



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for psykologi

**One size does not FIT all: Terapeuters erfaringer med bruk av
tilbakemeldingsverktøyene i FIT i psykisk helsevern for barn og unge**

En kvalitativ undersøkelse av terapeuters opplevelser og erfaringer i bruk av FIT med barn og unge

Solveig Vårdal Harildstad
Hovedoppgave i Cand.Psychol, PSY- 2901
Desember 2021



**One Size does not FIT all: Terapeuters erfaringer med bruk av
tilbakemeldingsverktøyene i FIT i psykisk helsevern for barn og unge**

*One Size does not FIT all: A qualitative study of therapists' experiences with Feedback
Informed Treatment with children and adolescents*

Solveig Vårdal Harildstad

PSY-2901

Veiledere

Toril Sørheim Nilsen

Linda Svorken

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

Det helsevitenskapelige Fakultet

Institutt for Psykologi

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet

Desember 2021

Forord

Etter å ha hatt praksis på Psykhjelpen og jobbet i førstelinjetjenesten, var jeg inspirert til å undersøke andre kommunale helsetjenester i Tromsø kommune. I den forbindelse tok jeg kontakt med Lavterkselteamet og Linda Svorken. Vi møttes og pratet om mulige prosjekter som kunne vært interessant, og ut fra interesse for temaet ble valget et prosjekt om feedback informerte tjenester (FIT). FIT har fått økt oppmerksomhet innenfor forskning de siste årene. Det er imidlertid gjort få studier på FIT i sammenheng med arbeid med barn og unge, spesielt i Skandinavia. Vi ønsket å undersøke dette nærmere, ved å spørre hva slags opplevelser og erfaringer terapeuter som bruker FIT og jobber med barn og unge har.

Problemstilling, søknad til NSD og utforming av intervjuguiden ble gjort i samarbeid med veilederne. Linda Svorken rekrutterte deltakere til studien. Jeg har utført intervjuene, transkribert, analysert dataen og skrevet oppgaven.

Tusen takk til terapeutene som stilte opp på intervju, og generøst og ærlig delte deres tanker og opplevelser med meg! Takk til Linda Svorken og Toril Sørheim Nilsen for veiledning og interessante diskusjoner. Takk til Geir F. Lorem for kurs og opplæring av kvalitativ metode. Takk til medstudenter, spesielt på kontoret, for god faglig diskusjon og støtte gjennom et krevende semester

Sammendrag

Denne studien har til formål å undersøke opplevelser og erfaringer til terapeuter som bruker Feedback Informed Treatment i psykoterapi med barn og unge. Tidligere studier har vist sprikende funn med tanke på bruk av FIT og betydning for behandlingseffekt. Det er behov for mer utdypende kunnskap om hvordan FIT virker, spesielt i arbeid med barn og unge.

Seks terapeuter som jobber på BUP eller Lavterskelteamet ble intervjuet, og dataen ble transkribert og analysert via NVIVO. Resultatene fra studien omhandler synspunkter og meninger rundt implementering, nytteverdi, utfordringer og suksessfaktorer i bruk av FIT. Terapeutene opplever at FIT er nyttig i behandlingssammenheng på mange ulike måter, men opplever også utfordrende situasjoner som spesielt dreier seg om innhenting av tilbakemelding og å utføre gode justeringer. Brukermedvirkning ønsket fra mange hold, og terapeutene i denne studien opplever at FIT gir pasienter en mulighet til å påvirke og justere behandlingen sin. Samtidig er det behov for mer forskning på hva man skal gjøre når man ikke finner justeringer, i tillegg valideringsstudier av barneverksjonene av FIT.

Nøkkelord: Feedback Informed treatment, PCOMS, FIT i bruk med barn og unge, justeringer, implementering, terapeutperspektiv, psykoterapi av barn og unge, CORS, CSRS

Introduksjon

Flere tiår med forskning viser at psykoterapi er effektiv behandling for mange forskjellige mennesker med et vidt spenn av forskjellige psykiske problemstillinger (Budesu, 2020). Til tross for at det er en økning i forskning som publiseres, og videre utvikling av behandlingstilnæringer, er det lite dokumentert forbedring av effektiviteten av psykoterapi i dag sammenlignet med tidligere. Interessen og behovet for å effektivisere og optimalisere psykiskoterapi er stor. Systematisk tilbakemelding fra pasienter underveis i behandlingsforløpet har til formål å bedre utbytte av psykoterapi. De siste 20 årene har denne tilnærmingen fått betrakelig oppmerksomhet (de Jong et al., 2021).

Selv om psykoterapi bidrar til bedring i psykisk helse, er det også mange som ikke har utbytte av behandling, og en betydelig prosentandel opplever forverring mens de er i terapi. Blant barnepopulasjonen opplever 1 av 10 forverring, det vil si signifikant negativ utvikling på et eller flere mål (Wolpert et al., 2016). Hensikten med å benytte systematisk tilbakemelding fra pasienten gjennom behandlingsforløp er å kunne tilpasse behandling og intervensjoner til individet for å effektivisere psykisk helsevern (Brattland et al., 2018).

Routine Outcome Monitoring (ROM)-verktøy forsøker å supplere klinikerens vurdering, øke graden av samarbeid mellom terapeut og klient, og gjøre det mulig å holde øye med klientens framgang eller mangel på dette for å justere behandlingen. Uten ROM- verktøy blir allianse og nytteverdi av behandling vurdert etter terapeuten sitt kliniske skjønn. Dette er problematisk siden forskning viser at terapeuter har store vanskeligheter med å vurdere hvem som har utbytte av behandlingen og hvem som opplever forverring i løpet av forløpet (Bergman et al., 2018; Brattland et al., 2018). Studier dokumenterer at terapeuter som regel er overdrevet optimistiske når det gjelder hvor gode de er som terapeuter, og 90 % opplever seg

selv som langt over gjennomsnittlig gode sammenlignet med kollegaene sine (Boswell et al., 2015). Når behandlere bruker klinisk skjønn som vurderingsgrunnlag, oppdager de som regel kun 21.4 % av egne pasienter som har økt forverring i løpet av behandlingsforløpet (Fortney et al., 2017). Det er enda vanskeligere for klinikere å avdekke pasienter som ikke opplever noen endring i det hele tatt, og går til behandling uten nytte. Dette gjør at det blir utfordrende å forhindre frafall fra behandling eller gjøre nødvendige endringer, ettersom man rett og slett ikke er klar over klientene som er i risikozonen.

Informasjon om tilbakemeldingsverktøy

Det er spesielt to skjema som har fått oppmerksomhet og har blitt forsket mest på. Det ene kalles Outcome Questionnaire 45 (OQ 45) og er utviklet av Michael Lambert (Lambert et al., 1996). Det andre verktøyet er utviklet av Scott Miller og Barry Duncan og kalles Partners for Change Outcome Measurement System eller Feedback Informed Treatment (FIT), og er inspirert av OQ 45. FIT er ROM-verktøyene som brukes i denne studien.

Skjemaene brukes til å samle inn informasjon om individets psykososiale fungering, holde øye med klienten sin utvikling gjennom behandlingsforløpet og tematisere relasjonen mellom klient og behandler. I tillegg til å samle inn viktig informasjon, legger FIT opp til at terapeuten direkte bruker dataen til å justere behandlingen. FIT består av to skjemaer: The Outcome Rating Scale (ORS) (Miller et al., 2003) og the Session Rating Scale (SRS) (Duncan et al., 2003). For barn og unge bruker man Children's Outcome Rating Scale (CORS) og Children's Session Rating Scale (CSRS). Barneversjonen av ORS, CORS var i utgangspunktet validert for aldersgruppen 6-12 år, men Casey et al. (2020) fant at dette fungerte godt også for ungdommer opp til 15 år. Terapeutene i denne studien bruker både CORS og ORS ettersom pasientene er mellom 6 – 18 år.

The Outcome Rating Scale (ORS) og Children Outcome Rating Scale (CORS) (Duncan et al., 2006) består av fire kategorier som beskriver pasientens trivsel og funksjonsnivå: individuelt («hvordan jeg har det»), familie («hvordan har jeg det i familien min»), skole/venner («hvordan jeg har det på skolen/med venner») og generelt («hvordan har jeg det alt i alt»). Skalaene er en enkel 10 cm linje hvor den ene enden representerer det laveste nivået og den andre det høyeste nivået. Barnet setter en strek på linjen basert på hvordan de opplever at de har det på alle fire skalaer. Summen av alle de fire skalaene legges sammen og man får en totalskåret tall mellom 0 og 40. Klinisk cut-off for barn i alderen 6-12 år er 32 og 28 for ungdommer i alderen 13-18 år (Duncan et al., 2006). Dette skjemaet administreres i begynnelsen av timen, og terapeuten bruker skårene til å følge med på hvordan barnet har det, og om utvikling i skårer tilsier at barnet har utbytte av helsehjelpen. Når ORS brukes i denne studien henvises det til både ORS og CORS.

The Session Rating Scale (SRS)/Children's Session Rating Scale (CSRS) (Miller et al., 2003) (Bargman & Robinson, 2012) brukes på slutten av timen for å evaluere pasientens opplevelse av samarbeidet. CSRS innledes med spørsmålet: «hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene for å vise hva du synes». Barnet setter en strek på en 10 cm linje på fire forskjellige parametere, disse er «å bli hørt» (hvor godt/ikke godt terapeuten hørte på barnet), «hvor viktig» (om det som ble gjort eller snakket om var viktig for barnet), «det vi gjorde» (om barnet likte eller ikke likte det som ble gjort i timen) og «alt i alt». Summen av alle de fire skalaene legges sammen og man får en totalskåret tall mellom 0 og 40. Klinisk cut-off på SRS og SCRS er 36. Cut-off er høy ettersom færre enn 24% skårer under 36 (Miller et al., 2003) og man tenker derfor at skårer under dette er grunn til bekymring og bør tas opp med pasienten (Bargman & Robinson, 2012; Duncan et al., 2003;

Miller et al., 2003). I denne oppgaven henvises det til både SRS og CSRS når SRS blir nevnt.

Behandlingseffekt av ROM-verktøy blant den voksne populasjonen

Resultatene fra forskjellige litteraturgjennomganger og metaanalyser viser sprikende funn relatert til bruk av ROM-verktøy og behandlingseffekt, og det er uklart i hvor stor grad FIT bidrar til bedre effekt av psykoterapi i ulike kliniske kontekster og pasientgrupper (Bergman et al., 2018; Brattland et al., 2018; de Jong et al., 2021; Gondek et al., 2016; Kendrick et al., 2016; Lambert et al., 2018; Pejtersen et al., 2020; Tam & Ronan, 2017; Østergård et al., 2020). Det er stor forskjell mellom de ulike studiene når det kommer til effektstørrelse og det rapporteres ofte om stor heterogenitet (Østergård et al., 2020) og høy risiko for skjevhet (van Sonsbeek et al., 2021). Studiene spriker fra store positive resultater til liten negativ effekt (forverring) i vurderingen av symptomreduksjon, antall pasienter som opplever symptomforverring, frafall fra behandling og relasjonen mellom terapeut og pasient. En forskningsgruppe konkluderte med at pasienter i FITgruppen hadde 2.5 ganger så stor sannsynlighet for å oppnå klinisk endring inkludert symptomreduksjon og bedre funksjon sammenlignet med kontrollgruppen (Brattland et al., 2018; Simon et al., 2012). Andre studier finner enten ingen effekt eller en negativ effekt på spesifikke pasientgrupper (Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018; Østergård et al., 2020).

De sprikende resultatene tyder på et klart behov for å forstå hvordan systematisk tilbakemelding påvirker psykoterapeutisk behandling. Det er poengtert flere utfordringer som tyder på en komplisert forhold mellom terapeuten, pasienten og terapisisituasjonen i henhold til bruk av FIT. For det første garanterer ikke FIT for at terapeuter nødvendigvis bruker tilbakemeldingene de får fra pasienter. For det andre kan det være liten mulighet for å justere i tråd med tilbakemeldingene på grunn av manglende fleksibilitet i behandlingsmetoden, eller

det er lite rom for diskusjon og refleksjon rundt tilbakemeldingene med pasienten eller kollegaer (Brattland et al., 2018).

FIT og behandling av barn og unge

5% av norske barn mellom 0 – 17 år mottar behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge (Grøholt et al., 2018). Behovet for effektiv behandling er stort ettersom det er flere konsekvenser som assosieres med psykiske lidelser i barndommen, for eksempel rusavhengighet (Hermens et al., 2013), kriminalitet som voksen (Copeland et al., 2007), selvmord og psykiske lidelser som voksen (Bergman et al., 2018). Boswell (2015) beskriver at det er mange barn og unge som opplever forverring, og estimerer at 40-60 % avslutter behandlingen for tidlig. Det er derfor stort behov for å fange opp både negativ og positiv utvikling i behandlingsforløpene.

