

"Hvordan kan vi dokumentere, at det vi laver virker?"

- Om systemisk og narrativ terapi i en verden, hvor "evidens" er blevet en magtfaktor.

Af Susanne Bargmann og Laura Tang Jensby

Hverdagen for terapeuter i Danmark har ændret sig markant indenfor de sidste 10 år. Tiderne er skiftet for familierapifeltet, og vi står som terapeuter og familiebehandlere i en ny situation. Vi kan ikke længere frit vælge hvordan vi vil arbejde, men bliver mødt med krav om at kunne dokumentere effekten af vores arbejde og krav om at arbejde med evidensbaserede metoder. Alt sammen i et forsøg på at sikre kvaliteten af vores arbejde, og forbedre den ydelse vi leverer. Vi kan med andre ord ikke længere vælge om vi vil forholde os til evidens, men står overfor spørgsmålet om "hvordan kan vi forholde os til det?".

I sidste nummer af Systemisk Forum beskrev vi, hvordan det medicinske paradigme er blevet dominerende i vores forståelse af evidens, hvilket blandt andet viser sig i en stadig stigende forventning til, at terapeuter anvender evidensbaserede metoder og teknikker. Men hvor efterlader det systemiske og narrative terapeuter? En oplagt mulighed er naturligvis at opgive sin primære tilgang, og i stedet dygtiggøre sig indenfor en af de evidensbaserede teknikker. Men der er også en anden mulighed. Som lovet i sidste nummer af Systemisk Forum, vil vi i denne artikel vende vores opmærksomhed mod et alternativ til den medicinske form for evidensbasering (Bargmann, Vinter & Holme, 2009). Denne

form for evidensbasering tager sit udgangspunkt i det kontekstuelle paradigme (som beskrevet i sidste nummer), og kaldes Feedback Informed Treatment (FIT) (Miller & Bargmann, 2011).

Hvad er Feedback Informed Treatment (FIT):

Som beskrevet i sidste nummer af Systemisk Forum tager FIT sit udgangspunkt i den kontekstuelle forståelse af psykoterapi: Vi kan ikke skabe en generel evidens for specifikke behandlingsmetoder, men må i stedet vende vores blik imod at "evidensbasere" hvert enkelt behandlingsforløb med hver enkelt klient. For at kunne gøre dette, anvendes to korte evalueringsskemaer i hver session med klienterne: ORS (the Outcome Rating Scale) og SRS (the Session Rating Scale) (Miller & Duncan, 2000; Miller, Duncan et al., 2003) (Se figur 1).

Med ORS måler man effekten af behandlingen fra session til session, og med SRS måler man løbende den terapeutiske alliance. FIT fungerer med andre ord til løbende at holde øje med effekten af behandlingen, og dermed sikre kvaliteten af den behandling man tilbyder. Begge skemaer er korte (4 spørgsmål), og udfyldes af klienterne, og er testede og validerede igennem adskillige studier, hvor de har vist solid pålidelighed (reliabilitet) og validitet (Miller, 2010). Skemaerne tager under et minut at udfylde og score, hvilket gør det muligt at anvende i en almindelig klinisk praksis. Data fra ORS kan bearbejdes statistisk, og man kan dermed beregne og dokumentere effekten af den behandling man leverer uanset teoretisk tilgang eller metode.

Susanne Bargmann 26/7/12 16.42

Comment [1]: Redaktør: Kan vi indsætte små billeder af ORS og SRS - jeg har vedhæftet dem mailen.f

En væsentlig pointe omkring FIT er at anvendelsen ikke forudsætter en bestemt teoretisk tilgang. FIT er en meta-teoretisk tilgang, der fokuserer på de fælles terapeutiske faktorer (som f.eks. alliancen og klientens engagement i behandlingen) som findes på tværs af teoretiske skoler. Terapeuterne skal med andre ord arbejde som de plejer, men lade sig informere af den specifikke feedback de opnår fra klienterne, når de anvender skemaerne. Anvendelsen af FIT sikre en meget direkte brugerinddragelse i tilrettelæggelsen af behandlingen, og klientens stemme bliver et centralt fokus, når terapeuten skal vurdere behandlingen, og f.eks. tage stilling til ændringer og justeringer af behandlingen (Andersen & Holme, 2002; Andersen, 2003). På den måde lever FIT op til APA's definition af Evidensbaseret praksis (2006):

"Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences." (APA, 2006, s.273).

