiet, fikk jeg en stigende fornemmelse av at dette ikke gikk så bra. Jeg ble ikke helt forstått, syntes jeg. Hadde jeg selv skylden? Var jeg for distraheret? For opptatt av kontroll, kanskje? Jeg reflekterte en del over dette, men fant ikke noen måte å snakke med terapeuten om det på.

1 Det var de samme 20 terapeutene som jobbet med pasienter med og uten FIT.

Det endte med at jeg «stemte med føttene» og droppet ut av terapien. For meg var ikke terapien nødvendig helsehjelp, men hva hvis konsekvensene av avbruddet hadde vært store? Det tenkte jeg mer og mer på. Da jeg selv var terapeut og ble tilbudt å bruke et tilbagemeldingsverktøy, var jeg positiv. Men skjemaene gir jo ingen fasit på hvordan man skal reflektere om resultatene fra skjemaene, sammen med pasientene, på en måte som hjelper dem? Å snakke om hvorvidt relasjonen bærer, unnskyldte eventuelle feiltrinn eller rette en misforståelse er kunnskap du trenger for å ta feedback i bruk!

Bedret resultater etter hvert

Tiller-studien bekreftet forskerens erfaring med at bruken av feedbackverktøyet i seg selv ikke gir umiddelbar gevinst. De positive utfallene kom nemlig ikke til syne med én gang, men ble tydelige etter som de ansatte og pasienter fikk erfaring med bruken av verktøyene.

– Tid er en faktor som påvirket resultatene, sier Heidi Brattland. – Mange terapeuter fant etter hvert frem til gode måter å bruke tilbagemeldingsverktøy på.



Heidi Brattland har selv droppet ut av terapi og blitt opptatt av hvordan andre kan unngå det samme ved heller å gi feedback (foto: Roar Eriksen).

Som en del av forskningsarbeidet ba Brattland sine kolleger om å skrive tekster om hendelser der de hadde fått negative tilbakemeldinger. Den kvalitative studien basert på dette materialet ble en viktig del av Brattlands doktorgradsarbeid.

– I likhet med de fleste opplever terapeuter engstelse, forvirring eller irritasjon når de blir konfrontert med spenning hos, eller misnøye fra, en annen. Men en felles erfaring hos psykologene jeg snakket med, var at jo mer direkte og spesifikke tilbakemeldinger de fikk, jo lettere var det å forholde seg til dem.

Hun fant også at tid og rom sammen med pasienten er viktig faktor for å ta lærdom av pasienten: – Det kan ta tid å snakke om hvorvidt relasjonen bærer, unnskyldte et feiltrinn eller rette opp en misforståelse.

En siste nøkkelfaktor er å ha «professional self-doubt»; ydmykhet i sin yrkesrolle.

– Den kommer ikke av seg selv, automatisk. Alder og erfaring i seg selv gjør ikke terapeuten bedre til å lære av sine pasienter. Det er like sannsynlig at vi med tiden blir fastlåst i en ekspertrolle som at vi blir mer lyttende.

Snur vi makten?

– *Har pasienten alltid rett?*

– Nei. Å lytte til pasienten betyr ikke å legge vekk vår egen strategi for hvordan pasienten skal få det bedre. Ingen blir bedre bare av at terapeuten er mer ydmyk. Feedback kan utfylle vår ekspertise, ikke overta for den.

– Går du med en vag eller uggen følelse av at noe i terapien er feil, slik jeg gjorde i egenerapien som student, kan verktøyene hjelpe med å konkretisere og synliggjøre den intuisjonen. Det er et skritt på veien til å snakke om det vi ikke får til.

Svingende prosess

Et annet funn i Tiller-studien var at pasienter som tok tilbakemeldingsverktøyet i bruk, hadde en mer nøktern vurdering av kontakten med behandleren sin enn kontrollgruppen som fikk behandling som vanlig.

Det var et funn som forskeren gjerne vil se nærmere på:

– Jeg tolker det slik at feedbackverktøyet ga pasienten muligheten for å reflektere over pros & kontras. At du som pasient har et visst forbehold med hensyn til det du går inn i, kan være hensiktsmessig. For terapeuter er det grunn til å bli mer nøkterne på vegne av samtaleterapi. Samtaleterapi kommer ikke med garanti. Statistikken viser at opp mot 50 prosent dropper ut av

samtaleterapi, 30–50 prosent får det ikke bedre, og 5–10 prosent får det verre.

I Tiller-studien kom gode alliansemål til syne i begynnelsen av behandlingen. – Det mest typiske var at den endret seg i løpet av de første fem timene, en effekt som vedvarte.

– Etter fem timer tror jeg man har en rimelig bra følelse av hvor godt relasjonen bærer.

“

“Rather than being stuck in a closed system characterized by defense positions and anxiety, the client and I together managed to create the foundation of a new way of being together.”

”

Brattland m.fl. (2018)

Heidi Brattlands doktorgradsartikler

Brattland et al. (2018) The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652.

Brattland et al. (2019) Does the working alliance mediate the effect of routine outcome monitoring (ROM) and alliance feedback on psychotherapy outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 66(2), 234–246.

Brattland et al. (2018) Learning from clients: A qualitative investigation of psychotherapists' reactions to negative verbal feedback. *Psychotherapy Research*, 28(4), 545–559.

Brattland, H. (2018) *For whom, when, and how does Routine Outcome Monitoring (ROM) improve psychotherapy outcomes? A randomized clinical trial and a qualitative study at a hospital mental health center.* Doctoral theses. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.

Ja, behandling kan skade, men ikke min

Hvorfor er det så vanskelig å erkjenne at samtaleterapi kan ha bivirkninger, begrenset effekt eller kanskje til og med er skadelig?

Boken *Skadelige samtaler* har fått navn etter det verste utfallet samtaleterapi kan tenkes å ha. Vi får gruoppvekkende historier om skader påført av psykoterapeuter. Forfatterne hovedspør er likevel å forebygge menneskelig lidelse, gjennom å formidle pasienthistorier, litteratur og materiale fra egen undersøkelse; intervjuer med ti norske psykologer om negative effekter av psykologisk behandling. Den ble utført av den ene forfatteren under veiledning av den andre.

En rekke selvopprettholdende myter hindrer behandlere i å forsikre seg om at samtaleterapi er nyttig og egnet. Den overordnede myten er undertittel på boken: *Myten om bivirkningsfri terapi*. I motsetning til testregimene som nye medisiner utvikles under, virker markedet for nye metoder for samtaleterapi vidåpent: Det kan i alle fall ikke skade å prøve. Ikke mange vet hvordan de tas i bruk i det lukkede terapirommet. Når de blir spurt, har pasient, behandler og veileder ulike oppfatninger om hva som skjedde i samme time. Forståelsen er ikke intuitiv.

Myten om at *den terapeutiske kultur er selvkorrigerende* er likevel seiglivet og blir næret av velmenende eksperter som har høy legitimitet: De *gjør noe* med det



Jørgen Akre Flor og
Leif Edward Ottesen
Kennair:
*Skadelige samtaler,
Myten om bivirkningsfri
terapi,*
Tiden 2019

viktige problemet. Scared Straight og konfrontasjonsmetodikk var terapeutiske strategier som ble brukt i arbeid med ungdomskriminelle lenge etter at flere studier hadde vist at effektene uteble.

Etter hvert er det enighet om at terapeutisk allianse står for en god del av behandlingens effekt, altså at pasienten er trygg på at terapeuten kan og vil hjelpe hen å nå sitt mål. Men en annen myte står i veien for å spørre pasienten om alliansens styrke; myten om at *pasienten ikke gir pålitelige svar*. Siden det å gå i terapi medfører nødvendig ubehag knyttet til å rippe opp i mentale sår eller prøve ut nye strategier, vil pasienten ofte være plaget og utilfreds. Men her argumenterer Flor og Kennair godt for at en god terapeut må evne å skille symptomøkning og funksjonsfall fra forutsigbar «treningsmerter» – selv om grensen av og til kan være hårfin.

En fjerde myte er at *det vi gjør antagelig hjelper, fordi pasientene ikke slutter*. Her beskriver forfatterne hvordan mange pasienter investerer tid, penger og håp i terapien, og kan være mottagelige for å ta på seg skylden for at ting går galt. En siste myte er at *det ikke finnes alternativer til å fortsette terapien, tross mangel på fremgang*. Behandleren anser det som sitt ansvar å løse uføret. Her understreker forfatterne at det å avslutte, rediagnostisere eller henvise til andre behandlere *også* er å ta ansvar for pasienten.

Rådene forfatterne gir er:

- Unngå å skade.
- Identifiser de man ikke kan hjelpe.
- La de som blir friske av seg selv, bli det.

Forskningsdata tyder på at terapeuter blir fanget i en slags «not in my backyard»-tenkning rundt mulige negative utfall av behandling. De er klar over at forverring kan skje, *bare ikke hos meg*. Psykologene i intervju-studien hadde mye språk for å snakke om bedring hos pasientene, men lite språk for forverring. De færreste arbeidsplassene hadde systemer for å håndtere negative hendelser. Uten språk og normaliserende rammer blir det å mistenke forverring en ensom opplevelse av å være utilstrekkelig.

Bokens misjon er å fremme en åpenhetskultur om forverring og normalisere samtaler om negative effekter som ledd i å utvikle et mer pasientsikkert psykisk hel-severn. Forfatterne begrunner hvorfor feedbackverktøy, brukt aktivt og reflekterende, vil være til stor hjelp i dette.