Sammenlignet med voksenpopulasjonen så er det utført lite forskning på hvordan systematisk tilbakemelding påvirker behandlingseffekten til barn og unge. De systematiske litteraturgjennomgangene kommer fram til at det er vanskelig å tyde resultatet ettersom mange av de randomiserte, kontrollerte studiene bærer preg av høy inkonsistens, høy risiko for bias, upresise resultater og ulike måter å måle behandlingsutfall (Bergman et al., 2018; Tam & Ronan, 2017). Flere av studiene kontrollerer ikke for blinding: terapeutene og/eller pasienter vet hvem som er i kontroll- og behandlingsgruppen. I flere av studiene er det ulikt hvor mange deltakere som dropper ut, som gjør det vanskelig å foreta gode analyser, i tillegg til at ulike studier har forskjellige eksklusjons- og inklusjonskriterier. Det er også diskutert om hvorvidt validiteten til resultatene påvirkes av at behandlingseffekten blir målt med ORS, når ORS også brukes som del av intervensjonen. Dette innebærer at pasientene i kontrollgruppen og i behandlingsgruppen har forskjellige erfaringer med skjemaet. Mens behandlingsgruppen

bruker det gjennom hele behandlingsforløpet, og dermed er godt kjent med skjemaet, bruker kontrollgruppen skjemaet kun på begynnelsen og slutten som et mål på utvikling.

Studier har hittil funnet variasjon i effekten ved bruk av ROM, fra en liten negativ effekt til en liten positiv effekt på frafall av behandling, symptomreduksjon og varighet på behandling (Bergman et al., 2018). Bergman et al. (2018) konkluderte i en litteraturgjennomgang med at det foreløpig er for stor variasjon i enkeltstudiene til at det er mulig å konkludere noe i forhold til effektiviteten av FIT i arbeid med barn og unge. Forskningsfeltet har mange kunnskapshull. Det er svært få studier som har undersøkt effekten av FIT på behandlingsutbyttet til barn/ungdom, spesielt på barn under 11 år hvor barnet selv vurderer effekten av behandling (Cooper et al., 2021; Mackrill & Steensbæk, 2021) og de fleste studiene er gjennomført i USA. Så langt er det ikke gjort noen forskning på barn og unge i Norge eller Skandinavia, og det etterlyses forskning av god kvalitet utenfor USA (Bergman et al., 2018).

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet (Helsedirektoratet, 2017). Bruk av systematiske tilbakemeldingsmetoder anbefales både for å evaluere utbytte av behandling og relasjonen med terapeuten. Den nasjonale veilederen anbefaler at terapeuter aktivt og regelmessig innhenter informasjon fra pasienter og klienter for å ha muligheten til å utvikle og tilpasse behandlingen til individet (Helsedirektoratet, 2014). Ideen bak FIT er at pasienter og brukere skal ha muligheten til å bli mer engasjert, involvert og få større påvirkning over egen behandling (Solstad et al., 2021). Allerede i 2006 anbefalte The American Psychological Association bruk av systematisk tilbakemelding i psykisk behandling for å bedre brukermidvirkning (Lambert et al., 2018).

I Regjeringens opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse kommer det fram at Mental Helse Ungdom ønsker at barn skal få bedre mulighet til å påvirke egen behandling gjennom blant annet tilbakemeldingsverktøy (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019). Foreningen ønsker at brukermedvirkning i behandling skal dokumenteres i for eksempel vurderinger som fører til store avgjørelser.

Forandringsfabrikken har samlet inn råd og erfaringer fra 2000 barn og unge som har mottatt psykisk behandling i Norge. Barn og unge er opptatte av at barn har rett til å ta en aktiv del i deres behandling uansett hvor høyt symptomtrykket er, og at det skal foregå et tydelig samarbeid mellom behandler og klienten (Forandringsfabrikken, 2018). De ønsker at fagfolk skal invitere barn til å fortelle om hva de syns om forløpet, hvordan det skal justeres og det framheves at barnet skal ha tydelig påvirkningkraft på egen behandlingsplan og dokumentasjon av behandlingen. Barn og unge vektlegger verdier som åpenhet og samarbeid når de søker psykisk helsehjelp, og ønsker å få frem sitt syn på problemene de ønsker hjelp til. Det er også internasjonal forskning som viser til at mest av alt så ønsker barn og unge å være en del av beslutningene som blir gjort om dem (Dogra, 2005).

Implementering

Til tross for at systematisk tilbakemelding blir anbefalt fra mange aktører, og flere studier har fått positive effekt for behandlingsutfallet, så har implementering av FIT vist seg å ha flere utfordringer. Flere studier viser at mindre enn 50 % av klinikere som jobber med barn og unge bruker ROM-verktøy, og at det heller ikke har vært en økning av terapeuter som bruker systematisk tilbakemeldinger de siste årene, til tross for økt fokus på brukermedvirkning (Bear et al., 2021). Utfordringene omhandler forskjellige tema, både det å ha tilstrekkelig tid

og kapasitet, om finansiering av utstyr, og om negative holdninger blant terapeuter eller pasienter (Boswell et al., 2015; Kwan et al., 2021).

Implementering av FIT krever økonomisk støtte til det tekniske utstyret inkludert programvaren og datasikkerhetstiltak, i tillegg til penger til opplæring og veiledning. (Boswell et al., 2015; Mackrill & Sørensen, 2020). Tid kan være en hindring selv om ORS og SRS er korte skjemaer. Noen terapeuter kan oppleve at administrasjonen og tolkningen av skjemaene tar mye tid i en allerede hektisk arbeidshverdag hvor det er lite tid til refleksjon. Det er også mangel på opplæring i hvordan terapeutene kan bruke programvaren og tolke grafene (Bear et al., 2021). Andre praktiske utfordringer dreier seg om utskiftning av ansatte og at uformelle ledere av FIT-prosjektet på arbeidsplassen plutselig er borte, og dermed fases FIT gradvis ut (Boswell et al., 2015).

Det er også identifisert flere holdningsrettede utfordringer hos terapeuten som kan hindre bruken av FIT (Boswell et al., 2015; Kwan et al., 2021). Holdninger hos terapeuten påvirker i stor grad om man velger å bruke ROM-verktøy, og forskning tyder på at det er relativt vanlig å ha en negativ holdning til tilbakemeldingsverktøy. Noen opplever at FIT er for overfladisk, ikke måler relevante faktorer som fører til klinisk endring, og er kritiske til om verktøyene er valide. Noen terapeuter er bekymret for hvordan dataen skal brukes og hvem som har tilgang til dem, for eksempel om det har betydning for lønn, ansettelse, omorganisering osv. Det at endring under behandling registreres og synliggjøres kan være uvant for mange og kan skape en følelse av at de blir holdt øye med og kan være bekymret for å framstå som inkompetente. Noen terapeuter opplever det vanskelig å gjennomføre systematisk tilbakemelding med pasienter med alvorlig symptomtrykk som sterke psykotiske symptomer eller suicidalitet, eller med pasienter med kognitive eller synsvansker (Lewis et al., 2019).

Ledelsen på arbeidsplassen kan være viktig for systematisk bruk av ROM. Forskning tyder på ROM-verktøy brukes hyppigere hvis ledere anser systematisk tilbakemelding som nyttig (Bear et al., 2021). Ledelsen kan være et forbilde som modellerer god feedbackkultur, og dermed skape engasjement og inspirere de ansatte (Mackrill & Sørensen, 2020). Som et implementeringstiltak blir det anbefalt at ledelsen deler feedbackdata blant de ansatte for å oppmuntre til bruk av FIT (Bear et al., 2021). Generelt ser man at implementering av nye intervensjoner tar 5-7 år, slik at det er nødvendig at ledelsen legger til rette for at det er nok tid og fleksible rammer til å lære seg å bruke systematisk tilbakemelding på en god måte (Mackrill & Sørensen, 2020).

Jo færre år en kliniker har jobbet, jo større sannsynlighet er det for at terapeuten vet om og bruker tilbakemeldingsverktøy (Kwan et al., 2021). Dette er en av de sterkeste prediktorene også når man justerer for demografiske karakteristikk og holdninger. Terapeuter som jobber privat, har minst sannsynlighet for å syns FIT er klinisk nyttig og administrere ROM-verktøy sammenlignet med de som jobber i offentlige institusjoner.

Bruk av FIT fra terapeuters perspektiv

FIT kan bidra til å fremme terapeututvikling gjennom å samle inn informasjon om hvordan terapeuten kan justere behandlingen og egne terapeutiske tilnærminger (Solstad et al., 2021). Gjennom systematisk bruk av FIT samler man data som kan brukes for å vurdere egen prestasjon og finne forbedringsområder.

En tidligere kvalitativ studie har sett at terapeuter kan føle seg sårbare når man spør om tilbakemelding fra pasienter spesielt hvis man er ny som terapeut, og kan vekke utfordrende følelser (Esmiol-Wilson et al., 2017). Mange av terapeutene opplevde utfordringer med å få pasientene trygge nok til å uttrykke negative tilbakemeldinger, og ble

usikre på om pasientene klarer å være ærlige i tilbakemeldingen. Flere erfarte at det kan være emosjonelt vanskelig å håndtere tilbakemeldingene, noen følte seg vurdert («judged»), mislykkede og flau. En stor andel av terapeutene erfarte at de ble usikre på hva de skulle gjøre med tilbakemeldingen når de hadde fått dem, og opplevde et dilemma mellom å justere behandlingen til det pasienten ønsket og det terapeuten trodde ville føre til endring. Dette handlet om å finne en balanse mellom pasientens forskjellige behov.

Virksomme faktorer ved bruken av FIT

Foreløpig er det vanskelig å identifisere spesifikke virksomme faktorer og virkninger av tilbakemeldingsverktøy (Solstad et al., 2021). FIT baserer seg på Contextual Feedback Intervention Theory som hevder at når terapeuter får tilbakemelding om at behandlingen ikke oppleves nyttig for pasienten så vil terapeuten bli motivert til å endre og justere behandlingen (Riemer et al., 2005). Terapeutens oppmerksomhet, holdning og respons til tilbakemeldingene er viktige elementer i denne modellen.

Videre er det av betydning at terapeuten tolker tilbakemeldingene som valide og har tro på og forplikter seg til at tilbakemeldinger kan brukes i behandlingen (de Jong, 2016).. Konkrete, enkle og tidsnære tilbakemeldinger er som regel mer effektive, spesielt hvis tilbakemeldingen inneholder forslag til hvordan situasjonen kan endres (van Sonsbeek et al., 2021).

Med tanke på implementering og behandlingseffekt, fant Brattland og kollegaer at FIT hadde større effekt på slutten av studiet sammenlignet med begynnelsen (2018). Dette antyder at FIT blir mer effektivt etter hvert som terapeuten får mer erfaring med det, og studien kom fram til at fire år er et godt utgangspunkt for økt behandlingseffekt. Terapeutene fikk

regelmessig opplæring og veiledning gjennom studien, som kan tyde på at jevnlig oppfølging er en virksom faktor.

Forskning tyder på at de beste prediktorene for gode behandlingsresultater er en god arbeidsallianse mellom klient og terapeut, eller tidlig framgang i behandlingsforløpet (Tam & Ronan, 2017). Brattland og kollegaer fant at alliansen kan være en mediator mellom FIT og behandlingsutfall (2019). Man tenker seg at alliansen blir bedre av at FIT identifiserer mulige hindringer og terapeuten har mulighet til å justere behandlingen sammen med pasienten, slik at samarbeidet mellom terapeut og pasient blir framhevet og muligens sterkere. Dette vil si at justeringer er en viktig del av å øke behandlingsutfallet ettersom gode justeringer fører til bedre arbeidsallianse og dermed bedre symptombedring.

Studiens formål, hypoteser og problemstillinger

Formålet med denne studien er å undersøke erfaringer til terapeuter som benytter FIT systematisk i psykoterapi med barn og unge. Studien undersøkte følgende problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer og nytteverdi opplever terapeuter ved å benytte tilbakemeldingsverktøyene i FIT i arbeid med barn og unge?
2. Hvilke utfordringer opplever terapeuter ved å benytte FIT i arbeid med barn og ungdom?

Med tanke på at denne studien er utforskende, hadde man en åpen hypotese og forventninger til at deltakerne kom til å fortelle om ulike opplevelser. Samtidig er utvalget en homogen gruppe som jobber sammen og/eller er med i samme veiledningsgruppe. Derfor var det også forventninger om at det skulle komme fram likheter rundt diverse erfaringer.

Metode og design

I denne studien valgte en å bruke en kvalitativ tilnærming for å besvare problemstillingene. Kvalitative metoder egner seg godt til spørsmål som dreier seg om opplevelser og erfaringer til enkeltpersoner slik de ser det, og til problemstillinger det er forsket lite på (Hovland et al., 2009; Kvale, 2015). Valg av metode ble valgt ut fra studiens problemstillinger og fokus, som i dette prosjektet er å utforske og gå mer i dybden på hvilke holdninger, refleksjoner og oppfatninger terapeuter har møtt på i deres arbeid med FIT.