Videre anbefaler APA, at kliniske beslutninger skal træffes i samarbejde med klienten, og anbefaler løbende monitorering af effekten af behandlingen, for klienten, med det formål at kunne justere behandlingen, hvis den ikke virker:

"Clinical expertise also entails the monitoring of patient progress (and of changes in the patient's circumstances – e.g. job loss, major illness) that may suggest the need to adjust the treatment (Lambert, Bergin & Garfield, 2004). If progress is not proceeding adequately, the psychologist alters or addresses problematic aspects of the treatment (e.g., problems in the therapeutic relationship or in the

implementation of the goals of the treatment) as appropriate.” (ibid., s.276-77).

FIT i praksis:

Anvendelsen af FIT i praksis består i, at terapeuten helt fra begyndelsen af samarbejdet med klienten/klienterne arbejder for at skabe en tryk og sikker atmosfære, hvor klienterne føler sig inviteret til åbent at vurdere deres oplevelser af både effekt og alliance. Terapeuterne skaber med andre ord, helt fra begyndelsen, en ”feedback-kultur” i rummet (Miller & Bargmann, 2010). Det væsentlige er at signalere, at klienternes feedback er vigtig og bliver taget alvorligt, samtidig med at den bliver mødt positivt, åbent og imødekommende. Empiriske studier fra både sundhedssystemet og erhvervslivet har vist, at kunder der føler sig tilfredse med måden *fej* i ydelsen blev håndteret på, generelt er *mere* tilfredse i slutningen af forløbet, end de kunder som slet ikke oplevede problemer i forløbet (Flemming & Asplund, 2007). I psykoterapi viser det sig, at de mest effektive behandlere konsekvent får lavere score på standardiserede allianceskemaer i begyndelsen af terapien, hvilket giver mulighed for at diskutere og håndtere udfordringer i alliancen (Miller, Hubble & Duncan, 2007).

Case eksempel:

Marie er 13 år gammel og kommer til samtaler, efter at hendes mor har kontaktet en psykolog og fortalt om de problemer hun og faderen oplever med Marie: Hun isolerer sig på sit værelse, og virker trist og deprimeret. Mor tror, at

Marie helst vil komme alene til den første samtale, og det ønske efterlever psykologen. Psykologen (P) introduceret kort hvordan hun tænker dagens time skal foregå, og præsenterer til slut også FIT:

P: Det er vigtigt for mig at sikre, at du får det ud af vores samtaler, som du ønsker. Derfor bruger jeg hver gang to korte spørgeskemaer, for at holde øje med hvordan du synes det går. Din tilbagemelding på vores samarbejde er helt central for at jeg får hjulpet dig med det du kommer med, og derfor vil jeg bruge skemaerne hver gang vi mødes, så vi holder øje med hvordan tingene udvikler sig. Her i starten vil jeg bede dig udfylde et skema som handler om hvordan tingene går i dit liv (viser Marie ORS), du skal markere på hver af de 4 linjer, hvordan du synes du har haft det den sidste uge, inden du kom her for at tale med mig. Jo længere mod venstre du sætter din markering, jo dårligere jo længere mod højre, jo bedre.

Marie nikker kort og begynder at udfylde skemaet, og psykologen scorer skemaet med det samme – Maries samlede score ligger på 30. En score på 30 på ORS ligger over det kliniske cut-off (på 25), hvilket kan signalere at klienten oplever at livet går okay, og ikke typisk ville opsøge en psykolog. Psykologen bliver derfor nysgerrig efter hvad Maries score på ORS betyder:

P: Som du kan se ligger din score i den høje ende, altså over den stiplede linje. Det kan betyde, at du selv tænker, at du har det meget godt, og ikke har behov for samtaler, eller at du måske har et specifikt, afgrænset problem, du vil tale med mig om. Det kan også

betyde noget helt andet – jeg bliver nysgerrig efter hvordan det giver mening for dig?

