



The Outcome Rating Scales (ORS) och The Session Rating Scales (SRS)

- i arbetet med en barnfamilj

Strävan efter att skapa en feedbackkultur för att förbättra behandlingsresultatet

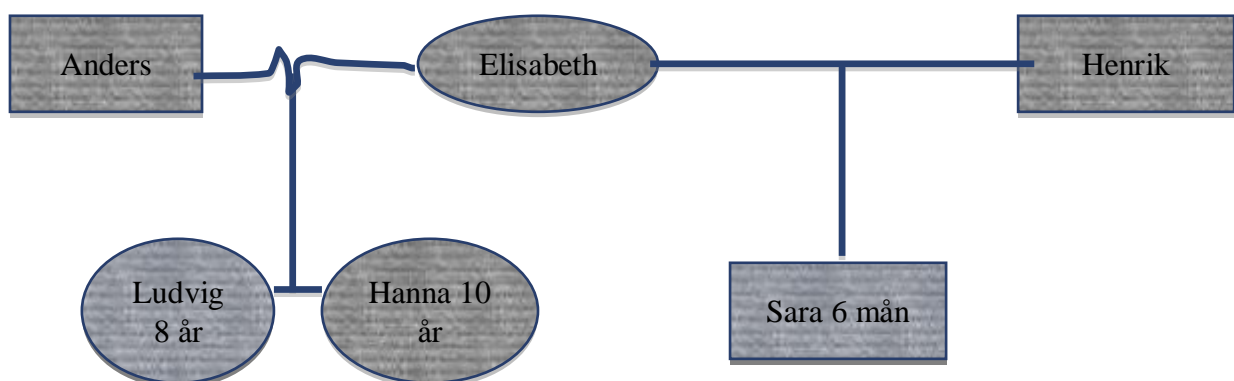
Inledning:

Jag arbetar på Behandlingsenheten i Öckerö kommun. Till oss kommer människor med olika problemformuleringar. De som kommer kan både söka själva eller komma till oss efter en utredning på myndighetskontoret. För att utveckla vårt arbete kom vi överens på arbetsplatsen om att gå GCK's systemiska grundutbildning och sedan den systemiskt/narrativa påbyggnaden.

Under grundutbildningen var jag på en workshop med Scott Miller som kom att påverka mig starkt. Han pratade om vad som var verksamt i socialt behandlingsarbete. Hans forskning visade att 80 % av klienterna som fick någon form av psykoterapi mår bättre än de klienter som inte fick någon insats. Under föreläsningen slog han däremot fast att vilken metod vi använde oss av var av mindre betydelse för utfallet. Scott pekade istället på att feedback från klienterna var det viktigaste verktyget för terapeuten. Han sa att om vi frågar klienterna om hur de mår varje gång vi träffar dem kan vi se om önskvärd förändring sker och om vi frågar dem om deras upplevelse av samtalet får vi veta om relationen bär. Som stöd i att systematisera detta hade han utvecklat två skalor; ORS (Outcome rating scale) som ser förändringen i måendet, utfallet av behandlingen och SRS (Session rating scale) som är en skattning av samtalet. Detta sätt att tänka kring förändringsarbete tilltalade mig mycket och jag kan se denna workshop som en vattendelare i mitt fortsatta arbete. (S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009, E. Abrahamsson, G. Berglund 2007)

Sedan den för mig första workshopen med Scott Miller har jag fortsatt att intressera mig av hans arbetssätt. Sedan ett par år tillbaka använder vi oss av ORS och SRS i allt klientarbete på Behandlingsenheten och det har klart påverkat mitt dagliga arbete. Vidare i denna uppsats kommer jag att skriva mer om Scott Millers teorier och hur de har påverkat mitt arbete genom att exemplifiera med hjälp av en familj jag arbetat med, där vi använt oss av skalorna i samtalen.

Familjen:



Denna familj har jag arbetat med under en längre tid och då framför allt med mor och de äldre barnen. Mamman har enskild vårdnad men de har regelbundet umgänge med sin pappa. När vi nu återvänder till familjen har mamman en ny partner och ett nytt litet syskon har kommit.