Tilbakemeldingene terapeutene har fått fra pasienter kan oppleves som personlige og sårbart. For å få fram personlige opplevelser, for at hver deltaker skulle kunne få fortelle fritt om sine erfaringer, og for å forhindre at intervjuet ble preget av enkeltpersoner i en gruppe, ble det gjort individuelle intervjuer istedenfor fokusgruppeintervju.

Utvalg

Deltakerne ble rekruttert gjennom biveileder Linda Svorken, som har jobbet 50 % i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og 50 % i Lavterskelteamet i Tromsø kommune. Deltakerne i studien består av seks terapeuter som jobber med barn og unge, og har brukt FIT over en lenger tidsperiode. Fire av deltakerne jobber på BUP, og har vært med på pilotprosjektet hvor Linda Svorken er veileder. Dette innebærer at terapeutene møtes til veiledning og bruker FIT systematisk i de fleste forløp. De to resterende deltakerne jobber delvis i kommunens Lavterskelteam og delvis på BUP. Fem av terapeutene er kvinner, en er mann, og alderen blant deltakerne varierte fra 27 år til 50 år ($M = 38$). Antall år de har jobbet som terapeut varierer fra 2 - 25 år ($M = 9.17$). Fem av terapeutene er psykologer, og en klinisk barnevernspedagog.

Ved spørsmål om hvor lenge hver enkelt har brukt FIT, så kommer det fram ulike svar

ettersom flere startet med å bruke det uregelmessig. Antall år med systematisk bruk av FIT, det vil si de fleste behandlingsforløpene i hver samtale, var alt ifra 2 til 5 år ($M = 2.8$). Når det kommer til veiledning, er det to deltakere som ikke mottar veiledning, resten får veiledning, men deltar i ulik grad.

Prosedyre

Det ble gjennomført semistrukturerte intervju i september 2021 på BUP, helsestasjonen i Tromsø eller på UiT. Alle intervjuene ble utført der begge parter var fysisk til stede og varte mellom 37 minutt til 1 time og 15 minutter. Intervjuet ble tatt opp med lydopptaker som var lånt fra UiT, og lagret på en kryptert minnepenn. Intervjuer brukte intervjuguiden, stilte relevante oppfølgings spørsmål, og til slutt ble deltakeren oppmuntret til å tilføye det hen ønsket. Etter hvert intervju ble det skrevet korte notater om inntrykket og spesiell informasjon som kom fram underveis i intervjuet. Til slutt ble lydopptakene transkribert til tekst og kondensert i Word.

Intervjuguide

Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide, det vil si forslag til spørsmål man ønsket å gå nærmere inn på, samtidig var det åpent for at andre temaer kunne komme opp.

Intervjuguiden ble delt i fire hoveddeler (Appendix A):

- *Del A* oppmuntret terapeuten til å fortelle om et forløp hvor terapeuten opplevde at det var en god tilbakemeldingskultur
- *Del B* oppmuntret informanten til å fortelle om et forløp hvor det var vanskelig å utvikle en god tilbakemeldingskultur
- *Del C* inneholder generelle spørsmål om erfaringer med FIT, og utforsker informantens opplevde nytteverdi av FIT.

- *Del D* inneholder spørsmål om implementering og utforsker blant annet hindringer og fordeler med å bruke FIT med barn/unge.

Før intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju med biveileder Linda Svorken, som selv har brukt FIT i klinisk praksis. Intervjuguiden ble justert ved å forenkle spørsmålene og legge til alternative formuleringer til spørsmålene. Påminning om taushetsplikt ble lagt til alle steder hvor det var relevant (det vil si del A- C).

Dataanalyse

Oppgaven er bygget opp rundt en fenomenologisk tilnærming, hvor erfaringene til deltakerne står i fokus og man ønsker å beskrive mer enn å forklare (Kvale, 2015). Det ble utført en datastyrt innholdsanalyse, med fokus på hvordan terapeutene selv har erfart opplevelsene i konteksten det skjedde. Det ble naturlig å bruke et deskriptivt design ettersom beskrivelsene står i sentrum for studien og analysen bygger videre på disse beskrivelsene. De transkriberte intervjuene ble analysert ved hjelp av NVIVO 12, gjennom tematisk analyse.

Dette innebar flere faser:

- 1) Danne et helhetsinntrykk: Lese igjennom alle de transkriberte tekstene, og danne seg et inntrykk og helhetlig oppfatning uten å systematisere eller kode materialet
- 2) Identifisere meningsbærende enheter: Den transkriberte teksten blir delt inn i naturlige deler hvor det snakkes om det samme teamet.
- 3) Kondensering: En oppsummering og gjenfortelling av hva de meningsbærende enhetene forteller
- 4) Koding: Gå igjennom hele datamaterialet, og kode kondenseringene i individuelle koder.

- 5) Omorganisere, slå sammen og omstrukturerte kodene. Det ble brukt mye tid på å rydde i kodene, finne fellestrekk og samle dem i passende kategorier.

Etiske vurderinger

Lagring og oppbevaring av datamaterialet

Det ble sendt inn en forespørsel med prosjektbeskrivelse til REK, som vurderte at prosjektet ikke var fremleggspliktig. Norsk Senter for Forskningsdata (Appendix C) godkjente prosjektet 02.09.2021 (referansekode 379746).

Når intervjuet ble transkribert ble deltakerne anonymisert med en kode (terapeut 1, 2, 3 osv). Det ble opprettet et dokument hvor terapeutens navn, kontaktinformasjon og det anonymiserte nummeret ble notert ned, for å kunne slette riktig data om deltakeren skulle ønske å trekke tilbake samtykke sitt. Dokumentet lå innelåst i arkivskap på Institutt for psykologi. De transkriberte dokumentene og analysefilen i NVIVO var låst på minnepinnen med et passord kun forfatteren viste om.

Informert samtykke og informasjonsskriv

Før intervjuene ble gjennomført ble det sendt ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring på epost til deltakerne (Appendix B). Her ble det informert om formålet med prosjektet, hva dataen skulle brukes til og hvordan den ble lagret. Det ble opplyst om at terapeutene kom til å bli spurt om pasienter og erfaringer fra behandlingsforløp i interjuvet, og at de da har taushetsplikt slik at de kan fortelle om sine erfaringer, men ikke avsløre identifiserbare detaljer. Intervjuer gjentok dette tre ganger i løpet av intervjuet.

Alle deltakerne signerte samtykkeerklæringen før intervjuet ble gjennomført. Terapeutene ble minnet på under intervjuet om at de kunne trekke tilbake samtykke når som helst, og uten å oppgi noen grunn ved å kontakte intervjuer, biveileder eller hovedveileder.

Andre etiske betraktninger

Ettersom biveileder, hovedveileder og deltakerne er bekjente, ble det lagt vekt på å anonymisere tidlig. Deltakernes anonymitet ble ivaretatt under drøfting av resultat, og resultatene ble presentert med bruk av koder istedenfor navn. Siden flere av deltakerne kjenner hverandre ble det lagt vekt på å gjøre dataen så lite identifiserbar som mulig, og alle deltakerne har fått vite om og samtykket til bruk av sitater og konteksten sitatene er skrevet i.

Resultater

Figur 1

Hovedkategoriene fra analysen



Opplevd nytteverdi

Figur 6

Ulike områder og prosesser FIT kan være nyttig

Nytteverdi

Fasiliterer felles fokus
Godt samtaleverktøy
Øker pasientdeltakelse
Skaper struktur
Håndtere avslutning
Monitorene behandlingsutbytte
Validerer vurderinger
Egenutvikling
Avdekker problemer

Inngang inn til viktig samtaler

FIT kan være en god inngang til mange viktige samtaler, for eksempel for å kartlegge «hvor skoen trykker» og hvilke områder av livet som er problematisk. Terapeutene opplever at det blir naturlig å snakke om hvordan timen var for barnet. Videre kan FIT bidra til å skape struktur i samtalerterapi ved å få en rutine og en naturlig måte å åpne og lukke terapien på. Det kan hjelpe med å styre samtalen, og jobbe mer spesifikt og fokusert. En deltaker opplever at endringsgrafene kan hjelpe med å holde oversikt over det som er viktig i lange forløp hvor det er mange ting som skjer. «Jeg opplever at folk opplever at de blir tatt på alvor. Ja, at deres stemme betyr noe, at de kan si det de tenker på».

Aktiv deltakelse og felles fokus

Et par av terapeutene opplever at FIT bidrar til å finne felles fokus og tilrettelegger for samarbeid om et felles «prosjekt». Deltakerne forteller at FIT inviterer pasienten til å mene noe om behandlingen slik at de blir mer aktive i å korrigere mål og metoder, og dermed øker deltakelsen i egen behandling. For å etablere et godt mål, har én terapeut gode erfaringer med å bruke endringsgrafene og ORS-skjemaet. FIT kan brukes til å finne hvilket område av livet som er vanskelig, og dermed finne et mål relatert til det området. For eksempel kan man diskutere med barnet hva som skal til for at man setter streken nærmere smileansiktet.

«Enighet om mål tror jeg betydde noe, og at det var overkommelig for henne, at det faktisk var noe hun så for seg at hun skulle klare».

Jeg tenker jo at det blir et sånn felles prosjekt, at det ikke blir oss to, (det er) den her tredje (iPaden) vi snakker om, det er ikke meg du skal måle (...) det blir noe sånt felles vi har.

Monitører behandling, validere vurderinger og håndtere avslutning.

Alle terapeutene opplever FIT nyttig for å monitorere behandlingen. Dette innebærer å se om det er endring, men mest av alt til å finne ut om det er noe som skal gjøres annerledes. Flere terapeuter forteller om forløp de har trodd har vært i framgang, men dette samsvarer ikke med pasientens vurdering. Uten FIT hadde det vært vanskelig å oppdage og flere erfarer at man avdekker viktige ting som man normalt ikke ville gjort, og at dette har bidratt til stor framgang i forløpet. «Hvis du ikke hadde FIT, så kunne det sett ut som vi er veldig på riktig vei, men så, nja, altså, hun (pasienten) vil jo bare ikke leve».

De fleste terapeutene kommenterer på at det kan være vanskelig å gjøre kliniske vurderinger hvor FIT kan være et hjelpemiddel som enten støtter opp når man har tolket situasjonen riktig, eller styrer vurderingen i en annen retning. En terapeut forteller at før hen brukte FIT kunne hen føle at timen gikk veldig bra, men pasienten kom aldri tilbake. «Du får litt bedre vurdering på hva som er hjelpsomt, de små nyansene som var hjelpsomme.»

I tilfeller hvor pasienten ikke har hatt noen utvikling eller blir verre, forteller to terapeuter at det har vært enklere å formidle og skape en dialog rundt avslutning av forløpet til pasienten og familien. Endringsgrafene kan bidra til å understreke poenget om at behandlingen ikke er gunstig for barnet, og gjør det enklere å diskutere hva som må endres på. En terapeut erfarte at det var befriende å slippe å stå lenge i en situasjon uten utvikling. «Det er et veldig

godt verktøy for å ha den dialogen da, og for at på en måte, det er kanskje stygt å si det, men at jeg slipper.» Felles for disse er at begge opplevde at budskapet om avslutning, eller andre behandlingstilbud ble lettere å kommunisere med FIT. Videre erfarer terapeutene at avslutning er lettere og mer naturlig å tematisere også når pasienten har en positiv utvikling, og det er lettere å få en pekepinn på hva som er 'godt nok' til å avslutte behandling, spesielt hvis man har et avklart mål. «Jeg synes det er et veldig nyttig verktøy, også når det er frustrerende fordi man oppdager det man trenger å oppdage.»

Utbytte for egenutvikling som terapeut

Fem av terapeutene synes FIT er et nyttig verktøy for å utvikle seg selv som terapeut. De forteller at tilbakemeldinger fra pasienter er viktig for å identifisere sterke og svake sider, framfor kun egne eller kollegaers vurderinger. For noen av terapeutene har FIT bidratt til å identifisere pasientgrupper de synes er mer utfordrende enn andre. En erfarte terapeut at hen lærte veldig mye av en pasient som hyppig ga sterke og tydelige tilbakemeldinger, og ble mer klar over egne perspektiver og mønstre som terapeut. Flere av terapeutene forteller om øyeblikk hvor de blir tvunget til å «stoppe opp», tenkt igjennom situasjonen på nye måter, og opplever å få et større perspektiv.

Det har det nok bevisstgjort meg i forhold til min egen praksis, og mine egne måter å være terapeut på (...) av og til gjort at jeg har stoppet opp og, og tenkt igjennom hvordan gjør jeg egentlig det her, er det sånn det oppleves, kanskje fått noen tilbakemeldinger som har vært, ja, som har gjort at jeg har stoppet opp og tenkt litt sånn, okei, er det her spesielt for den personen eller er det kanskje flere.