Marie: *Jeg ved slet ikke, hvad jeg skal tale med dig om. Jeg synes, at jeg har det meget godt. Men min mor og far synes jeg skal komme her, så derfor*

P: *Okay ... så jeg bliver nysgerrig efter om du ville hjælpe mig med at forstå, hvordan din mor og far tænker du har det? Hvis du tager det her skema (giver Marie et nyt ORS skema), hvordan ville din mor og far vurdere at du har det?*

Marie svarer hurtigt på skemaet, og de nye scorer viser et helt andet billede: Når hun skal score på sine forældres vegne, scorer hun 17, hvilket ligget et godt stykke under den kliniske cut-off og dermed signalerer at mor og far tænker at Marie har problemer, som hun bør have hjælp med.

P: *Det ser ud som om, at du tænker, at dine forældre er bekymrede for dig. Hvad er de så bekymrede for?*

Marie: *Det er nok fordi de slet ikke ved, hvordan jeg har det. De ser mig jo aldrig sammen med mine venner eller i skolen. Der har jeg det sjovt.*

P: *Vil det sige, at hvis dine forældre vidste mere om hvordan du har det sammen med dine venner eller i skolen, ville de ikke være så bekymrede?*

Marie: *Ja. Så ville de ikke være bekymrede. Det er nok fordi de kun ser mig derhjemme. Der gider jeg ikke rigtig, at tale med dem, fordi*

jeg bare har brug for at være mig selv og lade op. Jeg kommer kun ud i stuen, når vi skal spise aftensmad.

P: *Kan det tænkes, at det er det vi skal tale om. Altså hvordan du kan hjælpe din mor og far med at se og forstå, at du egentlig har det meget godt?. Det er bare en idé?*

Marie: *Ja det kunne jeg godt tænke mig faktisk*

Resten af timen bruger Marie og psykologen på at tale om og udvikle idéer til hvordan hun kan vise forældrene, at hun har det godt, og Marie har mange ideer som bliver skrevet på tavlen. Da der er fem minutter tilbage beder psykologen hende om at udfylde SRS skemaet. Marie scorer 35 – en score som befinder sig en smule under SRS cut-off (36). Hun viser altså at timen på mange måder har været god, men samtidig bliver psykologen nysgerrig efter at udforske om Marie kunne have ideer til, hvad der kunne gøre timen endnu bedre.

P: *Det ser ud som om, at du overvejende har været glad for timen, men at der stadigvæk er lidt, vi kan gøre bedre til næste gang. Har du nogle idéer til, hvad det kunne være. Jeg ville være glad for at vide den mindste ting, du kunne komme i tanke om, som kunne gøre en forskel?.*

Marie: *Hm... Ja men jeg synes det har været godt, specielt at du ikke er sådan en der borer rundt i ting, og at du lytter til mig. Jeg synes også, at det var godt alt det du skrev op på den tavle.*

P: *Godt at du siger det, det vil jeg huske at gøre igen næste gang. Kan du komme i tanke om noget du manglede, eller tænkte over undervejs. Den mindste ting?*

Marie: *Hm... nej ikke rigtig. Ikke andet end, at det føles lidt fjollet, at jeg skal sidde her alene. Nu hvor vi har talt om, at det kunne være godt, at mine forældre kendte lidt mere til hvordan jeg egentlig har det....*

Psykolog: *Så noget vi kunne ændre til næste gang er, at invitere dine forældre med, så du ikke skal sidde her alene?*

Marie: *Ja, ville jeg rigtig gerne...*

Marie og hendes forældre kommer efterfølgende til en enkelt time, hvor Marie får chancen for at fortælle forældrene mere om sit liv, og hvor forældrene får muligheden for at spørge til nogle af deres bekymringer. Efter timen bliver de enige om at de har fået den hjælp de ønskede, og forældrene føler sig lettede over at de ikke behøver at være så bekymrede for Marie. For både Marie og psykologen var Maries tilbagemeldinger på ORS og SRS en hjælp til at fokusere deres samarbejde, så Marie fik den hjælp hun ønskede.