Arbetet tillsammans med familjen återupptas då det finns oro för det lilla barnet, främst i relation till sin pappa som uppvisar svårigheter att reglera sina känslouttryck som respons på det lilla barnets skrik. Mamman är föräldraledig och man är orolig för henne pga. av hennes långvariga psykiska ohälsa. De stora barnen är ej i fokus under denna insats men vi har kontakt med dem och de påtalar för sin mamma när de också vill komma. I samband med att kontakten med familjen återtas börjar vi använda oss av ORS- och SRS-skallarna.

Teoretiska utgångspunkter:

Forsknings rapporter visar fortlöpande att psykoterapi fungerar oavsett teoretisk skola eller metod. Forskning visar att de som får psykosocialbehandling klarar sig bättre än 80 % av de som inte får någon behandling. Att då ta reda på vad som fungerar i socialt behandlingsarbete har Scott Miller och hans medarbetare ägnat mycket tid till. (A.Millham -An interview with S. Miller 2011, What works i therapy: A primer, ICCE 2012, S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009). Det de har upptäckt är att:

Metoden står för (1 %) av förändringen i socialt förändringsarbete. Alla terapeuter använder sig av en metod. Det har däremot liten effekt vilken metod det är.

Allegiance står för (4 %) Allegiance är svårt att översätta till ett svenskt ord men det betyder att terapeuten är väl förtrogen med sin metod och teoretiska utgångspunkt samt tror på möjlig förändring. Detta för att förmedla hopp till klienten som stärker förväntningar på önskvärd förändring, att klienten tror att terapeuten är den som bäst kan hjälpa.

Alliansen står för (5-8%) Här är det viktigt med klientens uppfattning av relationens kvalitet. Det som visat sig ha positiv effekt är, att klienten upplever sig få hjälp med det han/hon önskar, vara överens om målet och anledningen till att man ses, att terapeuten upplevs som genuin samt kollar av med klienten om arbetet hjälper.

Terapeuten (4-9%) Det visar sig att det har betydelse vilken terapeut klienten möter för hur utfallet kommer att se ut. Det finns de terapeuter som är duktigare än andra och får bättre resultat. Det som främst gör en terapeut ”duktig” är terapeutens förmåga att skapa goda terapeutiska relationer. Variabler som ålder, kön, yrkeserfarenhet, examen, licens, teoretisk bakgrund, handledning, egenterapi, evidensbaserade metoder har visat sig ha liten eller ingen effekt på behandlingsresultatet.

Totalt står de terapeutiska effekterna för 13 % av förändringen.(What works i therapy: A primer, ICCE 2012, B. Duncan EBP, S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009)

Klientens bidrag i förändringsarbetet har en mycket stor roll för utfallet av psykoterapi,(40 %). Här har faktorer som; händelser i klientens liv, klientens privata relationer, personligaegenskaper, deras strävan, motivation, sociala nätverk och föreställningar om hur han/hon kan bli hjälpt stor betydelse. Klienten är motorn i förändringsarbetet (E. Abrahamsson, G. Berglund, 2007, B. Duncan EBP)

Det har visat sig att den största förbättringen i ett socialt förändringsarbete sker i början av behandlingsarbetet. 20-40% av klienterna blev bättre redan efter tre samtal, efter sju samtal var det 35-65% av klienterna som hade blivit bättre, 70-75% hade blivit bättre efter sex månader och efter ett år var det 85 % som upplevde en positiv förändring. Det har nu även visat sig att en tredjedel av klienterna kände sig bättre redan när de kom till det första

samtalet. Trots att förändringen sker olika snabbt för olika klienter är en tidig förändring en tydlig markör för ett positivt utfall(E. Abrahamsson, G. Berglund, 2007, What works i therapy: A primer, ICCE 2012, S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009).

Ett problem som forskningsgenomgången har visat är att nästan hälften av klienterna hoppar av innan de uppnått en mätbar förändring. De vanligaste orsakerna till avhoppet är upplevelse av att inte ha tid med alla möten, inte orka och inte tro på förändringsmöjligheten. När terapeuten inte frågade efter klientens feedback på arbetet var det dubbelt så vanligt att klienten hoppade av. Ett annat problem är att ca var tionde klient som får behandling blir inte hjälpt. Oftast så fortsätter ändå insatsen hos samma terapeut och klienten blir en så kallad långliggare. Risken finns att problematiken blir kronisk. Genom att fråga klienten om vad som han/hon får ut av, respektive inte får ut av kontakten, kan terapeuten snabbare hänvisa klienten vidare(E. Abrahamsson, G. Berglund, 2007, S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009).