«Jeg følte at jeg som terapeut fikk mange tankevekkere (ler), for mine egne blindspots, hvor jeg antok noe, også fikk servert at ja, men hallo, ja, det er ikke sånn jeg opplevde det.»

Suksessfaktorer

Figur 2

Suksessfaktorene som bidrar til å danne en god tilbakemeldingskultur

Suksessfaktorer			
Pasientfaktorer <ul style="list-style-type: none"> • Ærlig • Modig • Samarbeidsvillig 	Terapeutfaktorer <ul style="list-style-type: none"> • Ikke gi opp når pasienter ikke kommer eller utviklingen går sakte • Motakelighet for tilbakemeldinger • Tilrettelegging for tilbakemeldinger • Presentere FIT som et viktig verktøy • Spisset spørsmål 	Relasjonen <ul style="list-style-type: none"> • Bli godt kjent • Trygghet 	Prosessfaktorer <ul style="list-style-type: none"> • Rask progresjon • Tid til å reflektere • Felles fokus

Denne kategorien handler om opplevelser terapeutene har hatt som gjør det enklere å få til en god feedbackkultur, og spesifikke elementer som har bidratt til positive resultater.

Pasientfaktorer

Flere av terapeutene beskriver pasientene sine som ærlige, modige eller samarbeidsvillige, og opplever at disse trekkene gjør det enklere å etablere en god kultur. Et eksempel er en pasient som først var enig i terapeutens forslag til å løse et problem, men senere så at det ikke passet likevel. Pasienten formidlet dette til terapeuten slik at de fant andre løsninger istedenfor. Terapeuten opplevde at pasienten ønsket et samarbeid, dette gjorde det lettere å skape en tilbakemeldingskultur. En annen terapeut forteller at hen hadde et sterkt inntrykk av at det var viktig for pasienten å bli spurt, da pasienten var en person som gjerne ville være ærlig med andre. Å bruke FIT passet derfor godt med pasientens personlighet og preferanser.

En terapeut som fikk svært lav skåre på SRS etter første samtale, tror ikke det handlet om at hen klarte å legge til rette for ærlig tilbakemelding. Terapeuten attribuerer snarere til at pasienten var en modig sjel, og at FIT gjorde det lettere fordi man kun trenger å sette en strek og ikke nødvendigvis fortelle muntlig.

Terapeutfaktorer

Måten terapeutene legger til rette for og mottar tilbakemeldinger er framhevet som svært viktig for å få gode tilbakemeldinger. Det er fordelaktig om dette kommer fram tidlig i forløpet slik at tilbakemeldingsdynamikken blir naturlig og en selvfølge. Flere terapeuter har god erfaring med å presentere FIT som noe som alltid blir brukt på arbeidsplassen, og opplever at pasienter tar det som en selvfølge at de skal gi tilbakemeldinger i løpet av timen.

Jeg tror jo at det er, den holdningen man som behandler har til, til det å få tilbakemeldinger i starten, det er viktig, det at jeg på en måte, det var en selvfølge, det her bruker vi, fordi at det er en forutsetning for at vi skal få til et bra samarbeid, så må også jeg vite noe om hva som fungerer for deg.

God mottakelighet er for eksempel at terapeuten selv tar initiativ, gi forslag til justeringer og stiller spissede spørsmål. En av deltakerne forteller blant annet at hen oppfattet seg selv som stresset etter noe som skjedde i løpet av timen, og spurte pasienten direkte om vedkommende hadde noen tanker knyttet til det. God mottakelighet kan være alt fra å legge seg «helt flat» ved negative tilbakemeldinger, skryte av at pasienten klarer å sette ord på tilbakemeldingen, fortelle at man setter pris på feedbacken, si at små tilbakemeldinger kan gjøre store forskjeller, uttrykke takknemlighet og løfte fram tilbakemeldingen som noe positivt uavhengig av innholdet.

(Pasienten) turte å være ganske ærlig på det, og da, følte jeg også at jeg klarte å ivareta det da, at jeg tok imot det og sa til henne at det var veldig fint at hun klarte å sette ord på det.

Jeg pleier å si noe om at jeg setter veldig pris på det, hvis man får det til, og at til og med små tilbakemeldinger kan gjøre ganske stor forskjell, sånn at vi klarer å skreddersy tilbudet etter den som sitter her.

Jeg tror jo at, det å bli møtt med en som, det om at de, din mening betyr noe, og det legges vekt på det helt i fra start, helt fra time 1, at dette her er et samarbeid, at man ikke bare spør sånn generelt, at man spør såpass spisset, og da man får noe, at man liksom gir, viser en slags, ikke takknemlighet, men at man setter pris på at det, at man tør å dele og at man kan ta imot det og gjøre noe med det ikke minst.

Det er utslagsgivende at terapeuten forklarer hvorfor FIT er viktig. Terapeutene opplever at pasienter gir tilbakemeldinger av høyere kvalitet når de forstår formålet og at det er et samarbeidsverktøy som skreddersyr behandlingen.

En terapeut erfarte at pasienten fikk tillit til hen når terapeuten ikke ga opp selv om pasienten avlyste mange timer. Pasienten erfarte at terapeuten ikke ble borte og dette var viktig for å kunne stole på behandleren. Utviklingen til pasienten gikk veldig sakte oppover på grafen, men fra start til slutt var det en signifikant endring. Det antydes til at det kan være viktig å være tålmodig selv om framgangen går sakte.

Prosessfaktorer

To terapeuter erfarte at rask progresjon i forløpet gjorde at det var lett for både terapeut og pasient å få håp og tro på behandlingen. Dette var et forløp hvor terapeuten fikk tydelige, negative tilbakemeldinger i første time, og justerte raskt etter dette.

Det å ha tid og mulighet til å reflektere over forløpet er en suksessfaktor ifølge en deltaker. Hen opplevde at det å snakke om og reflektere rundt utfordringene som oppsto med pasienten før samtalene, bidro til at hen kunne tenke over hva man skulle være oppmerksom på i samtalene.

Samarbeid om å finne et oppnåelig og overkommelig mål som justeres etter behov blir beskrevet som et komponent som bidrar til positive utfall. En terapeut erfarte at det ha fokus på hva pasienten ønsket å oppnå, og justere målet underveis var en avgjørende faktor for gode behandlingsutfall.

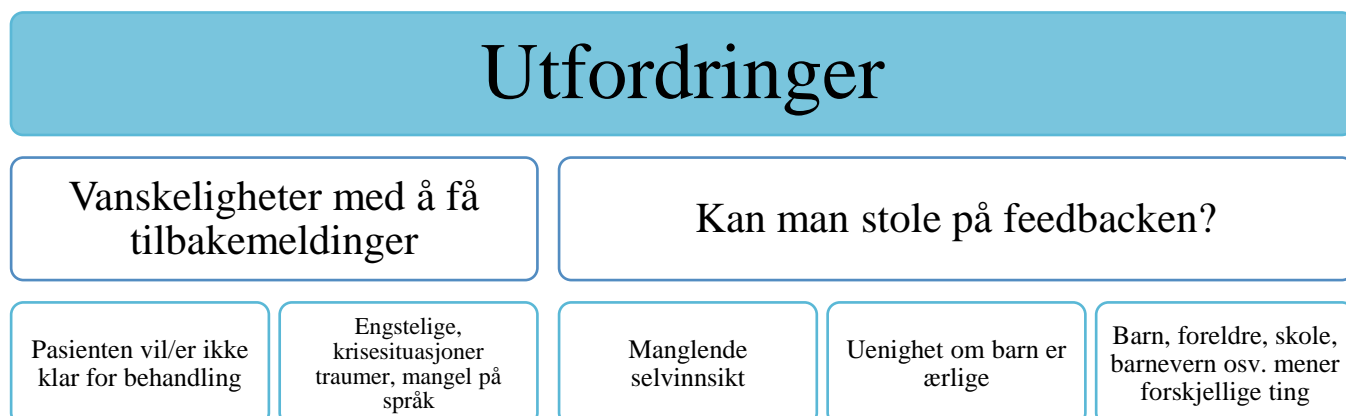
Relasjonen

To terapeuten forteller at det at pasienten og terapeuten ble godt kjent gjorde det lettere for pasienten å gi ærlige tilbakemeldinger. En av terapeutene erfarte at den gode relasjonen og det at pasienten ble trygg på terapeuten gjorde det lettere for vedkommende å gi tilbakemeldinger og var en avgjørende faktor for en positiv endring. «Jeg tror jo, en av suksessfaktorene var at hun ble veldig trygg her, og trygg i relasjonen».

Utfordringer

Figur 3

Utfordringene med FIT



Vanskeligheter med å innhente tilbakemeldinger

Terapeutene opplever det som en utfordring når pasienter enten ikke vil/er klar for behandling, eller av ulike grunner ikke klarer å gi tilbakemeldinger. Tre terapeuter opplever at noen pasienter har utfordringer med å gi tilbakemelding fordi de ikke vet hva de skal si, pasienten har da en vag følelse av at noe ikke fungerer, men det blir vanskelig å sette ord på det. Flere har erfart at det er spesielt vanskelig å få til en god kultur med pasienter som er engstelige og utrygge, særlig de som har en tendens til å gjøre andre til lags istedenfor å fokusere på seg selv ('people pleaser').

Jeg vet ikke om han kanskje var litt redd for å skuffe meg, eller at han ikke ville innrømme at det ikke gikk bra, fordi at han synes det var så hyggelig når han kom tilbake og det hadde gått bra.

En terapeut forteller at det kan være tungt å spørre disse pasientene, ettersom man vet at man utsetter dem for et stort ubehag som lett kan gli over på terapeuten. Mange av terapeutene føler seg fastlåste fordi de får så høye skårer at det er utfordrende å snakke om ting som kan gjøres bedre på en naturlig måte og skape bevegelse i utviklingen. En terapeut synes det er enda vanskeligere når barnet har vansker med å uttrykke seg verbalt i tillegg til at de kvier seg for å gi tilbakemeldinger ettersom tilbakemeldinger i stor grad blir formidlet gjennom ord.

To terapeuter erfarer at FIT kan bli upassende eller mekanisk i møte med pasienter med kriser. For eksempel hvis en pasient kommer gråtende inn i timen, kan det oppleves som en unødvendig forstyrrelse. En terapeut erfarer at det kan være vanskelig å følge opp tilbakemeldinger og lytte ordentlig til dem når det er mye støy i saken og det er lett for at behandleren blir overveldet, nærmere bestemt hvis det er selvskadning, pårørende av selvmord

eller alvorlig sykdom. «Hvis dem bare med en gang de ser deg begynner å gråte så kan du jo ikke liksom bare etter 10 minutter si, hør her vi har en iPad.»

Vil ikke til behandling. Fire terapeuter synes det er vanskelig å danne en kultur for tilbakemeldinger når barnet ikke vil eller ikke er klar for behandling. En forteller at hen ikke tror det blir så nøye for barnet å gi gode tilbakemeldinger når de i utgangspunktet ikke har lyst til å komme til terapi, men understreker og at det kan være fordi hen selv ikke klarer å presentere FIT som viktig nok. Likevel er det vanskelig å skape et samarbeid når man ikke er på samme side fra begynnelsen av. En forteller at de som nekter å fylle ut FIT ofte er de som er tvunget av andre til å komme.

En av terapeutene erfarte at en pasient med mistenkt traumeopplevelser ikke var klar for å gå inn i behandling med hen. Terapeuten opplevde at de hadde en god relasjon, og gjorde noen justeringer som var viktig, men det var ingen endring, og det var et alvorlig høyt symptomtrykk slik at vedkommende trengte hjelp. Hen tolket det slik at det ble vanskelig for pasienten å sette fingeren på hva hen trengte og terapeuten klarte ikke å komme fram til roten av problemet/løsningen heller. Terapeuten tror at en viktig årsak til vedkommendes plager var traumerelatert, men pasienten ville ikke gå inn i denne problematikken, slik at de sto fast.

En annen terapeut erfarte at en pasient ikke opplevde bedring etter lang tid, ble dårligere av terapien, men ønsket å øke mengden behandling. Terapeuten mente at pasienten trengte noe annet, men ikke var klar for behandlingen som terapeuten tror hadde vært nyttig. En mulig tolkning er at behandlingen var hyggelig og komfortabel, men at det hadde vært nyttigere å tørre å gå inn i det som var vanskelig og skummelt, men pasienten ønsket ikke det.

Det var veldig vanskelig å tilrettelegge helt, også fordi at jeg følte at jeg måtte balansere hennes behov for å styrke seg til å tørre å gjøre noen ting som hun synes var

vanskelig, og samtidig ivareta at hun synes det var veldig vanskelig og ikke helt var klar for det.

Troverdige tilbakemeldinger?

