



## BETYDNINGEN AF FEEDBACK FRA 'ERFARINGS-EKSPERTEN'

Den bedste indikator på, om indsatsen virker, får man ved at spørge borgeren selv.

AF FINN BLICKFELDT JULIUSSEN

Denne artikel omhandler den dokumenterede meta-metode: Feedback Informed Treatment (FIT). Meta-kan i denne sammenhæng betyde: fleksibel. Fleksibel, fordi FIT passer i forhold til mange målgrupper. Fleksibel, fordi meta-metoden FIT passer ind på tværs af sektorer og forvaltningsgrene. FIT kan således passe ind både i psykoterapi og generelt i socialfaglige og sundhedsfaglige indsætter.

Den fleksible meta-metode FIT er enkel at forstå: Fagprofessionelle skal blot arbejde videre, som de altid har gjort. Den eneste forskel er, at fagprofessionelle systematisk og regelmæssigt indhenter en bestemt form for feedback fra 'erfarings-eksperten', som er borgeren. Denne systematiske og regelmæssige feedback vil til gengæld - på markant vis - påvirke selve den fagprofessionelle rolle- og opgave-forståelse. Selvom FIT er enkel at forstå, er FIT ikke altid enkel at implementere. Alligevel er der i stigende grad ønske om at anvende FIT for derved at inddrage erfarings-ekspertens perspektiv på den fagprofessionelle indsats. Blandt andet, fordi inddragelse og feedback fra erfarings-eksperterne ofte fører til bedre resultater.

Borgerne kommer simpelthen længere i recovery- og rehabiliteringsprocessen.

I dansk sammenhæng implementeres FIT mange steder. Blandt andet i bo-støttearbejdet i Københavns Kommune, i misbrugsbehandlingen i Helsingør Kommune, i unge-indsatsen i Gladsaxe Kommune, i familiebehandlingen i Holstebro Kommune, i socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Slagelse kommuner.

Implementeringen af FIT er vokset op fra praksisfeltet, fra ledelse og nøgle-medarbejdere. FIT er derfor generelt anerkendt og ønsket af praksisfeltet. FIT er i dag også officielt anerkendt. Bl.a. driver Socialstyrelsen et projekt, som implementerer FIT i socialpsykiatriske botilbud. FIT er således en 'populær' metode, hvilket kan vise sig at lette implementeringen.

Men inden FIT her foldes ud, er det indledningsvis nødvendigt at sætte FIT ind i en kontekst. Konteksten refererer til en generel udvikling i landets kommuner og regioner. En udvikling, hvor borgerens selvbestemmelse og indefra-perspektiv tillægges stadig større betydning. På tværs af målgrupper.

‘Hvorfor al den snak med borgerne – kunne vi ikke bare sætte dét i gang, vi ved vil virke? Det kunne vi godt, men det ville være dumt og i strid med de forskningsresultater, vi har – der samstemmende peger på, at hvis en indsats skal virke for borgeren, skal den både være nyttig og opfattes som nyttig’.

(BIRGITTE ANKER, DIREKTØR, SOCIALSTYRELSEN. 2015.)

## Selvbestemmelse, samarbejde og recovery

Der er et stigende fokus på selvbestemmelse og samarbejdsorientering i relationen mellem borgere og fagprofessionelle, fordi øget inddragelse og selvbestemmelse ofte medfører bedre resultater. På den baggrund vinder recovery-begrebet terræn. Recovery-begrebet omhandler netop øget selvbestemmelse til borgeren. Der kaldes derfor på redskaber, som kan understøtte, at borgeren opnår en højere grad af selvbestemmelse og kontrol i eget liv. FIT er et sådant redskab.

Da recovery er tæt sammenvævet med øget selvbestemmelse, kan der være behov for en be- grebsafklaring. Mange kan have den misforståelse, at recovery-begrebet alene omfatter mennesker med en psykiatrisk diagnose.

Recovery-begrebet består af tre dimensioner:

*Recovery dimension 1:* At komme sig i klinisk for- stand. Fagprofessionelt udefra-perspektiv med fokus på symptomfrihed. Omkring 25 pct. kommer sig helt fra svære psykiske vanskeligheder (dokumentation indhentet ift. diagnosen skizofreni).

*Recovery dimension 2:* At komme sig socialt. Fag- professionelt udefra-perspektiv med fokus på me- string. Her kan borgeren stadig have symptomer, men borgeren magter at mestre disse symptomer (med eller uden støtte). Symptomerne hindrer ikke borgere- ren i at deltage i fx arbejde eller uddannelse. Sympto- merne reducerer ikke skadeligt borgerens deltagelse ift. netværk og sociale aktiviteter. Omkring 35 pct. kommer sig socialt fra svære psykiske vanskeligheder (dokumentation indhentet ift. diagnosen skizofreni).

*Recovery dimension 3:* Personlig recovery. Borgeren ses her som erfarings-ekspert. Denne tredje dimensi- on af recovery-begrebet omhandler erfarings-ekspertens indefra-perspektiv. Borgerens eget syn på trivsel og opfattelse af, hvad ‘det gode liv’ er, og hvad det gode liv består i. Det drejer sig fx om det enkelte men- neskes personlige drømme, ønsker og håb. Da per- sonlig recovery omhandler det individuelt fortolkede (gode) liv, dækker det personlige recovery-begreb alle målgrupper. Begrebet dækker både unge og gamle erfarings-eksperter med fysiske og psykiske handicap, sociale problemer og psykiske vanskeligheder.