För att systematisera klientfeedback har Scott Miller utvecklat ORS- och SRS-skalorna. Det finns fyra typer av skalor; för vuxna och ungdomar från 13 år, för barn i åldern 6-12 år och för små barn under sex år samt för grupper. Verkytet för de yngsta barnen består inte av skalor och poängsätts inte av terapeuten utan erbjuder ett sätt för barnen att få uttrycka sitt mående och sin upplevelse av samtalet(se bilaga)(Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

ORS The Outcome Rating Scale- visar på klientens personliga välbefinnande. Den består av fyra st. 10 cm långa skalor där klienten får skatta sitt eget personliga välbefinnande, sina nära relationer, det sociala med arbete, skola och vänner, den sista skalan är en skattning på hur klienten ser på sitt liv som helhet. ORS ges till klienten för att ifyllas i början av varje samtal och hänvisar till att han/hon utifrån senaste veckan ska skatta sitt eget mående. När skalan är ifylld kan terapeuten mäta var på skalan klienten har satt sina markeringar och genom att ge dem värde med hjälp av centimetrar och millimetrar räkna ut det totala värdet på klientens ORS. Det totala maxvärdet är 40 och det kliniska gränsvärdet för vuxna är 25. Barn och unga har en tendens att skatta sitt eget mående generellt högre så bland ungdomar 13-18 år är det kliniska gränsvärdet 28 och för barn 6-12 år är gränsvärdet 32. Skattar klienterna sig själva högre än dessa gränsvärden har troligtvis litet behov av något psykosocialt behandlingsarbete. Vid dessa fall är det viktigt att terapeuten frågar vad som för klienten till dem. Ofta är det någon annan som är remittent, som ser större behov än klienten själv. Här är det viktigt att gå varsamt fram och undersöka grunden till varför klienten kommer. Klienter som själva upplever en hög tillfredsställelse med sitt liv kan t.o.m. må sämre efter behandling. När behandlingen är verksam ska det synas på ORS skalorna och poängen ska öka över tid(E. Abrahamsson, G. Berglund, 2007, S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009, Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

SRS The Session Rating Scale- visar på klientens uppfattning av arbetsklimatet under samtalet, ser till den terapeutiska alliansen. Den består även den av fyra st. 10 cm. långa skalor som omfattar kvaliteten på relationen, grad av överenskommelse gällande mål och ämne för samtalet, upplevelsen av sättet att arbeta på samt hur dagens samtal passade klienten som helhet. Även SRS skalor finns för ungdomar, barn och för grupper. Liksom med ORS skalorna tar terapeuten och mäter var på skalorna klienten satt sina markeringar för att på så sätt få fram ett totalvärde. Det är av stor vikt att terapeuten ger respons på klientens feedback. Det har visat sig bidra till en stark terapeutisk relation och en stadig grund att fortsätta arbetet på. Den visade tilliten har visat sig vara av stor betydelse för behandlingsresultatet. Idag finns det också evidens för att de riktigt duktiga terapeuterna ofta får mer negativ feedback från sina klienter. Detta beror troligtvis på att dessa terapeuter är duktiga på att skapa så stark

allians med klienterna att de känner sig trygga att ge helt ärlig feedback. När det gäller gränsvärde kopplat till alliansen ligger det på 36. Skattar klienten alliansen lägre än 36 ska man vara mycket vaksam då färre än 24 % av klientärendena skattade lägre än 36 på SRS skalan (S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009, Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

Scott Miller har i undersökningar visar att rutinmässig användning av ORS och SRS i socialt förändringsarbete förbättrar behandlingsutfallet och minskar avhopp. Skalorna är främst ett samtals verktyg som kommer att hjälpa terapeuten att hålla fokus på utfallet och på kvalitén i alliansen. Att ha skalorna och kurvan synlig för både terapeut och klient ger en transparens och många möjligheter för klienten att påverka den behandling som pågår (What works i therapy: A primer, ICCE 2012).