Hva synes pasientene om å bruke feedbackverktøy i behandling?

Høsten 2020 gjennomførte det regionale fagutviklingsprosjektet «Norse Feedback i TSB» i Helse Midt-Norge en brukerundersøkelse blant TSB-pasienter om hvordan de opplever bruk av feedbackverktøyet. Resultatene brukes i det videre arbeidet med implementering i TSB i regionen.

Totalt 62 pasienter besvarte spørreskjemaet. Hovedfunn viser følgende:

Pasientene besvarer feedbackverktøyet, men ikke til alle timer.	74 prosent oppgir av de har besvart Norse Feedback, enten til hver timeavtale eller til noen timeavtaler.
De fleste pasientene har brukt feedbackverktøyet i sin behandling.	84 prosent oppgir av det <i>stemmer godt</i> eller <i>stemmer noe</i> at Norse Feedback blir brukt. 6 prosent oppgir at dette <i>ikke stemmer</i> , og 10 prosent svarer <i>vet ikke</i> på dette spørsmålet.
Pasientene synes det er enkelt å bruke feedbackverktøyet.	83 prosent oppgir at det <i>stemmer godt</i> at det er enkelt å bruke Norse Feedback, mens 15 prosent oppgir at det <i>stemmer noe</i> .
Selv om det er noe spredning i svarene, opplever de fleste pasienter nytte av feedbackverktøyet.	37 prosent oppgir at det <i>stemmer godt</i> at Norse Feedback er nyttig i behandlingen, og 33 prosent oppgir at det <i>stemmer noe</i> . 14 prosent oppgir at dette <i>ikke stemmer</i> , mens 16 prosent svarer <i>vet ikke</i> på dette spørsmålet.
Pasientene opplever i stor grad at feedbackverktøyet hjelper dem å vise hvordan de har det.	40 prosent oppgir at Norse Feedback <i>ofte/alltid</i> hjelper dem å vise hvordan de har det, mens 52 prosent oppgir at det <i>noen ganger</i> gjør det. 8 prosent oppgir at Norse Feedback <i>sjelden/aldri</i> hjelper dem å vise hvordan de har det.

Brugerundersøkelsen viser at pasientene i hovedsak opplever verktøyet som nyttig på ulike måter, men at det krever noe av behandlerne som bruker det. Behandleren må bruke tilbakemeldingene aktivt til å justere behandlingen ut fra den enkelte pasients behov. Når behandler lykkes med dette, bidrar Norse Feedback til at pasienten opplever at behandlingen blir mer skreddersydd.

I brukerundersøkelsen kommer det frem at mange pasienter opplever å bli mer klar over egne problemer ved hjelp av kartleggingene i Norse Feedback. Hjelp til selvinnsikt trekkes frem av flere som noe positivt. Flere pasienter oppgir også at det at feedbackverktøyet bidrar til å gi en oversikt over hvordan de har det, gjør det lettere å formidle dette til behandler:

«Det gir mulighet til å si fra om man har det vanskelig, hvis man ikke klarer å si det med ord.»

«Norse gjør det enklere for behandler å se hvordan jeg er. Kanskje enklere å forstå.»

«Det er fint å kartlegge hvor man er i behandlingen og hvordan man har det psykisk.»

Flere pasienter fremhever *kurven* som en god visuell fremstilling av fremgangen i behandling, og hvordan ting kan endre seg fra uke til uke.

Man kan se forbedringer man kanskje ikke var klar over, eller få bekreftet det man føler går bra eller dårlig.

I tillegg viser resultatene av brukerundersøkelsen at pasientene synes Norse Feedback er enkelt i bruk, og har konkrete spørsmål. Færre spørsmål og enda bedre persontilpasning er ønsket som likevel går igjen som forbedringsområder for pasientene.

Når hjelperen ikke er hjelpsom

Skal vi tørre å snakke om nederlagene våre i rusbehandling? Les refleksjonene til psykologspesialist Pål Espen Olsen.

Av Pål Espen Olsen, psykologspesialist og nasjonal kursholder i feedbackverktøy

Her sitter vi igjen, Anders og jeg. Det har gått ett år siden vi møttes for første gang, og vi kan se tilbake på 34 mer eller mindre intense møter. 34 krevende, kjedelige og fine samtaler hvor vi har gjort vårt beste. Men ORS-kurven er like flat, nesten identisk med utgangspunktet ett år tilbake i tid. Lidelsestrykket er fortsatt høyt og livskvaliteten begredelig. Likevel opplever vi begge at vi setter pris på samarbeidet vårt og at vi bryr oss om hverandre.

Jeg har møtt flere som Anders de siste ti årene. Med ulik form, farge og uttrykk, men med ett slående fellestrekk:



– Veien er krevende og vanskelig, men det er langs denne veien vi lærer og vokser.

Vi evner å skape en relasjon preget av gjensidig respekt og tillit, kanskje til og med genuin verdsettelse, som likevel ikke har bidratt til et bedre liv for den jeg forsøker å være til hjelp for. Jeg har vært, jeg er og jeg kommer i fremtiden også til å være en hjelper som ikke er hjelpsom.

Jeg ser på Anders, lurer på om jeg nok en gang skal invitere ham med i en utforskning av samarbeidet vårt, gjøre enda et forsøk på å identifisere hva det er vi ikke får til sammen. Ta frem lupe og skalpell og forsøke å dissekere dette svært komplekse og sammensatte vesenet en hjelperelasjon er. Jeg trenger minst to hender for å telle antall forsøk vi allerede har gjort.

– Vil det virkelig hjelpe å prøve igjen?

Hodet oversvømmes av tanker, brystkassen blir stram, og en klump tar form i mageregionen. Mitt indre liv blir straks mer krevende. Retningen tanker og følelser tar, fanges av egen dagsform og hva som ellers foregår i mitt eget liv. Noen ganger er det inspirerende; jeg får nye ideer som jeg kan følge opp med Anders eller en kollega, og jeg klarer å skape en dialog med Anders som gjør at vi begge ser og forstår noe vi lenge har vært blinde for. Ofte er min indre prosess langt mindre trivelig og konstruktiv.

Jeg har lagt bak meg åtte år på universitetet og har et studielån jeg ikke er i nærheten av å si farvel til. Seks-syv års videreutdanning, hundrevis av veiledningstimer, egen terapi, så mange dagskurs og konferanser at jeg har mista tellinga for lengst.

– Hva er galt med meg som ikke strekker til sammen med Anders?

Jeg tror ikke jeg trenger å gjengi hvor stygg den indre monologen tidvis kan bli; De fleste av oss kjenner til den i en eller annen variant. Og den opererer gjerne i tospann med den kjipeste av alle følelsene vi er i stand til å føle – skam. Den følelsen som får meg til å krympe innvendig, gjør meg selvbeskyttende og ekstremt oppmerksom på hva jeg ikke får til. Er trykket sterkt nok, kan jeg miste av syne alt jeg ellers er god på og mestrer.

– Kan hende er det egentlig Anders det er noe galt med?

Han jobber ikke hardt nok mellom timene, tar ikke ansvar for egen situasjon, fortsetter å gjøre de samme destruktive tingene selv om vi ørten ganger har analysert og slått fast hvor lite konstruktive disse måtene å leve livet på er. Det er nok ikke håp for ham, stakkar. Det er nok like greit å skrive ham ut, gjøre plass til noen andre som faktisk ønsker å gjøre noe med egen situasjon.

Når noe ikke fungerer, er det naturlig å lete etter og forsøke å plassere skyld. I og på meg selv eller den andre. Jeg vet det egentlig, at det ikke nytter, at det ikke gjør noen av oss noe godt. Men samtidig så gjør det kanskje det likevel.

– Å stå i tvil, usikkerhet, uvitenhet og uro er noe av det mest krevende jeg foretar meg som menneske.

Det er godt å vite hva som er galt, finne en forklaring som henger på greip, å kunne foreta meg noe som gjør at jeg kan gi slipp på tvilen. Slippe å streve med å ikke være til hjelp for Anders.

I øyeblikket gjør det litt mindre vondt å gi slipp på Anders hvis jeg kan se ham som umotivert og uansvar-



– Jeg får det ikke alltid til selv om jeg prøver. Jeg feiler igjen og igjen. Men jeg lykkes også.

lig. Det gjør mindre vondt enn å bryte opp en relasjon med et menneske jeg setter pris på, men likevel vet jeg ikke har klart å være til hjelp for. Det er langt skumlere å slippe ned garderen foran Anders, åpne hjerte og sinn, være genuint sårbar og gjøre mitt for at han skal tørre å sette ord på de sidene ved samarbeidet vårt som ikke er til nytte for ham. Be Anders om dønn ærlige tilbakemeldinger på hvordan han har det i livet og hvordan han opplever arbeidet vi prøver å gjøre sammen. Hvordan han opplever meg som terapeut.

Jeg får det ikke alltid til selv om jeg prøver. Jeg feiler igjen og igjen. Men jeg lykkes også. Med å gjøre relasjonen så åpen og trygg at noe nytt kan skje. Noen ganger i form av en nesten umerkelig åpenbaring, som en tåke som sakte fordamper under en sliten høstsol. Andre ganger er det mer som en real frontkollisjon, hvor begge parter får sine skrammer og sår som heles i fellesskap, hvor samarbeidet gjenoppstår og likner et mirakel.