Blant alle seks deltakere er det uenigheter om man får reelle tilbakemeldinger fra barn. To terapeuter opplever store forskjeller på hvor ærlige barn tør å være, og at det er SRS som er mest utfordrende, en annen terapeut derimot mener at de fleste svarer ærlig. På den ene siden mener en deltaker at små barn sjeldent gir reelle svar, og at man er helt avhengig av å hente inn komparentopplysninger, mens en annen terapeut opplevde at det ikke er aldersforskjeller. En terapeut synes at behandlere ikke kan vite om pasientene er ærlige eller ikke.

I barnefeltet innenfor psykisk helsevern kan det oppstå dilemmaer når pasienten, skole, foreldre, barnevern osv. ikke har samme forståelse. Det er vanskelig å vite hvilken tilbakemelding man skal vektlegge når de ulike aktørene har ulike oppfatninger, og tolke grafene på en hensiktsmessig måte. Det er utfordrende å vurdere om dette handler om fornektelse, mangel på selvinnsikt, om pasienten rett og slett ikke deler perspektivet til de voksne. Dette kan for eksempel gjelde unge med atferdsproblematikk som selv synes at de har det bra, men andre rundt er uenige. Videre kan små barn mene at de har det flott, men foreldrene opplever store utfordringer og konflikter. En annen terapeut opplevde det samme med en pasient med autisme, hvor vedkommende synes det meste gikk bra, uten at det samsvarte med komparentopplysninger. Eksemplene illustrerer hvor vanskelig det kan være å bevege seg videre når man ikke umiddelbart kan bygge videre på tilbakemeldingene, og man kan oppleve å stå fast.

Teknikker og mestringsstrategier terapeutene bruker i vanskelige situasjoner

Teknikker. Terapeutene forteller om forskjellige teknikker de bruker i tøffe situasjoner. Med pasienter som har vanskeligheter med å uttrykke tilbakemeldinger av forskjellige grunner (engstelig, mangel på språk osv.), kan det hjelpe å være ekstra oppmerksom på hva man legger merke til i timene, slik at man har noe å spørre mer spesifikt etter. Det krever at man setter av tid til å reflektere over tidligere samtaler.

Jeg må forberede sånn at jeg på en måte har lagt merke til ting som litt mer sånn spesifikt kan spørre om. Som er knyttet til de spørsmålene, fordi da er det liksom lettere når man har ikke har språk, å bekrefte litt.

Dette kan for eksempler handle om kroppsspråk som himling med øynene, at pasienten stivner til, ikke reagerer osv. De fleste av terapeutene tar mye mer initiativ til å få tilbakemelding i vanskelige situasjoner, og kommer blant annet med spesifikke eksempler på hva de kan ha syns var bra/dårlig.

For at dem skal skjønne hva feedback er, som faktisk har lagt merke til noen ting som dem tipper på, sånn at dem skjønner hva dem kan gi tilbakemelding på, ikke sant. (...), de som ikke er automatisk veldig flink på å gi tilbakemelding, at du klarer å dempe stressnivået av å tippe litt riktig.

«Man kan jo anta at det var litt høyere skårer på min noen ganger fordi hun ikke turte å si i fra, men da må man lete etter de små tingene.»

To terapeuter har god erfaring med å prioritere å jobbe med alliansen når utviklingen står stille. Dette kan innebære å vente med alt annet, for eksempel behandlingsplan, stille diagnose, begynne intervensjoner osv., og kun konsentrere seg om alliansearbeid.

Fire av terapeutene snakker om at det er viktig å være fleksibel i bruken av FIT. Til de som nekter å fylle ut kan det være mer hensiktsmessig å knytte spørsmålene fra skjemaene inn i samtalen. Det kan være lurt å formidle at man gjerne vil høre deres synspunkt, og de blir spurt hver time, men vedkommende må ikke svare. To terapeutene reflekterer over at det er lett å bli for opptatt av å bruke FIT riktig og dermed går glipp av det som faktisk skjer i timen. Spesielt som nyutdannet og ung kan det være lett å bli overopptatt av metode, og dermed rigid i bruk av FIT.

Mestringsstrategier. Det er flere måter å reagere på når framgang uteblir. Det som kommer tydeligst fram i denne studien er at mangel på endring skyldes andre ting i livet til pasienten, for eksempel vanskelig hjemme med familien, pasienter trenger venner, bedre oppfølging på skolen, trenger annen type hjelp, tenke at det finnes en viss prosentandel det er vanskelig å hjelpe osv. En av terapeutene reflekterer over at det er en hårfin balanse mellom å være selvkritisk og attribuere årsaker til eksterne faktorer. Det er vanskelig å vurdere om hva som stemmer, men det kan føles bedre å forklare mangelen på utvikling på faktorer utenfor terapien for å klare å stå i det at man ikke hjelper pasienten. «Det er egentlig sånn unngåelse av det ubehaget om at det ikke fungerer, det er da du går til forklaring. (...) Det er også en fin ting, bortforklaring høres jo ikke positivt ut, men du må jo, du må jo ha en liten del av det, ikke sant».

En terapeut tenker at det er viktig å ha troen på seg selv og være modig nok til å både ta vanskelige forløp opp i veiledning og snakke med pasienten, selv om det er ubehagelig. Det kan være fordelaktig å tenke på FIT som en prosess, der man trenger ganske lang tid på å bli 'god', og at andre kollegaer ikke nødvendigvis får alt til. Dette er viktig for å klare å stå i

ubehaget man kanskje opplever når man får negative tilbakemeldinger eller prøver å reflektere over hva man gjør 'feil'.

Justering etter tilbakemelding

Figur 4

Positive og utfordrende opplevelser med justeringer



Justering etter tilbakemelding er en kode som er vanskelig å oppsummere ettersom det er mange forskjellige erfaringer i møte med dette temaet. Det beskrives på den ene siden som en stor suksessfaktor i et forløp, men som en vanskelig utfordring i et annet. Terapeutene har ulike opplevelser med dette, og noen terapeuter beskriver motstridende erfaringer med justeringer. To terapeuter opplever å klare å justere i stor grad, to terapeuter opplever seg selv som dårlige eller med stort forbedringspotensial, og to opplever det som vanskelig å vurdere. Alle terapeutene uttrykker direkte eller indirekte at justeringer er viktig, dette kommer til uttrykk gjennom at terapeutene legger mye innsats i å prøve å justere behandlingen, mener det er viktig å ha gode samtaler om hva som kan gjøres annerledes eller direkte sier at justeringer var avgjørende for å oppnå gode resultater.

Deltakerne forteller om et vidt spenn av ulike justeringer. Lek, spille 'hangman', kaste ball, gjøre knebøy eller andre fysiske ting hjalp en pasient å snakke om utfordrende temaer.

Andre justeringer kan være at terapeuten snakker mer/mindre, raskere, saktere, mer eller mindre teoretiske, mer voksent, mer barnslig, bruke filmer på YouTube til å gi psykoedukasjon, forklare noe nærmere, stille mer åpne/ledende spørsmål eller komme med eksempler etc. Hvis barnet blir rastløs, kan man bevege seg mer i rommet, skrive på tavlen sammen, gå tur, tegne, åpne vinduet hvis pasienten opplever å bli sliten under samtalene, lære pusteøvelser, ikke bruke standardiserte kognitive verktøy, snakke om andre temaer, skifte mål, endre hyppighet/varighet på samtaler, omorganisere tilbudet ved å ha foreldresamtaler/familiesamtaler i istedenfor individuell terapi.

Positive erfaringer

Fire av terapeutene forteller om opplevelser hvor justeringene de gjorde underveis var avgjørende for det gode behandlingsutfallet. En terapeut brukte FIT for å finne verktøy som gjorde det enklere for pasienten å snakke om det som var vanskelig, for eksempel ved å tegne eller gå tur. De gjorde ulike justeringer fra gang til gang, ettersom livet til pasienten svingte mye og fikk god effekt av dette.

En har opplevd at gode justeringer tidlig i forløpet inspirerte pasienten til å fortsette å gi nyttige tilbakemeldinger. Vedkommende understreker at det kan være enklere å gjøre justeringene tidlig i forløpet, og tror det blir lettere for pasienten å få tiltro og tillit til behandlingen. Flere uttrykker at det er enklere å finne gode justeringer hvis man får konkrete tilbakemeldinger. «Det var kjempenyttig, og hele tiden få god feedback og veldig gøy å se (...) at justeringer kan virke»

En terapeut erfarte at store og noe utradisjonelle, justeringer bidro til god allianse og at man må tenke utenfor boksen for å få en effekt av justeringene. I dette tilfellet handlet det

om å bruke mye tid på å få en avslappet stemning ved å leke mye med en ungdom. Terapeuten mener at pasienter ikke merker små justeringer, at det må mer til enn å kun endre på detaljer.

Med tanke på dette er alle terapeutene svært positive til å få lave skårer på SRS og ORS, spesielt i begynnelsen av forløpet. Flere uttrykker at lave skårer er et godt utgangspunkt for utvikling og framgang, og blir motivert av de 'negative' kommentarene og ønsker å gjøre en bedre jobb neste gang: «Da blir det litt sånn, da vil du jo gjøre en litt bedre figur neste gang». «Når jeg får lave skårer i begynnelsen av forløpet så bare tenker jeg, fuck yeah.»

Terapeutene forteller at de setter pris på at pasientene tør å være ærlige, og at det er supert at de sier ifra ettersom det gir dem muligheten til å endre eller oppklare ting som har føltes ugreit for pasienten. Dessuten kan det føles godt å få en bekreftelse når man mistenker at timen ikke har vært så bra for pasienten.

Da har vi hatt samme oppfatning av det, eller at det er enn sånn bekreftelse for meg, fordi da blir jeg jo mer overrasket hvis dem skårer en høy, og jeg sitter og kjenner at dette her egentlig ikke var så okei.

Det kan være utfordrende å få høye skårer i begynnelsen nettopp fordi utgangspunktet for å finne gode justeringer blir dårligere. «Vi er ikke så redde for å feile nå, fordi vi kan rette det opp»

Utfordringer med å få til justeringer

Flere terapeuter opplever det vanskelig når man ikke får tilgang på tilbakemeldinger, ved at de er for vage, eller kun gir positive tilbakemeldinger selv om det ikke er noen endring. Når justeringer ikke har effekt så tenker en terapeut at behandleren ikke har fått spesifikt tak på hva pasienten ønsker å endre på. Hen opplever at pasienten ikke vet hva de skal si når man spør spissede, konkrete spørsmål. Det er noen ganger vanskelig for pasienter å sette fingeren

på hva som ikke fungerte, og det blir derfor og vanskelig å justere. I tråd med dette så er det flere terapeuter som påpeker at de prøver hardt å gjøre justeringen, men det forutsetter at man får tilbakemeldinger. «Mens det er, når dem heller ikke klarer å sette ord på det, eller tørr å si det, så er det vanskelig å vite hvilken vei man skal justere». «Det var jo vanskeligere å skape, altså gi rett behandling, eller god behandling da, når jeg ikke fikk noe feedback på hva som fungerte og ikke fungerte».

Noen ganger oppstår det uenighet angående hvilke justeringer som er nyttige. Et eksempel på dette var en pasient som ønsket behandling som terapeuten tenkte ikke kom til å føre noe sted etter å ha sett ORS-grafen dale over lengre tid. Terapeuten synes det var utfordrende å balansere mellom det å imøtekomme endringer pasienten vil ha, og egne tanker om hva som er nyttig og hva som fungerer.

En terapeut reflekterer rundt at det generelt er vanskeligere å justere relasjonen enn for eksempel metode eller samtaleemner, spesielt med de pasientene man som terapeut har som sin utfordrende 'pasientgruppe' (f.eks. stille pasienter, deprimerte, sinte etc.).

To terapeut har opplevd at justeringer har hatt god effekt til det ikke har det lenger og man når et slags platå som det er vanskelig å utvikle seg videre fra. «Justeringene har god effekt til et visst nivå, også er det den siste lille biten som det kan være vanskelig å få på plass.»

En terapeut opplever å gjerne ville gjøre gode justeringer, men innser det for seint inn i forløpet. Noen ganger, spesielt i forløp hvor det er mye som skjer, kan en lett å glemme å følge opp justeringene og sjekke ut om det hadde en effekt.

Den aller største utfordringen terapeutene forteller om når det gjelder justeringer er når man opplever å ha en god dialog og allianse med pasienten, men verken pasienten eller

terapeuten har forslag til hva man kan gjøre annerledes for å få bedre utbytte av behandlingen. Noen terapeuter opplever i disse tilfellene 'å skyte i blinde' uten særlig god effekt.

(...) det var en god relasjon, særlig hvis du tenker på den øverste å bli hørt, at den var reell. Det tror jeg virkelig, men jeg tror ikke det var de riktige temaer, og jeg tror ikke det var riktig tilnærming.

Det ble i hvert fall veldig unyttig når feedbacken var så høy og hun ikke ble bedre. Da er det liksom, men okei, hva, noe må jo gjøres annerledes, men vi, det er egentlig ikke noe sånn, som hun klarer å sette fingeren på.