Teori/praktik:

När vi ska börja arbeta tillsammans med familjen träffar vi första gången ansvarig socialsekreterare på socialkontoret för att samtala om varför vi ska inleda en behandlingskontakt och vad målet med insatsen är. Vi inleder med att introducera praktikbaserad evidens som metod och skalorna som verktyg. Talar om att vi använder oss av skalorna för att se om det vi gör hjälper och om ett bra arbete görs tillsammans, så kommer den största förändringen ses i början av kontakten. Vi säger också att de ska få så många samtal som behövs och om en positiv förändring skulle utebli, ska vi ta hjälp av våra kollegor. Skulle det visa sig att det inte ger resultat, kan vi hjälpa dem vidare till någon annan. Därefter får de fylla i ORS skalan och ber dem tänka hur de har haft det den senaste veckan; personligt välbefinnande, i familjen, socialt och i livet som helhet. Elisabeth fick ett ORS värde på 9,2 och Anders fick ett ORS värde på 8,9. Vi pratar om resultatet och säger att vi kan se att de har det kämpigt och att det påverkar det mesta i livet. Anders säger att det är väl så att ha småbarn och undrar om vi inte ska prata om varför vi sitter här (E. Abrahamsson, G. Berglund, 2007, S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009, Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

Vi går nu över till att fråga om deras tankar om varför vi ska ses. Anders säger att han inte vet varför vi ska ha kontakt och han är inte intresserad av någon kontakt då han tycker att det mesta fungerar ganska bra. När vi frågar Elisabeth om hennes idéer om varför vi ska arbeta tillsammans så säger hon att det har förekommit att Anders har blivit väldigt arg när Sara skriker och att de ilske utbrotten skrämmer både henne och barnen. Anders säger då att han tycker att reaktionerna är överdrivna men att han ska tänka på det. Förhandlingarna om anledningen till kontakt med Behandlingsenheten, nödvändigheten av kontakten och målet med en ev. samtals insats fortsätter under hela mötet. Vid avslutandet av mötet kommer vi överens med att börja med att träffas för tre samtal i Behandlingsenhetens lokaler med en frekvens av ett samtal var tredje vecka, samtalen är en timme och föräldrarna skall försöka få med sig en barnvakt som kan sitta utanför, så vi kan prata ostört och mer fokuserat. Temat vi ska arbeta med är föräldraparets reaktioner på när Sara skriker och målen är att Anders håller sig lugn när Sara skriker och att Elisabeth känner sig trygg över detta. Denna överenskommelse kan man säga är den slags "Service Delivery Agreement" de skriver om i Feedback-informed clinical work: the basics. I Systemisk coaching skriver de om denna inledande kartläggningen som ett kontrakt och det grundar sig samtalet på. Vi skriver ihop det till en genomförandeplan. Detta görs för att se till att vi pratar om de saker klienten vill prata om, träffas på ett sätt som passar och sätter upp mål som är meningsfulla för klienten. Vi använder oss bl.a. av frågor som; vad är viktigt att tala om, varför är det viktigt, vad vill du uppnå, vad tar du med dig från samtalet om det varit ett lyckat samtal och vad behöver du av

mig för att det ska bli ett bra samtal. Detta i sin tur bör påverka alliansen i en positiv riktning och är alliansen stark då är det mer troligt att resultatet är en positiv förändring. Arbetet med kontraktet görs sedan i början av varje samtal i samband med ORS skalorna för att fånga vad som är viktigast just idag (Moltke, H.V., Molly, A., 2011, Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

I slutet av samtalet introducerar vi SRS skalan och ber dem att fylla i den så noggrant de kan för det hjälper oss att bli duktigare och ökar möjligheterna att göra ett bra arbete tillsammans. Er feedback är viktig och jag vill veta vad jag kan göra annorlunda. Jag vill gärna veta om det var något under samtalet idag som vi missat, om det var något som var oklart eller om det var något som passade speciellt bra. När de fyller i får Elisabeth ett SRS värde på 36,5 och Anders fick ett SRS värde på 17,5. Vi vänder oss då mot Anders och säger att vi blir bekymrade då han skattar samtalet så lågt. Anders säger då att han inte tycker om möten, men att det ändå var ganska ok. När vi frågar vidare om vad vi kan göra annorlunda säger han att han inte tycker om när vi pratar så mycket runt innan vi kommer till det vi ska prata om och så tycker han att alla är på Elisabeths sida. Vi svarar då att vi ska försöka bättra oss på detta och att vi vore tacksamma om han även framöver kunde vara så ärlig mot oss då det är till stor hjälp (S. Miller Nya Varvet 23-24 april 2009, Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