Det krever sårbarhet, mot og fokus – av både Anders og meg. Disse kontinuerlige tilbakemeldingene viser vei. Veien er krevende og vanskelig, men det er langs denne veien både Anders og jeg lærer og vokser.

Styrk kraften i møtet mellom pasient og behandler

– La klinisk feedback være med og styre den kliniske prosessen, oppfordrer gründer av Norse Feedback, Christian Moltu. – Bruken av feedback er en klinisk ferdighet, ikke et nytt administrativt system eller en ny sjekklister.

Christian Moltu er psykologspesialist, professor og fagsjef i Helse Førde. Han er dessuten gründer av Norse Feedback, det første helnorske feedbackverktøyet som han og en nær kollega fikk ideen til ved kjøkkenbordet i 2014. Nå prøves det ut internasjonalt og som en stor regional satsing i TSB i Helse Midt-Norge.

Hjelp i prosessen

Gjennom hele sin yrkeskarriere har psykologen vært opptatt av hva som kan være til hjelp når tegn tyder på at terapien ikke fører frem. I 2011 leverte han doktorgradsavhandlingen *Being a therapist in difficult therapeutic impasses*, basert på gode terapeuters svar på hvordan de takler utfordrende terapier. Hva gjør de for å utvikle og beholde alliansen? Hvordan lærer de av misfornøyde pasienter? Nøkkelordene var *selvregulering av egne følelser* i møte med pasientens sinne eller pessimisme, *terapeutisk tilstedeværelse* (evnen til å kjenne igjen det som skjer når terapien stagnerer eller låser seg) og *nysgjerrighet på pasientens synspunkt* på hva som kan bidra positivt til i terapien.

– Gjennom å være mer åpne og fleksible for tilbakemeldinger fra misfornøyde pasienter reduserer vi risikoen for at behandlingen går dårlig, sier han.

Skal drive terapien fram

– Et feedbackverktøy som Norse er et klinisk verktøy som skal forene pasient- og ekspertkraften så den driver terapien fremover. Det fordrer rom for at pasienten kan si fra når behandlingen ikke lenger tar utgangspunktet

i hans/hennes livsverden og behov. Og at behandleren har et oppriktig ønske om å lytte og lære.

– *Hvorfor trenger terapeuter et redskap til dette? Er ikke det å lære av pasienten en selvfølgelig del av rollen som kliniker?*

– Innenfor ett møte kan pasienten oppleve noe som relevant for måloppnåelsen, annet ikke. Det som kan virke som en liten detalj for terapeuten, kan ha stor betydning for pasienten. Dessuten kan vi glemme at vi som behandlere bærer med oss fagtradisjoner med distanserte og autoritære trekk. Da kan vi havne i noen feller der vi tolker pasienten utfra forforståelse av hvordan rusproblemer eller psykisk lidelse «er». Unngåelse, kontroll og benekting er eksempler på begreper der vi tolker pasientens perspektiver som patologiske eller



Christian Moltu er psykologspesialist, professor og fagsjef i Helse Førde. Han er gründer av Norse Feedback (foto: Norse).

irrasjonelle. Dersom vi påvirkes av slike tolkninger, gjør vi pasienten liten og styrt av destruktivitet, i motsetning til en som gjør det beste ut av situasjonen. Folk løser sine problemer så godt de kan og med hjelp av de ressursene de har for hånden.

Ikke gjør pasienten liten

– *Tjener det alliansen bedre at pasienter slår en hvit løgn om fremgang i behandlingen, enn at han gir behandleren sårende skårer?*

– En hensikt med feedbackverktøy er å gi pasienten redskaper til økt selvinnsett, ikke å avdekke om pasienten prøver å «lure» terapeuten. En annen sentral hensikt med feedbackverktøy er å motvirke det som gjør pasienten liten. Pasienter kan ha en rasjonell og velbegrunnet strategi der de for å skjerme den andre skjuler at de ikke opplever fremgang. De kan ønske å bidra til å bevare den terapeutiske alliansen. Men hvis de glatter over ting fordi maktforholdet mellom dem selv og terapeuten er skjævt, er det uheldig. I slike situasjoner tyder tilbakemeldinger på at pasienter opplever det som lettere å være ærlige om situasjonen eller relasjonen når de fyller ut skjemaet alene, hjemme hos seg selv, og ikke i terapirommet.

Rusmiddelbruk og andre dimensjoner

En annen viktig hensikt med Norse og andre feedbackverktøy er å få et sammensatt bilde av situasjonen til pasienten underveis i terapien.

– *Hvor viktig er ærlighet om aktuell rusmiddelbruk i dette bildet?*

– Igjen: Feedbackverktøy er ikke laget for å avtvinge bekjennelsessannheter eller skriftemål fra pasienten, hverken om rusbruk eller andre ting. Rusbruk inngår i en helhet og en kontekst som er viktig å forstå i behandlingsrelasjonen. Jeg tror at ensidig fokus på endringer i rusbruk som utfallsmål er uheldig både i forskning om og behandling av rusavhengige, på grensen til moralisme. Selv om det å snakke åpent om rus er viktig, er vi også opptatt av å ta temperaturen på hvordan TSB-pasienter har det med å leve med savnet etter rusmidler. Er det ting i pasientens liv som gjør sprekke eller tilbakefall mer sannsynlig nå enn før?

Teknologiens plass i terapirommet

– *Noen er oppriktig spørrende til om en graf på en skjerm virkelig kan ha noe å si for disse viktige faktorene og prosessene?*

– Mange pasienter kan ha vansker med å «gripe» behandlings- og endringsprosessen. Det kan være vanskelig å peke på «hvordan har jeg det nå sammenlignet med da jeg begynte, og hva er det jeg har gjort i mellomtiden». Feedbackverktøyet viser dette metaperspektivet konkret. Når to mennesker, behandler og pasient, sammen ser på arbeidet de har gjort i fellesskap, kan det være lettere å snakke om det som har skjedd, og hva det betyr.

Mindre avbrudd

– *Hvilke utfordringer kan ikke feedbacksystemer løse?*

– Feedbacksystemer har mindre betydning som en administrativ sjekkboks.

– *Hvilke fordeler opplever dere i Helse Førde at feedback har gitt klinikken som helhet?*

– Vi opplever at flere pasienter i stedet for å bli henvist gang på gang, får hjelp etter bare én henvisning. Vi tror at det skyldes at færre terapier blir avbrutt på grunn av at noe går galt underveis.

“

In order to be helpful for patients, ROM/CFS should be used in a way that is flexible, meaningful to patients, and sensitive to individual needs and preferences.

”

(Solstad m.fl., 2020)

– Hvilken betydning har feedbackverktøy hatt for deg som behandler?

– Bruk av feedbackverktøy hever pasientens stemme, og bidrar i stor grad til å fremme pasienten som hovedaktør i egen behandling.



*Sindre Kildal Lervik,
behandler og teamleder ved
Sørlandet Sykehus*

Antall år i TSB: 10

– Jeg synes feedbackverktøy er et nyttig redskap for alliansebygging. Jeg opplever at feedbackverktøy er brukermedvirkning i praksis, hvor pasienten får et eierforhold til egen behandling, samt et verktøy hvor nyanser i pasientens utvikling eller fremgang fanges opp. Dette gjør oss mer i stand til å evaluere og justere tilbudet forløpende.



*Maja Stien Kongsbakk,
miljøterapeut ved CRUX
Kalfaret behandlingssenter*

Antall år i TSB: 12

– Feedbackverktøy er et nyttig virkemiddel for å sikre brukermedvirkning, og eierskap til egen behandling. I tillegg gir det oss nyttig informasjon om hvordan pasientene opplever behandlingen de får, slik at vi kan gjøre justeringer som igjen kan bidra til å forebygge dropout.

Det er også nyttig for pasienten å se egen utvikling i behandling, som kan virke motiverende på å stå i vanskelige prosesser.



*Britt Nysveen Skar,
klinisk sosionom ved
Stiftelsen Fossumkollektivet*

Antall år i TSB: ca. 28 år

– Feedbackverktøy er et lett anvendelig alliansebyggende verktøy som inviterer til brukermedvirkning like mye som det åpner for ansvarliggjøring av pasienten. For min del hjelper det med å senke skuldrene i terapirommet.



*Christoph Bleichert,
psykologspesialist ved Tyrili
Antall år i TSB: 9*



Tilbakemelding i fellesskapet

Har feedbackverktøy en plass i behandlingssenheter som bruker fellesskapet som ramme for behandlingen? – Ja, sier Andreas Brennodden, barnevernspedagog og teamleder på Tyrili Frankmotunet.

Brennodden er en av ildsjelene som har sørget for at Tyrili Frankmotunet har tatt i bruk systematiske tilbakemeldinger som en integrert del av behandlingstilbudet.

Tyrili Frankmotunet har mange møteplasser hvor de får tilbakemeldinger i løpet av en arbeidsdag. Én dag

i måneden gir også pasientene tilbakemeldinger ved hjelp av verktøyet Working alliance inventory (WAI, se side 10).