Alle seks terapeuter uttrykker stor frustrasjon rundt de forløpene hvor de enten ikke finner ut av hvorfor det ikke er noen endring, eller ikke finner en løsning eller passende justering. Flere opplever å føle seg mislykket, sårbar, verdiløs og som en dårlig terapeut når man ikke får til å hjelpe pasientene. «Det er vanskelig for meg å sette fingeren på det når, jeg ikke vet hvor er det vi skal justere, er det liksom, snakker vi om de feile tingene, er det noe jeg overser, burde vi jobbe annerledes»

Jeg synes nesten det er mer frustrerende når, når de ikke har nytte av det vi holder på med, det ikke er noen endring, ja, for når man ikke klarer å knekke koden liksom, det er da man river seg i håret.

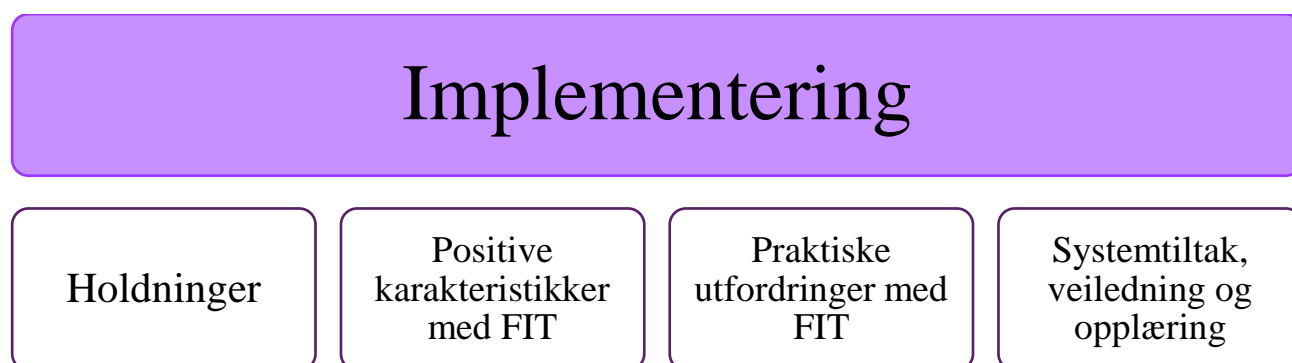
Rammene til arbeidsplassen kan begrense hvilke justeringer det er mulig å gjennomføre. Eksempler på dette er at noen pasienter heller hadde trengt at man kom hjem til dem, lagde middag, møtte barnet på deres fritid, være der mens problemet foregår (angsteksponering) og vært mer oppsøkende. Fire av terapeutene reflekterer rundt større begrensninger med tanke på manualbasert terapi, og i korte forløp som utredninger, hvor det

er mindre rom for å gjøre endringer ettersom mye av forløpet allerede er planlagt og strukturert.

Implementering

Figur 5

Terapeutenes opplevelser knyttet til implementering



Holdninger som hindrer og fremmer bruk

Alle terapeutene har et ønske om å styrke pasientens stemme i behandling, og mange av dem har begynt med FIT på grunn av dette eller fordi de har blitt anbefalt å bruke det for å øke brukermedvirkning. Flere uttrykker at de er skeptiske til egen vurdering av endring/mangel på endring, de mener FIT-bruk sikrer brukermedvirkning, og at behandlingsutfallet er avhengig av at pasienten er mer delaktig enn de kanskje tror de skal være.

Fire terapeuter understreker at man må forstå nytten og formålet med FIT for å bli 'overbevist' om å bruke det. Behandlere må ha inntrykk av at behandlingen er mer nyttig med FIT vs. uten. Videre tror deltakerne at hvis man har en holdning om at FIT forårsaker merarbeid, og man gjør gode vurderinger og god jobb uten FIT, har man mindre sannsynlighet for å ta det i bruk. «For noen tror jeg at det er viktig, at det blir mer enn bare det her arket, men at man faktisk skjønner litt mer av filosofien bak hvorfor gjør vi det her.»

Positive karakteristikk og praktiske utfordringer med verktøyet

En terapeut forteller at iPaden gir et fint visuelt oversiktsbilde, og man trenger ikke bruke språk for å gi en vurdering som kan være fint for mennesker med liten mulighet til å uttrykke seg verbalt. Flere liker godt endringsgrafene og syns administrasjonen av FIT går fort, som gjør at man er mer tilbøyelig til å bruke det.

Nesten alle terapeutene opplyser om at de har tidsutfordringer på en eller annen måte. «Det er sånn tekniske utfordringer som er vanskelig. Og den tiden det tar å sette opp en ny bruker hvis du har dårlig tid». «Det er vanskelig å logge inn, det er to innlogginger, to-trinnsverifisering på mobilen, og jeg må huske å legge inn i Checkware, det er en del sånn administrative ting som ikke er helt på plass enda.»

Hovedsakelig dreier det seg om tidsbruken det tar å legge inn nye forløp i systemet, spesielt kortvarig forløp som utredninger, tiden det tar å logge seg inn, noen opplever å få for dårlig tid på slutten av samtalen til å bruke det ordentlig eller at det er krøll med programvaren. Fire av terapeutene bruker Checkware når de administrerer FIT (en nettbasert plattform for elektronisk innhenting av data fra spørreskjema), to av disse snakker om at de savner en praktisk parallellbedømmerfunksjon. Dette vil si at for eksempel foreldre også fyller ut FIT, og både pasientens og foreldrenes resultater blir presentert sammen. To terapeuter forteller at man kan glemme å bruke det hvis man har dårlig tid. En terapeut har nettverksproblemer, en syns parallellbedømmeren er noe vanskelig å bruke. «Det er en hektisk jobbhverdag hvor det er mye, og hvor jeg trenger, systemet må legge litt opp til at vi skal bruke det.»

Systemtiltak

Flere av terapeutene rapporterer om et behov for veiledning, involvering av arbeidsplassen eller ledelsen, selv om det er noe uenigheter rundt hvilken rolle arbeidsplassen og ledelsen skal ha. En sier at det er hensiktsmessig at ledelsen bestemmer at alle arbeidstakere skal bruke det, en annen sier at det er viktig at man får bestemme selv og ikke føler seg tvunget. To av terapeutene tror det er viktig å inspirere andre kollegaer ved å dele erfaringer om FIT. En terapeut mener at det er lurt å være ung og nyutdannet for å klare å ta til seg FIT. To terapeuter tror ledelsen kan ha et viktig bidrag i det å ivareta motivasjonen og gode holdninger, spesielt i begynnelsen av en implementeringsfase hvor bruken av FIT ikke er automatisert ennå, for eksempel ved å holde små kurs eller generelt ha et fokus på bruk av tilbakemeldingsverktøy. «Så jeg tror at det å ha systematiske tiltak på plass for å ivareta det inntil det er automatisert, er lurt».

Eneste måten jeg kan smitte over andre på, er ved å bruke det selv. At jeg er aktiv i teamet mitt, bruker grafen, ikke sant, der kan det godt hende at jeg smitter over på eldre, det kan det, men når det kommer til sånn her å være engasjert i sin egen utvikling (...) der er, tror jeg, mest man kan, tror jeg man skal sette inn støtet på de nye og unge.

Veiledning og opplæring

Terapeutene er enige om at veiledning er lønnsomt og det diskuteres i hovedsakelig fem sammenhenger: viktig for å bygge opp en forståelse av nytteverdien, respondere på informasjonen og finne justeringer, få støtte i vanskelige saker uten utvikling, for å sørge for at terapeuter fortsetter å bruke det og for å danne en feedbackkultur på arbeidsplassen.

Jeg tror ikke at det kommer av seg selv, jeg tror ledelsen er nødt til å kanskje jevnlig, når det er mange nye, ha sånne små kurs, hvor man får innføring i det, hvorfor er det viktig, hvordan kan det gjøres, at det er en viss fleksibilitet over det.

«Jeg tror en veiledningsfunksjon, i hvert fall i starten er superviktig, bare for å holde fokus».

Flere av deltakerne nevner at veiledning er nødvendig for å forstå hvorfor man bruker FIT, og hva man skal gjøre med informasjonen man henter inn. Veiledning kan bidra til at man har en aktiv rolle i FIT og opprettholder bruken.

Jeg tror at de må ha opplæring, det tror jeg er veldig viktig, også tror jeg at det er lurt å ha litt veiledning, at man på en måte forstår hvordan man kan bruke grafene og bruke skjemaene til å snakke om det, ja, hva man skal gjøre med den informasjonen man får på en måte, det tror jeg det er viktig å ha veiledning på.

Flere opplever det som støttende å tenke i en gruppe rundt vanskelige saker hvor man kan drøfte tilbakemeldingene som kommer inn, og spesielt se på grafene og reflektere rundt disse, en terapeut sier direkte at veiledning i seg selv kan være en løsning når man strever med å finne rett justering. «Den (FIT) tvinger oss til å prøve å finne ting som fungerer, også utenfor boka. Da trenger man kollegaer, herregud, man trenger kollegaer». «Jeg tenker at noen ganger går vi oss litt sånn vill, hva er det egentlig vi jobber med. Det også holde fokuset i lag, som man får hjelp til veiledning, tror jeg er lurt».

Opplæring kan bidra til at administrasjonen av spørreskjemaene går mer knirkefritt, at man føler seg tryggere, er mottakelig for å motta tilbakemeldinger og det kan bidra til å forstå nytteverdien av FIT.

Diskusjon

Terapeutene opplever at FIT er nyttig på ulike områder, hovedsakelig at det åpner opp for viktige samtaler som fremmer samarbeid, fanger opp mangel på utvikling i tillegg til at de får muligheten til å endre tilnærming i behandlingen. Flere opplever det som et godt verktøy for egen terapeututvikling. Dette samsvarer med tidligere forskning om terapeuters opplevelser ved bruk av FIT (Esmiol-Wilson et al., 2017; Norman et al., 2014; Sundet, 2012) Mange bruker FIT på grunn av 'deliberate practice' (Miller et al., 2020), dette handler om at man målrettet, fokusert og systematisk øver på det man ikke er god på for å bli bedre, som forutsetter at man er klar over egne forbedringsområder. Resultatene fra studien viser at terapeutene synes det er lettere å motta og justere behandlingen etter tilbakemeldinger som er konkrete. Dette samsvarer godt med feedbackteorien (Riemer et al., 2005).

På grunn av denne oppgavens begrensede rammer med tanke på tid og lengde, vil diskusjonen fokusere på justeringer og implementering. Diskusjonen vil sentralisere seg rundt hvilke tiltak som kan hjelpe terapeutene når de står fast i forløpene både på individ og ledelsesnivå, og hva det er nyttig å forske videre på. Implementeringsdelen vil fokusere på hvordan resultatene samsvarer med forskning om faktorer som fremmer og hindrer implementering av FIT.

Justering og innhenting av tilbakemelding

Justeringer underveis i behandlingsforløpet kan være en viktig faktor for pasientens utfall etter behandling. Derfor vil det være viktig både å finne og gjøre justeringer for å forbedre alliansen eller metoden, for hvis man ikke gjør dette så vil FIT heller ikke ha den tiltenkte effekten. Det er forsket lite på hvordan justeringer bør gjøres, spesielt i forløp hvor man står fast og man ikke kommer fram til noe som kan endres på (Brattland, 2018). Selve

poenget med å bruke FIT er å monitorere utviklingen, innhente tilbakemeldinger fra klient på opplevelse av samtalene, for så å endre på ting underveis når framgangen uteblir. Erfaringene fra deltakerne i denne studien viser at dette kan være langt vanskeligere å faktisk gjennomføre justeringer i praksis, som også blir nevnt i Esmiol-Wilson og kollegaer (2017) sin studie.

Ettersom erfaringene med justeringer spriker fra å være en stor suksessfaktor til å være noe terapeutene assosierer med stor frustrasjon, virker det som at dette er et viktig og komplisert aspekt ved FIT som det er fordelaktig å rette mer oppmerksomhet mot.

Contextual Feedback Intervention Theory forteller at når man får negative tilbakemeldinger så gjør man endringer for å bedre prestasjonen sin som terapeut (van Sonsbeek et al., 2021). For det første må terapeuten etablere en god tilbakemeldingskultur hvor det skal føles greit å gi tilbakemeldinger. Dette kan kreve en del arbeid avhengig av terapeutfaktorer, pasientfaktorer og samspillet mellom dem. For det andre må man være mottakelig og legge til rette for å få tilbakemeldinger, som terapeutene tror er spesielt viktig for å få gode tilbakemeldinger. Den tredje forutsetningen er at terapeuten må ha tilgang på ærlige, reelle tilbakemeldinger fra pasienten sin, som kan være en utfordring i seg selv. I tidligere forskning ser man at det er viktig med holdninger, for eksempel at man anser ROM-verktøy som valide, og at tilbakemeldingene man får er relevante og reelle. Det er interessant at til tross for at terapeutene har et positivt holdning til FIT, forteller de og om en ambivalens når det kommer til validiteten til FIT-verktøyene, og tvilen eller diskusjonen rundt om tilbakemeldingene er troverdige/ærlige. Andre studier har og funnet at terapeuter tidvis tviler på om FIT fanger opp kompleksiteten av individuelle forløp, og om barn svarer ærlig (Norman et al., 2014). Dette tyder på et behov for flere valideringsstudier av FIT når det brukes med barn og unge, som også etterlyses av andre studier (Bear et al., 2021).