Vid nästa samtal kommer Anders och Elisabeth till Behandlingsenheten och en barnvakt sitter med Sara i vårt väntrum under samtalet. Vi börjar med ORS och pratar om att de nu ska skatta hur de haft det sedan vi sås senast. När de fyllt i skalorna och vi tittar på dem så har Anders gjort en viss ökning till 10,5 och Elisabeth har ökat till 22,2. Dessa positiva förändringar gör oss nyfikna och vi samtalar om vad för skillnader de upplever jämfört hur det var när vi träffades senast. Elisabeth säger att den stora förändringen för henne är det hopp det innebär för henne att Anders nu går med henne till oss på Behandlingsenheten och pratar om deras reaktioner när Lucas skriker och hur det påverkar hela familjen. Anders säger att den största skillnaden är att han märker att Elisabeth är gladare. Tom Andersen skriver i boken Reflekterande processer om Batesons begrepp skillnader. Han skriver att det finns två olika betydelser av Batesons användning av skillnad. Dels är det något skilt från bakgrunden och sedan är förändring en skillnad över tid som är orsakad av en skillnad. I våra frågor riktar vi in oss på det senare. Då det finns så många skillnader är det omöjligt att fånga alla då bakgrunden hela tiden förändras, detta sker till exempel genom interaktionen mellan människor. När vi frågar vidare om förändringarna paret upplevt säger de också att när de tänker på det så har Anders endast brusat upp en gång sedan senaste samtalet vilket förut hände nästan dagligen. Här stannar vi upp i samtalet och gör en så kallad time out. Vi frågar om detta är något som de vill fortsätta undersöka under dagens samtal. Denna time out gör vi för att igen vara säkra på att vi pratar om rätt saker och tillsammans se processen för att se vart samtalet är på väg och om vi ska fortsätta på det spåret eller om det är något annat som är viktigare för dem att prata om under dagens samtal. Anders och Elisabeth säger att de är överens om att vi kan fortsätta att prata om de skillnader som upplevts sedan senaste samtalet. Vi går sedan över till att samtala om vilka små skillnader som krävs för att de skulle skatta lite högre på ORS. Denna fokus ändring för in oss på så kallade framtidsforskarfrågor och vi samtalar även om hur flickorna skulle märka dessa skillnader och deras respons på det (Andersen, T. 2003, Moltke, H.V., Molly, A.2011).

När 50 minuter gått av samtalstiden börjar vi runda av samtalet och ta fram SRS skalorna. Både Elisabeth och Anders skattar samtalet nästan likvärdigt som senaste samtalet. Vi försöker igen fånga Anders feedback och göra den konkret så att vi kan anpassa vårt arbete så

att det passar honom bättre. Han säger att han känner sig lyssnad till men att han skulle vilja ha klarare verktyg att ta till när Sara skriker för han känner sig maktlös och vet inte vad han ska göra. Vi tackar och säger att vi tar med oss detta till nästa samtal. Elisabeth skattar högt på SRS så henne frågar vi om det var något i samtalet som passade henne speciellt bra och då säger hon att det var först idag som hon lade märke till att Anders varit lugnare den senaste tiden och att det påverkat familjen positivt. Vi frågar också henne om det var något vi missat under dagens samtal och då säger även hon att vi pratar mer konkret om vad de kan göra när Sara skriker. Vi tackar och säger att deras feedback hjälper oss mycket i vårt arbete. Samtalet kring SRS skalorna kan ses som den avslutning som de skriver om i Systemisk coaching och används för att utvärdera samtalet både innehållsmässigt och på process nivå. ORS och SRS är bra samtalsverktyg och gör det naturligt att förflytta sig under samtalet mellan innehållsnivå och process nivå, att samtala om samtalet och det gör att klientens delaktighet ökar (Moltke, H.V., Molly, A.2011).

Arbetet med Elisabeth och Anders fortsatte och den påbörjade positiva förändringen fortsatte. Efter tre samtal gjorde vi ett nytt kontrakt med Elisabeth och Anders där vi kom överens att fortsätta vårt gemensamma arbete. Kring samtal sex var det dock ett kraftigt bakslag och de båda skattade sig på liknande värde som de hade när de först kom. Vi pratade mycket om anledningen till detta och hade ett så kallat "check-in" samtal för att undersöka om det behövde göras några förändringar i vårt arbete gällande; varför vi ses, vår metod, de uppsatta målen, på vilket sätt vi ses, hur ofta vi träffas och så vidare. Detta samtal har syftet att förebygga ett eventuellt avhopp från behandlingen och till att fortsätta att bygga på en stark allians. Efter detta samtal började ORS värdena öka igen för dem båda(Feedback-informed clinical work: the basics 2012).