– *Hvorfor begynte dere å bruke feedbackverktøy?*

– Vi er opptatt av å være faglig oppdatert og prøve ut nye ting – til tross for at vi ligger langt til fjells! Vi fikk utfordringen om å prøve ut WAI av vår egen forskningsavdeling (Tyrili FoU). Da vi så at systematisk bruk av feedbackverktøy kunne være nyttig for pasientene, var vi selvsagt i gang, forteller en engasjert teamleder. Brennodden understreker at engasjementet og iveren etter å gi pasientene den beste tilgjengelige rusbehandlingen er en drivkraft i behandlingsskulturen i hele Tyrili.



– Feedbackverktøy har en viktig plass i Tyrili Frankmotunet, sier teamleder Andreas Brennodden (foto: Anders Bisgaard).

Etter en famlende start hvor pasientene fikk overlatt ansvaret for å fylle ut skjemaet på egen telefon, erkjente virksomheten at formatet måtte tilpasses behandlingsskulturen. Mange pasienter har lese- og skrivevansker, og en del har også datavegring. Nå sitter derfor hovedkontakt sammen med pasienten og forklarer spørsmålene og hjelper til med innlogging – eller tilbyr papirutgaven hvis pasienten ikke har telefon eller ikke ønsker å svare elektronisk. I etterkant fyller pasienten selv ut tilbakemeldingsskjemaet. I dag er det stor oppslutning om bruk av verktøyet.

Behandlingshverdagen preges av en strøm av utfordringer. Pasientene arbeider med seg selv og skal stoppe å ruse seg, utredes for psykisk og fysisk helseproblematikk og delta i behandlingsfellesskapet.

– WAI gir en temperaturmåling på om pasient og behandler egentlig er enige om kursen de har staket ut sammen i behandlingsplanen, sier Brennodden. – Relasjonen er betydningsfull, men kan likevel fort tas for gitt. WAI gir muligheten til å kartlegge relasjonen og sikre at samarbeidet fungerer. Det er en viktig erfaring.

– En av styrkene til Tyrili er at vi har mange å spille på, og vi er klar over at den viktigste relasjonen for pasienten like godt kan være til nattevakta som til psykologen,

sier Brennodden. Som eksempel forteller han: – La oss si at relasjonen til hovedkontakten er vanskelig. Da er det viktig at vi tar tak i det og justerer kursen. Det kan være avgjørende for at pasienten lykkes i behandlingsforløpet.

En av påstandene som pasientene skal besvare i WAI, er «Jeg tror at behandleren min liker meg». Ved Tyrili Frankmotunet erfarer de at denne påstanden er særlig krevende for mange pasienter å svare på. Behandlerne må bruke tid på å forklare at det handler om samarbeidsrelasjonen, forventninger og å avklare misforståelser. Avhengig av hvordan pasienten blir møtt i oppfølgingsamtalen, erfarer de likevel at det blir lettere for pasienten etter hvert.

– Dersom kontaktpersonen er åpen, får man mer og mer ærlige tilbakemeldinger, forteller Brennodden, og legger til at det å skape en så god relasjon som mulig er hele poenget med å be om tilbakemeldinger.

– *Er det store forskjeller på hvordan behandlerne tar imot tilbakemeldinger?*

– Selv om grunnsyn og faglig plattform er lik, er vi likevel forskjellige som behandlere. Min oppfatning er at alle medarbeidere hos oss tenker at «dette skal vi ta på alvor og ha en åpen samtale om», men vi kan nok være



Hovedkontakt hjelper pasienten med elektronisk utfylling – eller tilbyr papirutgave hvis pasienten ønsker dette (foto: Anders Bisgaard).

Tyrili Frankmotunet er en del av Tyrili og er lokalisert i Folldal i Nord- Østerdalen. De har 25 døgnplasser etter avtaler med Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Enheten tilbyr døgnbehandling i fellesskap, og behandlingsslengde er på seks måneder. Deretter overføres pasienten ofte til en annen bynær enhet i Tyrili, hvor fokuset er rettet mot forberedelser til livet etter døgnbehandling.

Medarbeidergruppen er tverrfaglig sammensatt med leger, psykiater, psykologer, sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, sosiologer og lærere.

litt ulike i måten vi gjennomfører tilbakemeldingssamtalen på. Vi har stor takhøyde og raushet hos oss, men er likevel opptatt å ivareta et minimum av faglige standarder. Et absolutt krav er at vi tar på alvor det pasienten melder tilbake.

For å bli trygg i å følge pasienter i endringsprosessen må behandlerne få erfaring i å snakke om de utfordringene de møter i arbeidsdagen. I Tyrili er det kort vei mellom medarbeidere og ledere. Å snakke åpent om de fleste temaer er viktig i personalgruppen. Oppfølging, råd og veiledning av nye medarbeidere er derfor en viktig oppgave, men også erfarne medarbeidere må tilpasse behandlingen til den enkelte pasient.

– Tilbakemeldinger fra pasienten kan overraske også erfarne medarbeidere, forteller Brennodden. Selv fikk jeg tilbakemelding om at jeg kunne være irriterende positiv. Nå sier forskningen at det er viktig at vi er optimister på vegne av pasientene våre, men tilbakemeldingen har likevel gjort meg mer bevisst på når og hvordan jeg bruker engasjementet mitt i møte med den enkelte pasient.

Hva sier pasientene?

Det er et bra verktøy, men forutsetter at behandler ser på besvarelsen min.

Fungerer som et stoppunkt og får meg til å reflektere over samarbeidet og behandlingen min.

Bra å få en felles forståelse av min problematikk og løsninger.

Godt å få en mulighet til tilbakemeldinger begge veier.

Spennende å se endringen i relasjonen på sikt etter at man har besvart og jobbet.

Hvis man har forskjellig oppfatning av mitt problem, så er det viktig å ha mulighet til en kursendring.

Det er nyttig at min behandler vet hva jeg tenker om samarbeidet/relasjonen.

Fin måte for meg å holde fokus i behandlingen på.

Et flerdimensjonalt feedbackverktøy er en styrke i møte med pasientene

Barnevernspedagogen Nora Elin Johansen er overbevist om at det å bruke et flerdimensjonalt feedbackverktøy er en styrke i møte med pasientene, og at det utløser potensialet som ligger i en god allianse mellom pasient og behandler.

Alle pasienter som er i korttids døgnbehandling ved Avdeling for TSB i Ålesund, blir tilbudt å bruke feedbackverktøyet Norse Feedback (se side 9) som en del av behandlingsopplegget. Allerede på dag to etter innleggelse får nye pasienter informasjon om hva feedbackverktøyet er og hvordan det brukes. Verktøyet presenteres som en mulighet til å fremme pasientens stemme i behandlingen. Pasientene som samtykker får deretter tilsendt skjemaet én gang i uken.

Norse Feedback gir en multidimensjonell kartlegging av flere områder, og bidrar med å skape et helhetlig bilde av pasientens livssituasjon. Verktøyet er dessuten persontilpasset, som betyr at etter førstegangsutfylling behøver pasienten kun å svare på påstander som er klinisk relevante. Behandleren får dermed en persontilpasset rapport som viser effekt av tiltakene så langt, og får dermed tilbakemelding på hvordan behandlings-



Mange temaer kan være vanskelige å ta opp på eget initiativ i samtaler. Derfor kan det være fint å rapportere digitalt på forhånd.

liansen fungerer. Nora Elin Johansen har lang erfaring gjennom tre års bruk av verktøyet.

– Et vellykket behandlingsforløp forutsetter en aktiv dialog med pasienten, og ved å bruke den visuelle fremstillingen kan vi justere kursen underveis i behandlingsforløpet. Vi ser at pasientene som bruker verktøyet er mer fornøyde enn andre pasienter, og de får større utbytte av behandlingen. Strukturerte tilbakemeldinger gjør at behandlingen retter fokus mot det som pasienten opplever som viktigst, forteller Johansen.

Behandlingstilbudet ved seksjonen følger et fast opplegg gjennom ulike temagrupper og utredningsforløp. Personalet er trent på og opptatt av å motivere pasientene til å benytte seg av muligheten Norse Feedback gir til å tilpasse behandlingen deres behov.

Lettere å svare digitalt

Mange pasienter synes det er fint å rapportere via det digitale spørreskjemaet på telefonen, særlig fordi det er mange temaer som kan være vanskelige å ta opp på eget initiativ i samtaler. Det slipper pasienten når hen bruker feedbackverktøyet Norse, da behandler får tilsendt en rapport basert på tilbakemeldingene i forkant av samtale. Slik kan behandler skreddersy forløpet, og arbeide med temaer som er relevante for den enkelte pasient.

– Én pasient jeg arbeidet med fungerte tilsynelatende godt i hverdagen. Henvisningen til rusbehandling fokuserte på alkoholbruk koblet til angst og traumer. Pasienten viste seg imidlertid å ha utfordringer knyttet til stor gjeld, noe som opplevdes som så skambelagt at hen ikke ønsket å ta det opp selv. Fasaden var viktig. Gjennom Norse Feedback ble utfordringen avdekket, og vi fikk koblet inn gjeldsrådgiveren hos Nav. Det ble et vendepunkt i pasientens tilfriskningsprosess, eksemplifiserer Johansen.

Et annet eksempel er temaet seksuell helse. Det kan være et vanskelig, men viktig tema for pasientene å

snakke om. «Hvorfor er intimitet så vanskelig for meg?»

– Det er mange utfordringer som kan ligge skjult, som er lettere for pasienter å formidle gjennom å besvare et skjema i ro og mak, fortsetter Johansen.