Etter å ha mottatt tilbakemeldinger blir det neste steget å justere behandlingen i tråd med tilbakemeldingene. Flere av terapeutene opplever at det er lite veiledning på hva de gjør når man har en god kultur, er mottakelige og får reelle tilbakemeldinger fra pasienten, men dog ikke vet hva de skal endre på. Terapeutene hadde erfaringer med at de til tross for god allianse hadde vanskeligheter med å gjøre justeringer som bidro til videre fremgang i behandlingen. Dette kan være interessant siden allianse ofte er en viktig prediktor i psykoterapi (Horvath et al., 2011) og Brattland sin forskning om at allianse predikerer behandlingseffekt i arbeid med FIT (2019). I disse tilfellene har terapeutene hatt en sterk opplevelse av at alliansen har vært god og også kartlagt alliansen med SRS, men likevel ikke fått til en god progresjon

Det er behov for kunnskap om hvordan man skal klare å innhente tilbakemeldinger og finne justeringer slik at man klarer å stå støtt i frustrerende og vanskelige situasjoner. Terapeutene beskriver at pasientene påvirker hvor smidig det er å etablere en god tilbakemeldingskultur, og det er noe overraskende at terapeutene attribuerer på denne måten. Som regel er terapeutene opptatte av hvordan de påvirker samspillet mellom dem og pasienten, og føler på ansvaret for å skape tilbakemeldingskulturen. Men i utfordrende situasjoner, hender det likevel at terapeutene attribuerer mangelen på framgang til egenskaper ved pasienten eller omstendighetene rundt. Dette skjer ofte i situasjoner hvor terapeuten har lagt inn stor innsats, begynner å bli frustrert og ikke vet hvordan hvilke justeringer man skal gjøre for å skape utvikling. Flere studier finner at terapeutene kan oppleve stor frustrasjon i arbeid med FIT (Brattland, 2018; Esmiol-Wilson et al., 2017). Å være modig, samarbeidsvillig og ærlig er framhevet som faktorer som gjør det lettere, mens pasienter som er redde for å gi tilbakemelding, ikke vil til behandling eller ikke får til å uttrykke

tilbakemeldinger er utfordrende faktorer. Denne typen attribusjonsmønster kan minke sannsynligheten for at terapeuten endrer behandlingen (Sapyta et al., 2005), og studier viser til at terapeuter har en tendens til å attribuere prematurt frafall fra terapi til pasienten eller miljøet (Murdock et al., 2010). Det er interessant at terapeuter som i utgangspunktet er svært bevisst på at man har en tendens til å attribuere eksternt, fortsatt gjør nettopp dette i visse tilfeller, antakeligvis for å beskytte seg selv i overveldende og frustrerende situasjoner. Problemet med dette er at det det ikke vil føre til endringer eller framgang i forløpet. Hvis man årsaksforklarer mangel på framgang til pasienten, vil man samtidig ha en følelse av at man som terapeut har liten påvirkningskraft og kontroll over utfallet eller utviklingen i forløpet.

Det er et stort behov for å få drøfte vanskelige forløp med kollegaer eller i veiledning, ettersom det kan oppleves svært krevende å stå i disse situasjonene, og stiller høye krav til at terapeutene klarer å regulere seg selv, spesielt i en hektisk og tidspresset arbeidshverdag. Det er viktig at man føler mestring i arbeid med FIT i mange saker, for at man som terapeut skal klare å håndtere og stå i de utfordrende forløpene. Når man er såpass frustert kan man tenke seg at det er vanskelig å klare å beholde fokuset på god motakelighet for tilbakemeldinger. Spørsmålet blir hvordan man skal klare å etablere denne trygge kulturen med pasientersom er engstelige, som kanskje ikke er modige eller ærlige av natur, og som syns det er ubehagelig å gi tilbakemeldinger, til tross for at man som terapeut prøver å legge til rette for det.

Terapeutene foreslår å prioritere alliansearbeid, og å finne ikke-verbale kommunikasjonsmetoder som for eksempel tegning og veiledning. Videre har noen av terapeutene hatt nytte av å bruke mye tid på refleksjon og være svært oppmerksom i timene på mulige ting pasienten reagerer på. Dette krever imidlertid tid. Esmiol-Wilson og kollegaer

foreslår at det kan være hensiktsmessig å utforske metoder for å støtte og veilede terapeuter bedre når de står i slike opplevelser (2017).

Ettersom det finnes mange ulike måter å justere en behandling på, blir det vanskelig å operasjonalisere begrepet. Justeringer handler om å skreddersømme psykoterapi til individet, ettersom ingen individer er like, vil justeringer også være svært ulike, og derfor kanskje vanskelig å lære bort eller forske på. Likevel er det et helt sentralt element i FIT, og et viktig poeng for endre behandling slik at den blir nyttig for pasienten. Med tanke på den store variasjonen, kan man diskutere om organisasjoner som driver psykisk behandling for barn og unge er fleksible nok, og om behandlere har handlingsrom til å utføre nyttige justeringer. Halvparten av terapeutene kommenterer på ulike utfordrende begrensninger for eksempel i forbindelse med arbeidstid og arbeidsform, og opplever at de ikke alltid klarer å møte behovene til pasientene sine. En rapport fra Barneombudet viser til at både barn, foreldre og ansatte som jobber på BUP opplever tjenesten som for lite fleksibel, og at behovet for individuell tilpasning ikke blir møtt i stor nok grad (2020). Rapporten argumenter for at rammene begrenses siden det er fokus på at BUP skal gi flere og raskere hjelp til barn og unge, og at det er behov for en omstrukturering av midler for å etablere en bedre behandlingsmodell som tar større hensyn til individuelle tilpasninger i behandlingen.

Det er antakeligvis fordelaktig å forske på dette med kvalitative tilnærminger, for eksempel innholdet i justeringer, spesielt i forløp mange terapeuter anser som utfordrende. Videre kan det være gunstig med mer kunnskap om hvordan man skal kontrollere at justeringene har en effekt, for eksempel om det er meningen at man skal se det på endringsgrafene, eventuelt hvor lenge skal man vente.

Implementering

Resultatene som omhandler implementering samsvarer i stor grad med tidligere forskning med tanke på holdninger, systemtiltak og praktiske utfordringer (Bear et al., 2021; Esmiol-Wilson et al., 2017; Kwan et al., 2021). Samlet sett uttrykker terapeutene ønske og behov for mer fokus på hvordan man kan bruke FIT mer fleksibelt, minke praktiske utfordringer med maskinvare og skape rom for veiledning for å håndtere utfordringene som man støter på.

Terapeutene uttrykker behov for at tilbakemeldingsverktøyet er praktisk og så tidssparende som mulig, samt ikke oppleves som merarbeid. Andre studier understreker og behovet for enkle verktøy som ikke koster mye tid og krefter (Norman et al., 2014). Det viktig at arbeidsplassen på den ene siden tilbyr gode tekniske løsninger og opplæring av teknisk bruk, og på den andre siden også skaper rom for å bruke tid på å reflektere rundt tilbakemelding, kurs, opplæring og veiledning.

Ledelsen kan være et viktig bidrag til å ivareta motivasjonen og gode holdninger, spesielt i begynnelsen av en implementeringsfase hvor bruken av FIT ikke er automatisert. Tidligere forskning tyder på at terapeutene har behov for å ha muligheten til å diskutere med andre kollegaer, og fortelle om mulige utfordringer og hindringer de støter på i arbeid med FIT (Bear et al., 2021; Esmiol-Wilson et al., 2017). Esmiol – Wilson framhever at veiledere og ledere på arbeidsplassen kan modellere god feedback kultur ved å spørre om tilbakemeldinger, normalisere å gjøre feil og heller se det som en utviklingsmulighet. En deltaker poengterer at FIT krever at terapeuter er modige hvis man faktisk skal bruke FIT ordentlig. I tråd med dette kommenterer Mackrill og Sørensen at det burde være stor tillit

mellom deltakerne i veiledningsgruppen, slik at det er mulig å være åpen om utfordringer og få støtte fra kollegaene sine (2020).

Ledelsen kan og fremme et fleksibelt bruk av systematisk tilbakemelding, slik at det ikke oppfattes som en tvungen rutine. Dette kan muligens bidra til at terapeuten opplever en større frihet og blir mer tilbøyelig til å bruke FIT, som igjen kan føre til en positiv holdning til tilbakemeldingsverktøy.

Flere terapeuter mener at opplæring er viktig for implementering, fordi man får informasjon om enkle måter å administrere FIT på. Opplæring kan bidra til at terapeuter får en klarere ide av formålet til FIT, som sterkt kan påvirke holdningen til å bruke tilbakemeldingsverktøy. Resultatet samsvarer med tidligere studier (Bear et al., 2021; Kwan et al., 2021).

Konklusjon

For å oppsummere så viser denne studien at terapeuter opplever både stor nytteverdi og tidvis store utfordringer i bruken av FIT. Det er bred enighet om at FIT er et godt verktøy for å avdekke viktig informasjon, monitorere utviklingen, og er gunstig å bruke med tanke på egenutvikling. Gode justeringer, måten terapeuten legger til rette for og mottar tilbakemeldinger på, og at pasienter som er modige, ærlige og samarbeidsvillige, er faktorer som fremmer en god tilbakemeldingskultur. Samtidig ser man at terapeutene kan oppleve mye frustrasjon når de møter på utfordringer med å innhente tilbakemeldinger, blir usikre på om tilbakemelding er reell, eller ikke finner ut hvordan de skal tilpasse behandlingen.

Brukermedvirkning og behandling som er tilpasset individuelle behov, er ønsket fra mange ulike aktører, både fra pasienter, foreldre, helsedirektoratet og organisasjoner som representerer barn og unge. Terapeutene fra denne studien gir uttrykk for at FIT øker

pasientdeltakelse og involvering, men at justeringene kan være svært vanskelig å få til, selv om terapeuten legger inn høy innsats og har et stort ønske om å justere behandlingen på best mulig måte. Tidligere studier har vist store forskjeller i behandlingseffekt, hvor justeringer er en viktig og sentral del av FIT, og det er behov for mer kunnskap om hvordan terapeuter skal utføre gode justeringer for å kunne tilpasse behandlingen, og dermed oppnå tiltenkt/ønsket effekt av behandlingen.

Litteraturliste

- Bargman, S. & Robinson, B. (2012). Manual 2: Feedback-informed clinical work: the basics. I *ICCE Manuals on feedback-informed treatment (FIT)* (Bd. 1-6). International Center for Clinical Excellence Press.
- Barneombudet. (2020). "Jeg skulle hatt BUP i en koffert" - En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov.
- Bear, H. A., Dalzell, K., Edbrooke-Childs, J. & Wolpert, M. (2021). Applying behaviour change theory to understand the barriers to implementing routine outcome monitoring. *British Journal of Clinical Psychology*, n/a(n/a).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjc.12322>
- Bergman, H., Kornør, H., Nikolakopoulou, A., Hanssen-Bauer, K., Soares-Weiser, K., Tollefsen, T. K. & Bjørndal, A. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D. & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6-19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- 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. I. NTNU.
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M., Ryum, T., Wampold, B., 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. <https://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Klöckner, C. A., Lara-Cabrera, M. L., Miller, S. D., Wampold, B., 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.
- Budesa, Z. (2020). Feedback-Informed-Treatment: A Deliberate Approach to Responsible Practice. *International Journal on Responsibility*, 3(2), 8.
- Casey, P., Patalay, P., Deighton, J., Miller, S. D. & Wolpert, M. (2020). The Child Outcome Rating Scale: validating a four-item measure of psychosocial functioning in community and clinic samples of children aged 10–15. *European child & adolescent psychiatry*, 29(8), 1089-1102.
- Cooper, M., Duncan, B., Golden, S. & Toth, K. (2021). Systematic client feedback in therapy for children with psychological difficulties: pilot cluster randomised controlled trial. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(1), 21-36.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1647142>
- Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of psychiatry*, 164(11), 1668-1675.