Anders fortsatte att ge låga värden på SRS skalan och endast vid fyra samtal av tio kom värdet över cut off. När vi tittar på varje skala på SRS så visar det att han skattade *Relation* som lägst 9,7 medan hans skattning av *Mål och Ämnen* varierade mellan 0,2 till 9,8. Anders var alltid väldigt tydlig med vad han önskade av oss. Han var vad man kan kalla en "kund". Jag upplevde att vi arbetade mycket med att vara lyhörda efter vad som passade Elisabeth och Anders. Jag tycker man kan se våra samtal om de låga SRS värdena som försök att misslyckas framgångsrikt, då jag lärt mig mycket under arbetets gång.(Moltke, H.V., Molly, A.2011, Feedback-informed clinical work: the basics 2012)

Mitt lärande:

Det är nu ett år sedan jag arbetade med Elisabeth och Anders och när jag tittar på vårt gemensamma arbete med den distansen och med lärandets glasögon på ser jag idag mycket jag nöjd med, men en del skulle jag idag försökt att göra annorlunda. Idag skulle jag använda mig av den grafiska kurvan mer visuellt tillsammans med paret för att på så sätt kunna reflektera på den rörelse som gjordes och hur tydligt de påverkade varandra. Jag skulle också be dem skatta hur de trodde att den andra skulle fylla i, då det flera gånger kom fram att de trodde att den andre mådde betydligt sämre än vad han/hon skattade. Jag skulle också be dem skatta hur de trodde att barnen skulle skatta sig själva om de var med. Detta för att ge en tydligare röst till barnen under våra samtal och för att få in fler nyanser i samtalet.

Med tanke på Anders återkommande låga SRS värde, under cut off, hade jag önskat handledning på detta. Som jag minns det fick vi konsultation, men den riktade sig då mest på innehållsnivån. Idag skulle jag verkligen velat gå igenom skalorna på ett tydligare sätt tillsammans med övriga kollegor för att se vilka nya infallsvinklar vi kunde få och allvarligt

diskutera om Elisabeth och Anders skulle rekommenderas vidare till någon annan. Det intressanta i detta är ju även det faktum att bådas ORS ökade relativt stadigt under kontakten med undantag för en dramatisk nedgång. Anders fortsatte samtalen hos oss och hans ORS värde ökade trots att hans SRS var så lågt. Min upplevelse var att hans låga SRS skattning var till stor hjälp för oss i vårt arbete, då han hela tiden höll oss på banan och återkom med tydlighet vad som var viktigt för honom. Jag upplever också att det han uttryckte som viktigt överensstämde med det som Elisabeth sa, även om hon inte var lika tydlig i sin feedback.

Slutligen vill jag säga att arbetet med denna uppsats inte har stillat min nyfikenhet på Scott Millers arbete och på hans skalor. Nyfikenheten på att lära mig mer om detta har snarare ökat.

Referenslista

Abrahamsson, E., Berglund, G.(2007) *Psykoterapins förnyare- Samtal om systemiskt förändringsarbete*. Mareld

Andersen, T. (2003) *Reflekterande processer- samtal och samtal om samtalen*

Duncan, B. *Evidence Based Practice (EBP): Talking Points*. www.talkingcure.com

Millham, A. (2011) *It's not the right way: How deliberate practice can improve performance- An interview with Scott Miller*. Context, February 2011

Miller, S. D., Bertolino, B.(2012) *Manual 1, What works in therapy: A Primer*. ICCE *Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT)* International Center for Clinical Excellence

Miller, S. D., Bertolino, B.(2012) *Manual 2, Feedback-informed clinical work: The Basics*. ICCE *Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT)* International Center for Clinical Excellence

Moltke, H.V., Molly, A.(2011) *Systemisk coaching- en grundbok*. Student litteratur

Workshop

Scott D. Miller, ISTC, Chicago, USA (Institute for Study of Therapeutic Change) ” Vad är verksamt i socialt behandlingsarbete” Nya Varvet 23-24 april 2009

Åhörarkopior

Miller, S. D. (2009) *The heart and soul of change- What works in therapy*.
<http://scottdmiller.com/wp-content/uploads/What%20Works%202010.PDF>