– Utfyllingen kan dessuten gi pasientene en aha-opplevelse, ved at de må reflektere over egen situasjon. «Hvordan er dette egentlig for meg?»

– *Hva er suksesskriteriene for å få nytteverdi av tilbakemeldingene?*

– Det viktigste er å bruke tilbakemeldingene aktivt i samarbeid med pasientene. Se på grafene sammen: Er noe blitt verre? Er noe blitt bedre? Du som behandler må vise at du ser pasienten, og pasienten må oppleve at det blir satt fokus på det de har rapportert.

En god relasjon er behandlerens ansvar

– *Er det spørsmål i Norse Feedback som er spesielt krevende for behandlere å forholde seg til?*

– Da vi startet å bruke Norse Feedback, var det mest motstand mot at dimensjonen knyttet til allianse skulle tematiseres. En vanlig bekymring blant medarbeidere var om de nå skulle måles og sammenlignes, sier Johansen, men understreker at frykten for «konkurranse» er borte, og at fokuset nå er på å bruke tilbakemeldingene til å tilpasse behandlingen.

– Det kan fremdeles være kjempekrevende, men det er vår jobb å «tune oss inn» på pasientens behov. Fremfor å frykte målinger bør vi heller se på tilbakemeldingene som forbedringspotensial, påpeker Johansen.

– Selv elsker jeg dimensjonen hvor pasienten blir spurt om relasjonen til behandlerne! Det var kanskje derfor jeg falt for Norse Feedback i utgangspunktet, forteller en engasjert behandler.

– Vi vet fra forskningen at det er viktig å få til en god relasjon med pasienten. Det er mitt ansvar som behandler.

I dag er bruken av feedbackverktøyet regelmessig tema i behandlingsmøter. Tilbakemeldingene tematiseres fast ved andre, femte og syvende behandlingsuke. Ved avslutning av oppholdet er det oppsummering der pasient og behandler ser på utviklingen av grafene sammen.

Ønsker mer veiledning

Medarbeiderne ved behandlingsseksjonen fikk opplæring fra ressurspersoner i Helse Førde ved oppstart av bruk av verktøyet. I dag er bruk av Norse Feedback en naturlig del av kollegaveiledningen.

Seksjon korttids døgn, Avdeling for TSB, Helse Møre og Romsdal

Seksjon korttids døgn er én av fem behandlingseenheter i Helse Midt-Norge som er en del av utprøvingen av Norse Feedback.

Seksjonen er lokalisert ved Ålesund behandlingssenter og består av 24 døgnplasser, med tre brukerstyrte senger. Behandlingsforløpet er gruppebasert og varer vanligvis i åtte uker. Pasientene er i alle aldersgrupper og bruker ulike former for rusmidler. Pasientene deles i to mannsteam og ett kvinneteam. De følges opp av et tverrfaglig team bestående av teamleder og fire behandlere: sosionom, barnevernspedagog og sykepleier og en psykolog. Lege deltar også regelmessig i det tverrfaglige teamet. En erfaringskonsulent leder selvhjelpsgrupper. Hver pasient blir tildelt en koordinator som følger opp behandlingsforløpet fra begynnelse til slutt.

– Jeg kunne likevel tenke meg mer veiledning. Med såpass mange dimensjoner blir en aldri utlært, sier Johansen, og understreker at arbeidet med å persontilpasse behandlingen krever en stor bredde i kompetanse og kontinuerlig læring. – Jeg vil likevel anbefale alle å bruke feedbackverktøyet. Det tilfører behandlingen dimensjoner vi tidligere har manglet, konkluderer hun.



Nora Elin Johansen er barnevernspedagog ved korttids døgnbehandling ved Avdeling for TSB i Ålesund.

I terapirommet

«Tim» (29)

blir innlagt ved tvangsposten på Tertnes utenfor Bergen en kald vinterdag. Han er sliten etter å ha brukt ulike rusmidler de siste månedene. Etter hvert har det gått helt over styr. Han har tatt flere og flere sjanser med doseringen og blitt innlagt to ganger på akuttposten med overdose. Det er hastevedtatt at han kan låses inn døren til tvangsposten til Avdeling for rusmedisin¹. Et tvangsopphold varer vanligvis i tre måneder. I løpet av den tiden skal Tim også igjennom en rettssak som med stor sannsynlighet ender i fengselsdom.

Kristin Lia er psykologspesialist, ansatt ved Helse Bergen. Hennes oppgave er blant annet å utrede og undersøke mulige tilleggdiagnoser hos pasienter som holdes tilbake uten samtykke.

– Vi har ikke mandat til å gi behandling uten samtykke, sier hun. – Da er det desto viktigere å forsikre seg om at det vi tilbyr oppleves nyttig og meningsfullt for hver enkelt innlagt, og at relasjonene til klinisk personell er gode. Pasientene har rett til å velge oss bort.

Derfor bruker Kristin feedbackverktøyet Klient- og resultatstyrt praksis (KOR, se side 8). Tim introduseres for det i første samtale.

Innleggelsen er en påkjenning, en lungebetennelse gjør ikke livskvaliteten til Tim bedre, og han rapporterer lavt på livskvalitetsmålet ORS. Imidlertid er måleskalaen som angir kvalitet på alliansen med behandler (SRS) høyere enn psykologen forventet. Hun ser ofte at pasienter som opplever å ha lite kontroll, lar sin opposisjon mot frihetsberøvelsen overføres til behandlerne. Etter hvert observerer man imidlertid ofte at SRS-kurven stiger, i takt med at pasienten slår seg til ro, og gradvis gjenopplever selvstendighet.

For Kristin og Tim blir kurvene annerledes. I løpet av samtale som de får tid til, skjer det mye. Han gjennomgår tvangsinnleggelse, rettssak og forberedelse til utskriving. ORS-en farges av det. Imidlertid holder relasjonsskårene til terapeuten seg «all-time high». Kristin spør stadig om hun kan stole på om Tim svarer ærlig på spørsmålene, noe han bekrefter at hun kan.

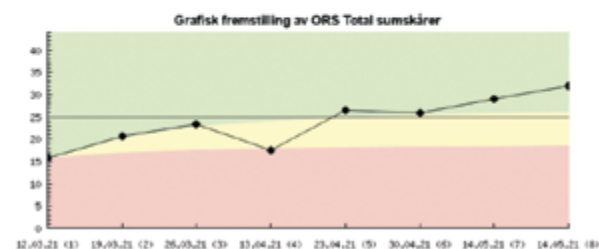
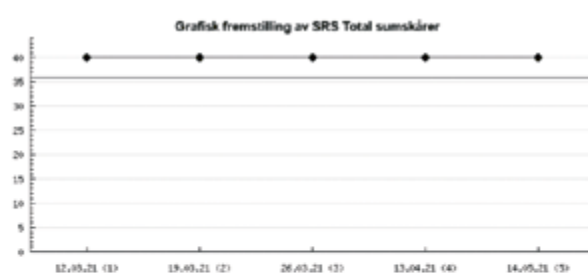
1 Tvangsmidlene som kan brukes overfor rusavhengige har kun til hensikt å hindre tilgang til rusmidler, og er begrenset til ransakelse, låste dører og mulighet for å ta biologiske prøver.

– Tilbakemeldingen på samarbeidet ser ut være uttrykk for at vi har funnet en tone. Det gir rom for at vi kan snakke åpent, også om vanskelige og utfordrende temaer: som da han får et tilbakefall til rusbruk i forbindelse med rettssaken.

Mellom fjerde og femte samtale åpner straffesaken mot Tim. Kristin vitner for ham i retten, og etter all sannsynlighet får han sone etter paragraf 12 i straffegjennomføringsloven, som gir mulighet til at innsatte kan gjennomføre straffen i en institusjon, rett i etterkant av oppholdet på Tertnes. I samtale gjennomgår de to et helt lite batteri av tester², og psykologen bruker god tid på å begrunne hvorfor hver av dem kan ha relevans for akkurat Tim. I dialog med foreldrene ser det ut til at noen brikker faller på plass i historien til Tim.

Siste time viser Tims ORS-kurve at han er godt over i skåringsområdet som indikerer forbedret helse og livskvalitet. Han er rusfri og blir prioritert på venteliste til institusjon der han kan få behandling i soningstiden.

ORS-kurvene til mange av Kristins samtaler ser ligger Tims: – Blant de som kommer til oss er det mange pasienter som opplever dramatisk forbedret helse ut fra veldig dårlige utgangspunkter, sier Kristin Lia. For oss er feedbackverktøy et viktig tiltak for å dempe preget av tvang under oppholdet. Bruk av feedbackverktøy signaliserer at vi er åpne og lyttende og har en holdning preget av interesse og respekt. Det kan øke sjansen for at de innlagte samarbeider og kan ha nytte av nødvendige undersøkelser under oppholdet.



2 Blant annet MiniPlus, Scid-5-PF og RBANS.

«Siri» (22)

er gravid i femte måned og skal snart flytte sammen med barnefar. Hun blir henvist til samtaler på Familieambulatoriet. Siri er urolig og stresset og har ikke klart å slutte med vanen å røyke cannabis. Hennes mor har trådd støttende til, og de har samarbeidet om å følge et hasj-avvenningsprogram på nett, uten at det har ført frem. Det er blitt mer og mer klart for dem begge at Siri trenger psykologhjelp for å mestre problemer som kan ligge bak både stresset og hasjbruken.