- de Jong, K. (2016). Deriving implementation strategies for outcome monitoring feedback from theory, research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 292-296.
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M. & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2018-2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>
- Dogra, N. (2005). What do children and young people want from mental health services? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 370-373.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J. & Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Duncan, B. L., Sparks, J., Miller, S., Bohanske, R. & Claud, D. (2006). Giving youth a voice: A preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measure for children, adolescents, and caretakers. *Journal of Brief Therapy*, 5.
- Errázuriz, P. & Zilcha-Mano, S. (2018). In psychotherapy with severe patients discouraging news may be worse than no news: The impact of providing feedback to therapists on psychotherapy outcome, session attendance, and the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 125.
- Esmiol-Wilson, E., Partridge, R., Brandon, M., Kollar, S. & Benning-Cho, S. (2017). From Resistance to Buy-In: Experiences of Clinicians in Training Using Feedback-Informed Treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(1), 20-41.
<https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1178615>
- Forandringsfabrikken. (2018). *Verktøy: Mitt liv psykisk helsevern (BUP) Anbefalinger til god praksis* Hentet 30.08.2021 fra
<https://www.forandringsfabrikken.no/article/anbefalinger-til-god-praksis-2018#>
- Fortney, J. C., Unützer, J., Wrenn, G., Pyne, J. M., Smith, R. G., Schoenbaum, M. & Harbin, H. T. (2017). A Tipping Point for Measurement-Based Care. *Psychiatric Services*, 68(2), 179-188. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500439>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Adm Policy Ment Health*, 43(3), 325-343.
<https://doi.org/10.1007/s10488-015-0710-5>
- Grøholt, E., Bøhler, L. & Hånes, H. (2018). *Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge i 2018*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet 30.08.2021 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

- Hermens, D. F., Scott, E. M., White, D., Lynch, M., Lagopoulos, J., Whitwell, B. G., Naismith, S. L. & Hickie, I. B. (2013). Frequent alcohol, nicotine or cannabis use is common in young persons presenting for mental healthcare: a cross-sectional study. *BMJ open*, 3(2), e002229.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy.
- Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lunde, T., Melsom, P. A. & Wifstad, Å. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. *Kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag-NEM*.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., Bhattacharya, A., Gimson, A., Brütt, A. L., de Jong, K. & Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), Cd011119. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011119.pub2>
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kwan, B., Rickwood, D. J. & Brown, P. M. (2021). Factors affecting the implementation of an outcome measurement feedback system in youth mental health settings. *Psychotherapy Research*, 31(2), 171-183.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520-537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., Simon, G. & Kroenke, K. (2019). Implementing measurement-based care in behavioral health: a review. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 324-335. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>
- Mackrill, T. & Steensbæk, S. (2021). What can the use of Feedback Informed Treatment teach us about involving children, young people and caregivers in statutory casework? *European Journal of Social Work*, 24(4), 696-707.
- Mackrill, T. & Sørensen, K. M. (2020). Implementing routine outcome measurement in psychosocial interventions—a systematic review. *European Journal of Social Work*, 23(5), 790-808.
- Miller, S. D., 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(2), 91-100.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness*. American Psychological Association.
- Murdock, N. L., Edwards, C. & Murdock, T. B. (2010). Therapists' attributions for client premature termination: Are they self-serving? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 221.
- Norman, S., Dean, S., Hansford, L. & Ford, T. (2014). Clinical practitioner's attitudes towards the use of Routine Outcome Monitoring within child and adolescent mental

- health services: A qualitative study of two child and adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 576-595.
- Pejtersen, J. H., Viinholt, B. C. A. & Hansen, H. (2020). Feedback-informed treatment: A systematic review and meta-analysis of the partners for change outcome management system. *J Couns Psychol*, 67(6), 723-735. <https://doi.org/10.1037/cou0000420>
- Riemer, M., Rosof-Williams, J. & Bickman, L. (2005). Theories related to changing clinician practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(2), 241-254.
- Sapyta, J., Riemer, M. & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 145-153.
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G. & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638-647.
- Solstad, S. M., Kleiven, G. S., Castonguay, L. G. & Moltu, C. (2021). Clinical dilemmas of routine outcome monitoring and clinical feedback: A qualitative study of patient experiences. *Psychother Res*, 31(2), 200-210. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1788741>
- Sundet, R. (2012). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 122.
- Tam, H. E. & Ronan, K. (2017). The application of a feedback-informed approach in psychological service with youth: Systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 55, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.005>
- van Sonsbeek, M. A. M. S., Hutschemaekers, G. J. M., Veerman, J. W., Vermulst, A., Kleinjan, M. & Tiemens, B. G. (2021). Challenges in investigating the effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care. *Child & Youth Care Forum*, 50(2), 307-332. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09574-1>
- Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A. & Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child- and parent- reported outcomes and experience from child and young people's mental health services 2011-2015*. CHAMS Press.
- Østergård, O. K., Randa, H. & Hougaard, E. (2020). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy-A systematic review and meta-analysis. *Psychother Res*, 30(2), 195-212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949>

Appendix A

Terapeuters opplevelse av å bruke de systematiske tilbakemeldingsverktøyene i FIT: En kvalitativ intervjuundersøkelse.

Introduksjon: Praktisk informasjon om intervjuet

- Introdusere studien:
 - Hovedoppgaveprosjekt: introdusere meg selv
 - Under veiledning fra Toril Sørheim Nilsen og Linda Svorken
 - Formål med studien: Å undersøke terapeuters opplevelse og erfaring av nytten ved å benytte tilbakemeldingsverktøy i FIT i arbeid med barn
 - Antatt tidsbruk: ca 1- 1.5 time, mulighet for pause/stille spørsmål ved behov
 - Anonymisering (terapeut 1, 2 osv.)
 - Opptak (slettes etter ferdigstilt doktorgradsprosjekt, oppbevares på kryptert minnepenn)
 - Publisering?
- Informert samtykke – presentere og deltaker tar stilling til samtykke

Overordnede problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer og eventuell nytteverdi opplever terapeuter ved å benytte tilbakemeldingsverktøyet FIT i arbeid med barn og unge?
2. Opplever terapeuter at tilbakemeldingene de får gjennom FIT fører til endringer i terapiforløpet? Hvordan opplever terapeuter å justere behandlingen etter tilbakemeldingene de får gjennom FIT?
3. Hvilke utfordringer opplever terapeuter å møte på ved å benytte FIT i arbeid med barn og ungdom?

Åpningsspørsmål:

Informasjon om informanten:

- Alder, kjønn.
- Hvor jobber du?
- Hvor lenge har du vært terapeut?
- Hvilken aldersgruppe og problematikk jobber du med?
- Hvor lenge har du benyttet FIT i din praksis?
- Hva gjorde deg interessert i å begynne å bruke FIT?
- Får du noen form for FIT-veiledning?

Intervjuguide:

Innledning

I den første delen av intervjuet vil jeg be deg om å tenke på noen enkelt klienter som du har benyttet FIT sammen med - og fortelle om dine opplevelser og erfaringer knyttet til disse. Deretter vil jeg stille noen spørsmål om dine opplevelser og erfaringer med å benytte FIT på tvers av flere behandlingsforløp.

Del A: suksesshistorie

Først vil jeg gjerne at du skal tenke på et behandlingsforløp hvor **du opplevde at det ble en god tilbakemeldingskultur med klienten**, og det fungerte godt å bruke FIT. Prøv å

anonymisere klienten det er snakk om så godt som mulig, og ikke nevne informasjon som kan identifiserer vedkommende (for eksempel navn, konkret alder, tidspunkt, spesielle hendelser osv.)

- Fortell meg om dette forløpet
- Kan du fortelle om hva du tror som bidro til en god tilbakemeldingskultur?
- Kan du beskrive noen suksessfaktorer?
- Hva var det med denne situasjonen/dette forløpet som gjorde det lettere å få til en god tilbakemeldingskultur?
- I hvilken grad opplevde du at du fikk til å gjøre justeringer i tråd med de tilbakemeldingene du fikk fra klienten?

Del B: utfordrende historie:

Tenk på et forløp hvor det ikke var like lett å få til en god tilbakemeldingskultur mellom deg og barnet eller ungdommen du jobbet med. Fortell så **anonymisert** som mulig om denne historien, uten å inkludere identifiserbare detaljer.

- kan du fortelle meg om dette forløpet?
- Kan du fortelle om hva du tror bidro til at det ble vanskelig å danne en god tilbakemeldingskultur?
- Hva slags reaksjoner oppsto i deg da du møtte på utfordringer med tilbakemeldingsverktøy? (Hvordan opplevde du denne situasjonen)
- I hvilken grad opplevde du at du fikk til å gjøre justeringer i tråd med de tilbakemeldingene du fikk fra klienten?

Del C:

De neste spørsmålene handler generelt om erfaringer når du har benyttet FIT, tenk på erfaringene og opplevelsene du generelt har hatt på tvers av klienter og forløp. Igjen er det viktig å anonymisere erfaringene og opplevelsene du har hatt med barn og unge

1. I hvilken grad opplever du at du får til å gjøre justeringer i tråd med de tilbakemeldingene du får fra klientene?
2. Kan du komme på forløp hvor justeringene ikke har fungert, hvorfor?
3. Hvordan er det for deg å få tilbakemelding fra barn og unge om at de ikke er fornøyde eller at de ikke opplever bedring?
4. I hvilken grad opplever du at du får ærlige tilbakemeldinger fra dine klienter?

Del D: spørsmål knyttet til implementering

1. Hva slags nytteverdi har FIT for deg i arbeid med barn?
2. Hva hindrer deg i å bruke FIT?
3. Hender det at du ikke bruker FIT? I såfall, hvorfor?
4. Hva skal til for at du og dine kollegaer fortsetter å bruke FIT (Hva skal til for at det er et nyttig verktøy?)

Avslutning av intervju

- Har du noe å tilføye?

- Er det noe du har kommet på underveis som du syns det er viktig å få med?
- Har du noen spørsmål?
- Tusen takk for du kunne stille opp!



TERAPEUTERS ERFARINGER OG OPPLEVD NYTTEVERDI AV TILBAKEMELDINGSVERKSTØYET FIT I ARBEID MED BARN OG UNGDOM

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke terapeuter sin opplevelse og erfaringer med FIT i arbeid med barn og unge. Jeg ønsker å utforske nytteverdien av Feedback Informerte Tjenester (FIT), samt implikasjoner med tanke på implementering av tilbakemeldingsverktøyet. Det er begrenset informasjon og kunnskap om nytteverdi og implementering i Norge, spesielt med barn og unge. Prosjektet mitt gjennomføres i forbindelse med den avsluttende hovedoppgaven for graden cand.psychol.

Du blir forespurt om å være med i dette prosjektet ettersom du bruker tilbakemeldingsverktøyet FIT i arbeid med barn og unge.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. I løpet av intervjuet vil det bli stilt noen forhåndsdefinerte spørsmål vedrørende deltakerens erfaringer med FIT, forløp hvor tilbakemeldingskulturen har vært god, og forløp hvor det har vært utfordrende.

Intervjuet vil ta rundt 1,5 timer. Etter intervjuet er gjennomført blir lydopptaket transkribert og analysert med NVIVO. Lydopptak blir slettet når hovedoppgaven er ferdigstilt og levert, senest 20.12.21. Det er planlagt at oppgaven skrives om til en fagartikkel og senere publiseres i et fagtidsskrift. De transkriberte dataene lagres i tråd med UiT datalagringsplan og i anonymisert form frem til artikkelen er publisert.

I intervjuet blir det spurt om FIT i arbeid med barn og unge, i disse tilfellene kan det komme opp spesifikke behandlingsforløp. I disse tilfellene har da *taushetsplikt* som helsepersonell, og opplevelser og erfaringer kan deles, men uten identifiserbare detaljer om pasienter.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg i din yrkesrolle. Deltakerne i studien vil bli omtalt som terapeut 1, 2, 3 og så videre, i tillegg til informasjon om at deltakeren jobber som terapeut med barn/ungdom og informantens arbeidssted.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil den informasjonen du har gitt til dette forskningsprosjektet. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger).

GODKJENNINGER

Prosjektet er registrert i Norsk senter for forskningsdata (NSD).

UiT Norges arktiske universitet, hovedveileder/førsteamanuensis og psykologspesialist Toril Sørheim Nilsen og biveileder og psykologspesialist Linda Svorken er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Solveig Vårdal Harildstad, tlf. 94 78 57 00, epost: sha287@uit.no.

- Hovedveileder Toril Sørheim Nilsen, epost: toril.nilsen@uit.no, eller telefon 776 25159
- Biveileder: Linda Svorken, epost: linda.svorken@uit.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen Uit Norges arktiske universitet: Joakim Bakkevold, på epost personvernombud@uit.no, eller telefon 776 46 322

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vurdering

Referansenummer

379746

Prosjekttittel

Terapeuters opplevelse og nytteverdi av tilbakemeldingsverktøyet FIT i arbeid med barn og ungdom

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Toril Sørheim Nilsen, toril.nilsen@uit.no, tlf: 77625159

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Solveig Vårdal Harildstad, sha287@uit.no, tlf: 94785700

Prosjektperiode

16.08.2021 - 20.12.2021

Vurdering (1)**02.09.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger

som kan identifisere enkelt barn eller saker.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!