FIT og Evidens

Ved at anvende FIT opnås ikke blot den umiddelbare terapeutiske gevinst, som beskrevet i case-eksemplet. Data fra ORS og SRS kan samles og bearbejdes statistisk, og vil dermed give terapeuten et mål for effekten af hans/ hendes arbejde. Med andre ord kan FIT anvende til at generere lokale effektmål eller lokal evidens for behandlingens effekt. Dette gøres ved at indsamle data i et af de anerkendte data-systemer, som f.eks. det dansk producerede FIT-Outcomes (www.fit-outcomes.com). Den virkelige gevinst ved disse beregninger er ikke blot at det tilfredsstiller det politiske system, men især at det giver os som

terapeuter en mulighed for at anvende vores data målrettet, når vi arbejder for at udvikle os fagligt og professionelt. Dette vil være et af temaerne for Susanne Bargmann's oplæg på STOK's årsmøde i november.

Indefor det næste år kommer der til at ske nogle meget interessante udviklinger i forhold til FIT, som kan vise sig at gøre anvendelsen af ORS og SRS endnu mere relevant for f.eks. systemiske og narrative terapeuter. Indenfor det næste år vil FIT opnå godkendelse som evidensbaseret praksis af det amerikanske organ SAMSHA (www.samsha.org), som godkender evidensbaseret praksis i USA. Både NICE og den danske sundhedsstyrelse følger SAMSHA's godkendelser, hvilket betyder at terapeuter alene ved at anvende ORS og SRS, også i Danmark vil anerkendes som terapeuter, der arbejder med evidensbaseret praksis.

Konklusion

FIT er som beskrevet en meta-teoretisk tilgang med fokus på brugerinddragelse, individuel tilpasning af behandlingstilbud og transperans. Når systemiske og narrative terapeuter skal tage del i den stadig mere presserende debat omkring evidens ser vi FIT som et reelt alternativ, som giver mulighed for at kunne dokumentere effekten af det arbejde vi laver på en måde, som er i overensstemmelse med mange af de værdier som er centrale i systemisk og narrativ terapi, som f.eks. ydmyghed, åbenhed, nysgerrighed, ligeværd og transparens. Samtidig åbner FIT nye og spændende muligheder i forhold til at fokusere sin faglige udvikling mere specifikt ved hjælp af den indsamlede data.

Til det kommende Årsmøde i STOK til november vil Susanne Bargmann holde et oplæg om FIT i systemisk og narrativ praksis.

Referencer:

Andersen, S. Ø. & Holme, M. (2002): "Med klienten ved roret", *Psykolognyt* (21), s. 12-17

Andersen, S.Ø. 2003: "Udvikling af den terapeutiske alliance – indførelsen af "den dialogiske komponent"", *Fokus på Familien* (4) s. 264-275

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, May-June 2006

Bargmann, S.Ø., Vinther, B. & Holme, M. (2009): "Nye veje for evidensbegrebet", *Psykolognyt* (21), s. 14-19

Fleming, J. & Asplund, J. (2007). *Human Sigma*. New York: Gallup press

Miller, S., Hubble, M., & Duncan, B. (2007). Supershrinks: Learning from the field's most effective practitioners. *The Psychotherapy Networker*, 31, 26-35, 56.

Miller & Bargmann 2011: "Feedback Informed Treatment: Improving the Outcome with Male Clients one Man at a Time" i Ashfield, J. "Doing Psychotherapy with Men", The Australian Institute of Male Health and Studies.

Miller, S. (2010). *Psychometrics of the ORS and SRS: Results from RCT's and Meta-Analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback*. Chicago, IL: ICCE.

Miller, S., Duncan, B., & Johnson, L. (2000). The Session Rating Scale. Chicago, IL: ISTC.

Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.