Kristin Lia er psykologspesialist, ansatt ved Familieambulatoriet i Helse Bergen der gravide og familier med rusmiddelrelaterte utfordringer kan få oppfølging under graviditeten og i barnets første leveår. Kristin bruker feedbackverktøyet Klient- og resultatstyrt praksis (KOR, se side 8) i all samtalebehandling, også i samtalene med Siri som skjer hjemme hos henne.

Mor er til stede de første samtaletimene. Siri viser en litt avvisende og utfordrende side, men de «snappy» kommentarene kommer sjeldnere når hun og Kristin etter hvert møtes alene. Et tema er at Siri frykter kjæresten skal ta for stor plass i deres fremtidige samliv. For Kristin er det tydelig at det de arbeider med, er relevant for Siri. Mellom timene prøver Siri ut nye strategier for å mestre stress, med hell. ORS-kurven bekrefter det. Siris SRS-skår er likevel like lav. Hvorfor?

På direkte spørsmål forklarer Siri at hun synes det er vanskelig å snakke om abstrakte temaer. Hun forteller at hun «var innom BUP» rett før hun ble 18. Der tok de blant annet en test som kunne tyde på at Siri hadde en autismespekterdiagnose. Samtalene på BUP ble avbrutt da Siri ble 18 år, Siris liv ble dessuten bedre, og etterpå har hun ikke reflektert så mye over hva denne testen viste.

Påfølgende samtale blir viet hvordan autismespekterlidelser kan gi seg uttrykk: Noen har lett for å bli overveldet, andre kan ha problemer med grensesetting eller med å forstå nyanserte sosiale signaler. Siri synes hun kjenner igjen mye av det hos seg selv, nå som hun skal orientere seg mot graviditeten og samboerskapet. Blir disse medfødte trekkene tydeligere nå? De diskuterer om rusmiddelbruken har spilt en rolle for Siri når hun vil «koble ut» fra angst og grubling over fenomener som den medfødte tilstanden kan forklare?

Kristin og Siri jobber godt med dette, synes psykologen. Heller ikke i påfølgende samtaler skårer Siri særlig mye høyere på SRS, men den nye kunnskapen om Siris kognitive utfordring gjør det lettere å forklare. Siri skå-



Foto: Katrine Sunde, Haukeland universitetssjukehus

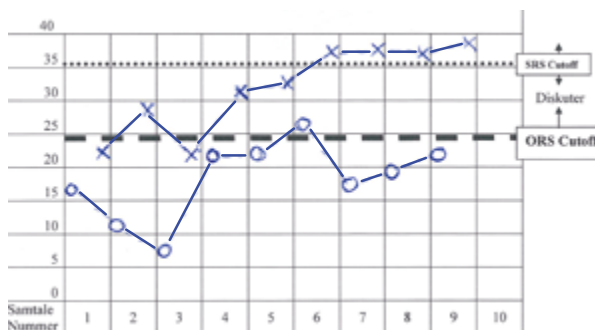
rer som om hun skulle ta et «snapshot», og synes det er vanskelig å se avkryssningene som et abstrakt mål på prosessen. Hun sier også at hun tenker på alt til høyre for midten som «bra». Siri synes de arbeider godt sammen. Hun sier at hun opplever å bli forstått, men ganske ofte opplever ikke å forstå hverken Kristin eller andre. Aller vanskeligst er det å bli stilt åpne spørsmål.

De blir enige om at Kristin i fremtiden ikke skal stille åpne spørsmål, noe Kristin er nøye med å følge opp. De kommer senere tilbake til hvordan ting kan bedre seg ved at man sier fra. Akkurat som det gjorde da Siri ba Kristin ikke stille så åpne spørsmål.

– Det kan gi overgangsverdi i andre situasjoner, tror Kristin. Hennes erfaring med å bruke feedbackverktøyet er at dersom pasienter får gitt tilbakemeldinger som de føler blir tatt godt imot, kan det gi stigning i ORS også. Etter to måneder i denne terapien skjer det nettopp at ORS og SRS følges ad.

I timene fremover arbeider de to med oppgaver knyttet til praktisering av grensesetting og til å vise mer fleksibilitet i hverdagslige situasjoner. Siri «serverer» fortellinger om at hun har klart å gjøre ting på sparket og være spontan. Hun føler seg mindre urolig og har sluttet å bruke cannabis.

I arbeidet med gravide har man ofte dårlig tid. Kristin tror ikke hun og Siri hadde kommet så raskt til de relevante temaene hvis ikke feedbackverktøyet hadde satt dem på sporet. Ved slutten av terapien ligger SRS godt over cut-off.





Bruk av feedbackverktøy på avstand

Pandemien har budt på erfaringer med å tilby samtalerapi via video eller telefon i stedet for i fysiske samtalerom. Kan feedbackverktøy gjøre det lettere for pasienter som ønsker det, å motta rusbehandling via skjerm?

I likhet med andre ruspoliklinikker måtte Blå Kors Borgestadklinikken i 2020 flytte all sin polikliniske behandling over til digitale flater på grunn av pandemien. Heldigvis hadde klinikken lagt en plan for å tilby de pasientene som ønsket det, behandling via skjerm.

– Da nedstengningen var et faktum, hev vi oss rundt og brå-effektuerte planen, forteller psykologspesialist Annette Wolf El-Agroudi. I løpet av én uke var kameraer og annet utstyr på plass på alle behandlernes kontorer. Få pasientløp ble avbrutt som følge av pandemien.

Blå Kors Borgestadklinikken har lang tradisjon for å bruke feedbackverktøy. Ved utbruddet av pandemien hadde 80 prosent av terapeutene tatt i bruk PCOMS, noe de fortsatte med da de måtte slutte å møte pasientene fysisk. Poliklinikken har lengst erfaring med verktøyet på klinikken (se side 8). Annette Wolf El-Agroudi, som har over 10 års erfaring i bruken av feedbackverktøy, mener at PCOMS fikk ekstra nytteverdi da betingelsene for å tilby rusbehandling endret seg dramatisk. – Feedbackmålingene er minst like viktige når pasientmøtene er digitale, sier hun.

Etter utbruddet var klinikkens behov å få raskest mulig en oversikt over status hos pasientene. For noen pasienter var det verre enn for andre at så mye i livene deres tok en uventet vending og behovet for terapi ble større. Tilbakemeldingsskjemaene ble til god hjelp for å vurdere pasientenes livskvalitet og situasjon, ifølge

Annette Wolf El-Agroudi. – Skjemaene hjalp oss til å fokusere på det emosjonelle innholdet som pasientene rapporterte: gå rett på sak og ikke bli avsporet av alt det de nye rammene medførte.

Christian Moltu ved psykiatrisk klinikk i Helse Førde har erfart det samme. Fagsjefen er en av gründerne av Norse Feedback og både forsker på og bruker dette feedbackverktøyet (se side 9) daglig, også etter at Covid-19 gjorde det nødvendig å erstatte samtaler i det fysiske behandlingsrommet med video- eller telefonsamtaler.

– Det fysiske behandlingsrommet gir en trygg ramme rundt terapien, ansikt-til-ansikt-kontakt hjelper oss til å holde fokus og gir klinikerne et godt inntrykk av hvordan pasienten har det «på innsida». I telefon- eller videosamtaler kan det være vanskeligere å lese pasienten, og lett å la seg avspore, sier Moltu.

Ifølge ham hjelper et godt tilbakemeldingssystem terapeuten til å rette fokus på hvordan en har det «på innsida», hva en mestrer og hva som er vanskelig.

– Ønsker pasientene som møter sin terapeut på nett å unngå at samtaler handler om følsomme tema?

Annette Wolf El-Agroudi svarer: – Ingen tilbakemeldinger tyder på at vi må være mer forsiktige med å berøre spesielt følsomme tema i digitale møter. Hvis behandlerne er skeptiske og utrygge på hvilke tema man kan og ikke kan ta opp i digitale møter, blir pasientene også utrygge. Men det er greit å få klare signaler fra pasienten om hva som er relevant for ham eller henne på forhånd. Tilbakemeldingssystemet hjelper klinikerne på sporet av den enkeltes individuelle tilfriskningsprosess, hva som er relevant akkurat nå og hvordan han eller hun har det.

Moltus erfaring er at det blir en større ro over samtalen der pasienten har meddelt seg helhetlig gjennom

tilbakemeldingsverktøyet. Dermed kan en gå rett på det som pasienten trenger å bruke tid på.

Moltu erfarer også at det å ha pasienters tilbakemeldinger lagret digitalt, gir pasientgruppen trygghet på at de ikke blir oversett i en krisetid der for eksempel behandlere beordres til andre oppgaver, blir syke eller må gå i karantene.

– Noen var redde for at de da ville falle ut av systemet, uten å ha noen vitner til hva de strever med og hvordan det går med dem. Men Norse Feedback kan gi behandlergruppen beskjed dersom det begynner å bli ekstra vanskelig for noen, ut fra hva de selv har rapportert. Ved fravær av behandlere hjalp det oss med å sikre at pasienter som slet, likevel ble lagt merke til.

I hvilken grad vil de to behandlerne fortsette med digitale konsultasjoner, med støtte av feedbackverktøy, også etter at pandemien er over?

For Blå Kors Borgestadklinikken del anslår Annette Wolf El-Agroudi at 20–30 prosent av pasientene vil fortsette å møte sin behandler på nett, selv når smittevernet ikke gjør det nødvendig lenger. De fleste vil nok ønske å beholde fysiske møter.

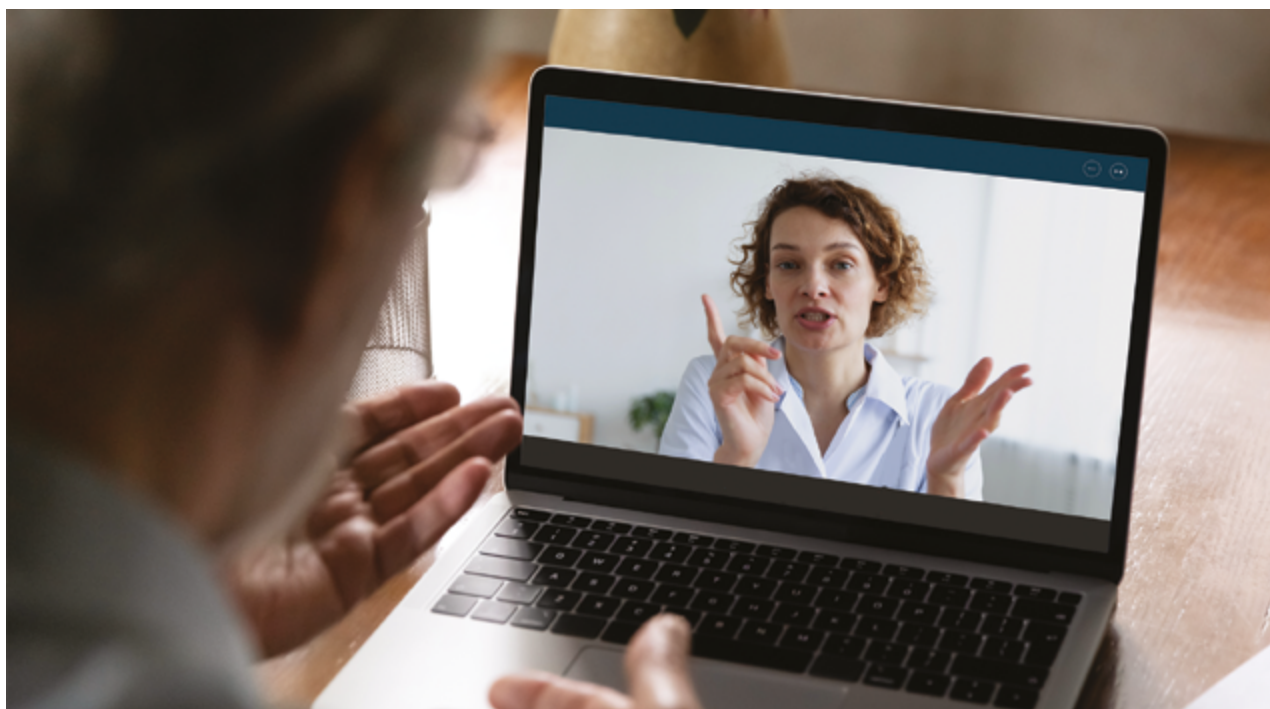
– Isolasjonen har vært en påkjenning for mange. De er stressa og utrygge og trenger å bli tatt vare på. Fysiske

møter gir bedre muligheter for å ivareta hverandre relasjonelt og gi trygghet, sier hun.

Anslagsvis mellom 20 og 30 prosent av konsultasjonene ved Helse Førde kommer nok til å være digitale etter at pandemien er over, antar fagsjefen. Han understreker at det er viktig å beholde muligheten for å bruke feedbackverktøy uavhengig hvordan pasient og terapeut velger å møtes.

– Systematiske tilbakemeldinger kan være en støtte som forsterker nytten av digitale konsultasjoner. Forutsetningen er at det foreligger en god, integrert teknologisk løsning. For at det skal fungere i praksis må pasientene kunne gi tilbakemelding på telefon eller PC, og behandleren må kunne gå igjennom tilbakemeldingene i forkant av behandlingen.

– **Norse Feedbacks styrke** er at det gjør det mulig for pasienten å gi tilbakemeldinger om livet i en vid kontekst. Ved hjelp av teknologi tilpasses spørsmål til hver enkelt utfra en meny på 90 spørsmål. Det er disse pasientene senere rapporterer på. Dette øker sjansen for at mange ulike dimensjoner i pasientens liv kan tas med inn i det terapeutiske rommet. Det kan bidra til å høyne det terapeutiske presisjonsnivået, også når det terapeutiske rommet er digitalt, understreker Moltu.



Kan feedbackverktøy gjøre det lettere for pasienter som ønsker det, å motta rusbehandling via skjerm? (Illustrasjonsfoto)

Feedbackvett

1. **Planlegg hvordan** du vil bruke feedback verktøy, og meld fra til pasientene og omverdenen at du bruker det.
2. **Tilpass bruken** etter evne og forhold.
3. **Ta hensyn til** pasientens situasjon – husk at feedbackverktøy bare er et hjelpe middel.
4. **Vær forberedt** på uventede tilbakemeldinger, selv fra kjente pasienter.
5. **Ta i bruk** moderne teknologi for å hjelpe deg selv og andre.
6. **Bruk kjente** verktøy. Gjenkjenn ekte tilbakemeldinger.
7. **Bruk verktøyet** systematisk i samtalene. Vit alltid hvor du er.
8. **Vend i tide**, det er ingen skam å justere kursen.
9. **Spar på** tilbakemeldingene og søk vei ledning om nødvendig.



Se opplæringsfilmer på nettet:



A screenshot of a YouTube search results page for the query 'tsb.no'. The page shows six video thumbnails arranged in a 3x2 grid. The top-left thumbnail is a title card for 'INTRODUKSJON til feedback-verktøy i rusbehandling' from Oslo Universitetssykehus. The top-right thumbnail shows a woman and a man in conversation. The middle-left thumbnail is a title card for 'Feedbackverktøy og rusbehandling – hvilken betydning har det egentlig?' from Oslo Universitetssykehus. The middle-right thumbnail shows a man, identified as Espen Ajo Arnevik, PhD, Leader RusForsk. The bottom-left thumbnail shows a woman speaking. The bottom-right thumbnail is a cartoon illustration of two men, one saying 'Bla bla bla' and the other thinking 'Detto hjelper ikke meg...' with the caption 'Trond stoler på sin gode "teft"...'.

Tilbakemeldinger øker gleden ved rusbehandling

I flere år har jeg arbeidet for at feedbackverktøy skal tas i bruk på en systematisk måte i TSB. Jeg har en genuin tro på at dette er et viktig redskap for oss som jobber i rusfeltet.

Av Hilde Harwiss, prosjektleder
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Fellestrekket for de fleste av oss som velger å jobbe med rusbehandling er at vi gjør det fordi vi ønsker å hjelpe, være til nytte for noen, utgjøre en forskjell. Uavhengig av om det er kunnskap fra medisin, psykologi eller sosialfag som er vårt faglige utgangspunkt, gir det oss glede å bety noe for andre. Uten den bekreftelsen er det vanskelig å orke å fortsette å arbeide som behandler.

Jeg har vært med på å skrive fagartikler, laget e-læringskurs og opplæringsfilmer, og arrangert mange kurs, seminarer og nettverkssamlinger, digitale og fysiske, landet rundt. Underveis har jeg møtt fagfolk som formidler glede og stolthet over å kunne tilpasse behandlingen til akkurat sin pasient. Det er dette det handler om når vi sier at vi skal heve kvaliteten på rusbehandling ved å bruke tilbakemeldinger systematisk



– at den enkelte pasient får individuelt tilpasset behandling på veien mot et bedre liv.

Når vi som behandlere *tør å spørre* den enkelte pasient om hva som skal til for at hen skal oppsøke rusbehandling, og hvordan den konkrete behandlingen oppleves, får pasientene en reell mulighet til å være i sentrum og lede sin egen tilfriskningsprosess. Bruk av feedbackverktøy er et konkret virkemiddel for at brukerstemmen kommer tydeligere og mer systematisk frem i behandlingen. Tør vi lytte, får vi ærlige svar.

Det er godt dokumentert at behandlere sjelden klarer å identifisere pasienter med negative utfall av behandling eller risiko for drop-out. Vi overvurderer effekten av valgt behandlingstilnærming eller feilvurderer opplevelsen av relasjonen. Men vi vet samtidig at når vi får tilbakemeldinger fra pasienten om at behandlingsmetoden ikke fungerer, eller at relasjonen skurrer, da justerer vi kursen. Vi vil jo det beste for pasientene våre, selv om det av og til gjør vondt å endre seg – også for oss som behandlere.

Forskning om og kliniske erfaringer fra bruk av feedbackverktøy i rusbehandling viser at de behandlerne som tør å spørre, får gode og ærlige svar. Svar som de må lytte til. Tilbakemeldingene fra pasientene kan brukes til å justere kursen, ikke bare for den enkelte pasient, men også for hva vi som fagmiljø tilbyr pasientene våre. Har vi et arbeidsmiljø preget av god tilbakemeldingskultur, kan vi lettere justere behandlingsopplegget vi tilbyr og i større grad lage skreddersøm. Det betyr ikke at vi som enkeltbehandlere blir mindre viktige. Eller at kvalitetskrav i nasjonale faglige retningslinjer kan overses. Tvert imot.

Denne utgaven av vår skriftserie oppsummerer erfaringer. Det ligger en egen *kraft i å koble kunnskap*. Vi håper det inspirerer til at mange flere behandlere og virksomheter i rusbehandling tar i bruk feedbackverktøy. De av dere som allerede bruker feedbackverktøy, håper vi vil dele erfaringer i nettverk og på andre arenaer. Tilbakemeldinger øker gleden og styrker fagfokuset i rusbehandling!

Kilder

Lær mer om feedbackverktøy på tsb.no, og på Nasjonal kompetansetjeneste TSBs YouTube-kanal. E-læringskurs om feedbackverktøy er tilgjengelig i helseforetakenes læringsportaler og på tsb.no.

- Arnevik, E.A. (2016) Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, 2:020.
- Bordin, E.S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Brattland, H. (2018) *For whom, when, and how does Routine Outcome Monitoring (ROM) improve psychotherapy outcomes? A randomized clinical trial and a qualitative study at a hospital mental health center*. Doctoral theses. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Brattland, H., Høiseth, J.R., Burkeland, O., Inderhaug, T.S., Binder, P.E. & Iversen, V.C. (2018) Learning from clients: A qualitative investigation of psychotherapists' reactions to negative verbal feedback. *Psychotherapy Research*, 28(4), 545–559.
- Brattland, H., Koksvik, J.M., Burkeland, O., Gråwe, R.W., Klöckner, C.A., Linaker, O.M., Ryum, T., Wampold, B.E., Lara-Cabrera, M.L. & Iversen, V.C. (2018) The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652.
- Brattland, H., Koksvik, J.M., Burkeland, O., Klöckner, C., Lara-Cabrera, M.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Ryum, T. & Iversen, V.C. (2019) Does the working alliance mediate the effect of routine outcome monitoring (ROM) and alliance feedback on psychotherapy outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 66(2), 234–246.
- Brorson, H.H., Arnevik, E.A. & Rand, K. (2019) Predicting Dropout from Inpatient Substance Use Disorder Treatment: A Prospective Validation Study of the OQ-Analyst. *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 13, 1–9.
- Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychological Review*, 33(8), 1010–1024.
- Flor, J.A. & Kennair, L.E.O. (2019) *Skadelige samtaler – myten om bivirkningsfri terapi*. 1. utg. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2005) A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163.
- Horvath, A.O. (u.å.) Working Alliance Inventory [Nettressurs]. Tilgjengelig fra: <https://wai.proffhorvath.com/> (Hentet: 28.06.21).
- Kvaal, B., Øiern, T., og Harwiss, H.L. (2016) *Hindre drop-out fra rusbehandling – Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt*. Skriftserie nr. 2. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste TSB.
- Lambert, M.J. (2010) *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association.
- Moltu, C. (2011) *Being a therapist in difficult therapeutic impasses: A hermeneutic-phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well*. Doctoral theses. Bergen: The University of Bergen.
- Norse Feedback (u.å.) [Nettressurs]. Tilgjengelig fra: <https://www.norsefeedback.no/> (Hentet: 28.06.21).
- Norse Feedback i TSB, Helse Midt-Norge – en underveisvaluering* (2020). Rapport.
- Partners for Change Outcome Management System (u.å.) Better Outcomes Now [Nettressurs]. Tilgjengelig fra: <https://betteroutcomesnow.com/> (Hentet: 28.06.21).
- Solstad, S.M., Kleiven, G.S., Castonguay, G. og Moltu, C. (2020) Clinical dilemmas of routine outcome monitoring and clinical feedback: A qualitative study of patient experiences. *Psychotherapy Research*, 31(2), 200–210.

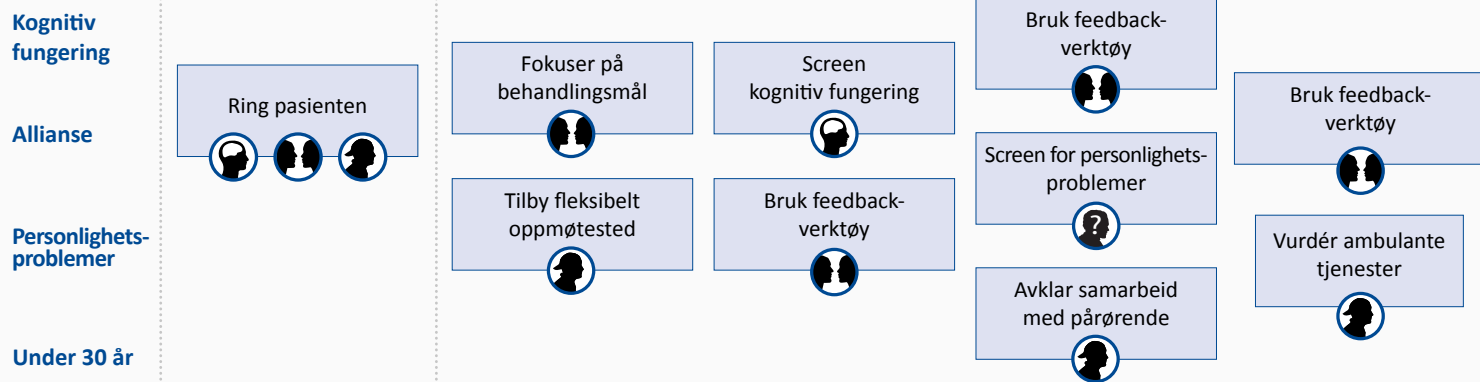
HINDRE DROP-OUT FRA RUSBEHANDLING

Lav allianse er én av fire risikofaktorer for å droppe ut av rusbehandling. Ta e-læring om å hindre drop-out og bestill en gratis sjekkliste til bruk i hverdagen.



Sjekklisten er lett tilgjengelig hvis den plasseres under tastaturet. Den finnes på norsk og samisk og kan bestilles fra tsb@ous-hf.no. (Illustrasjonsfoto)





Forskning viser at ...

Metode/verktøy

Kliniske tips

Kognitiv
fungering

Det er en klar sammenheng mellom kognitiv fungering og risiko for drop-out. Svikt i kognitiv funksjon påvirker blant annet evnen til å håndtere flere oppgaver på én gang og takle tidspress. Svekket oppmerksomhet, evne til abstrakt resonnering, hukommelse og impuls kontroll kan være hindre i behandlingen.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) er et kognitivt screening-instrument tilpasset ruspasienter.

Kort (10 min), gratis og enkelt å bruke.

Se www.mocatest.org

Informér om hvordan kognitiv funksjon kan påvirke behandlingen. Unngå sammenblanding kognitiv svikt / intelligens.

- Videre utredning?
- Timepåminnelse på sms?
- Kortere terapitimer?
- Vurdere gruppetyper?
- Bruke eksempler og bilder?



Allianse

Lav terapeutisk allianse gir økt risiko for drop-out. Pasientens engasjement og forpliktelse øker ved enighet om mål.

Feedbackverktøy gir fortløpende informasjon om pasientens utvikling og gjør det enklere å vurdere om riktig behandlingstilnærming er blitt valgt.

Aktuelle feedbackverktøy:
Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)

Outcome Questionnaire-45 (OQ-45.2)

• Avklar forventninger og evt. praktiske hindringer når pasienten ønskes velkommen.

- Motiverende intervju (MI) er eksempel på en metode for samarbeid om behandlingsmålsettinger.
- Feedbackverktøy identifiserer forhold som gjør at pasienter ikke oppnår bedring eller opplever forverring.

Personlighets-
problemer

Pasienter med personlighetsforstyrrelser har en økt sårbarhet for drop-out. Særlig utsatt er pasienter med personlighetsforstyrrelser preget av lav frustrasjonstoleranse, impulsivitet, vanskeligheter for å ta ansvar for egne handlinger og problemer med å opprettholde relasjoner.

Iowa Personality Disorder Screen (IPDS) er et screeninginstrument som med 85 % sikkerhet identifiserer pasienter med personlighetsforstyrrelse ved hjelp av 11 ja/nei-spørsmål.

Ved eventuelt > 4 ja-svar bør pasienten utredes videre av psykolog/lege.

- Tematiser oppmøte.
- Foregrip pasientens frustrasjon med terapi eller terapeut.
- Sørg for at temperaturen ikke er mer enn "lunken" under terapien, ikke fremprovoser sterke følelsesutbrudd.
- Juster behandlingsplan.
- Videre utredning?



Under 30 år

Yngre pasienter har økt risiko for drop-out. Fokus på samarbeid med pårørende, høy grad av støtte og liten grad av kontrollering av pasienten kan motvirke drop-out.

Å tegne nettverkskart sammen med pasienten kan være et virkemiddel for å finne ressurser og samarbeidspartnere i pasientens nettverk.

- Tilpass pasientinformasjon til unge i behandling.
- Tilby pasienten å ha med en venn eller familiemedlem i samtaler.
- Ambulant tilbud?

EKSPERTMAKT

MEDVIRKNING

ALLIANSEBRIST

RELASJON

IKKE-MØTT

OPPSØKT

STANDARDTILBUD

TILPASSET

FORTIE

LYTTE

OVERSE

KARTLEGGE

ANTA

FEEDBACK

RUS

MESTRING

Hva skjer egentlig i rusbehandling?

Er det bare jeg som må endre meg?

Pasient ved roret?

I behandling for enhver pris?

Systematiske tilbakemeldinger

Hør på meg, lytt, snakk med meg!

Gjør du det du har lovet?