Den tredje dimension af recovery-begrebet, *personlig recovery*, omfatter således alle målgrup- per. Borgerens indefra-perspektiv er ikke objektivt,

men subjektivt. Indefra-perspektivet omhandler ikke naturvidenskab, patologi eller afgrænsede målgrupper. Indefra-perspektivet tager sit afsæt i filosofien, i ek- sistentialemen, og tilhører derved det enkelte men- neskes subjektive livsverden. Her handler det ikke om opdeling i ‘raske og syge’ eller ‘dem og os’. Her hand- ler det om dig og det individuelle syn, du har på trivsel og det gode liv. I den forstand omfatter det personlige recovery-begreb alle. Funktionsnedsættelse eller ej.

Personlig recovery blev oprindeligt defineret så- ledes: ‘... en dybt personlig, unik proces som inde- bærer ændring af ens holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et liv på, som giver håb, trivsel og mulighed for at bidrage- på trods af de begrænsninger, som vanskelig- hederne repræsenterer. Personlig recovery indebærer ny mening og nye mål for livet og muligheder for at vokse og udvikle sig’.

Den kvalitative forskning af recovery viser, at recovery-processen ofte involverer fem processer: 1) forbundethed; 2) håb og optimisme om fremtiden; 3) identitet; 4) mening i livet; og 5) empowerment.

## Recovery-orientering af den fagprofessionelle indsats

Recovery-orientering afspejler, at mødet mellem borger og fagprofessionel er et møde mellem to ekspert-positioner. På den ene side borgeren som erfarings-ekspert med indefra-perspektivet i forhold til personlige livserfaringer, drømme og ideer om, hvad et godt liv er og indeholder. På den anden side de fagprofessionelle eksperter med udefra-perspek- tiv, metoder og redskaber. I mødet mellem disse to ekspert-positioner stiller den fagprofessionelle en samarbejdsorienteret, tidsbestemt, koordineret og vidensbaseret indsats til rådighed for borgeren (de operationelle elementer i rehabilitering).

Recovery-orientering af den fagprofessionelle indsats kan defineres således:

- 1) Indsatsen personorienteres i forhold til den indivi- duelle erfarings-ekspert
- 2) Indsatsen personinvolverer gennem aktiv inddra- gelse af erfarings-ekspert-perspektivet
- 3) Indsatsen baseres på erfarings-ekspertens selv- bestemmelse og ret til at vælge mellem forskellige tilbud
- 4) Indsatsen baseres på, at alle har potentiale for

udvikling, og at håb derfor er det mest realistiske fagprofessionelle udgangspunkt.

Den kvalitative forskning knytter recovery-orientering tæt til borgerens mulighed for at (få lov til at) udøve selvbestemmelse og dermed mulighed for at samarbejde. Indsatsen skal derfor optimalt understøtte den enkelte borgers oplevelse af de fem nævnte processer: forbundethed med netværk; håb og optimisme om fremtiden; positiv identitet-oplevelse; følelse af mening i livet; og mulighed for empowerment.

### Kontrol og samarbejde

Forskning viser, at menneskers evne til samarbejde i høj grad afhænger af menneskers mulighed for at opleve kontrol i eget liv (empowerment).

Når borgeren har oplevelse af en vis kontrol, kan borgeren uddelegere en del af denne kontrol til eksempelvis en fagprofessionel. Dette går under betegnelsen 'samarbejde'. Hvis borgeren mister oplevelsen af kontrol i eget liv, kan der let optræde angst. Angst i forbindelse med den psykologiske kamp-/flugtmekanisme kan resultere i, at borgeren ikke magter sin del af samarbejdet (uddelegeringen af kontrol til fagprofessionelle). Hvis borgerens tilbagetrækning umuliggøres, kan situationen eskalere. Det er afgørende for samarbejdet, at borgeren opnår øget fornemmelse af kontrol i eget liv i forhold til egne følelser og tanker og i forhold til målene for indsatsen.

Empowerment er således et begreb, der sætter fokus på processer, hvorigennem borgeren bliver i stand til at modvirke afmagt og afhængighed. Målet er den selvstændige og myndige borger, der har magten over eget liv. For nogle er empowerment en tilgang, et 'mind-set', hvor borgere generelt forstås som de bedste eksperter i eget liv. For andre er det et etisk eller metodisk princip, som påpeger, at borgere flytter sig bedst ved selv at være ansvarlige for egen udvikling.

'Helsing-ung' i Helsingør er et eksempel på en fleksibel praksis, som øger borgerens oplevelse af at blive mødt individuelt. 'Helsing-ung' tager afsæt i den situation, hvor den unge selv oplever at være – og kan derfor øge den unges oplevelse af magtfuldhed i eget liv. 'Helsing-ung' har implementeret FIT gennem flere år. 'Helsing-ung' bygger på tre grundsten: 1) Accept af den unge, som den unge er.

## SKEMA : 1 ORS-SKEMAET

Skema 1 (ORS) til afkrydsning i starten af samtalen (eksempelvis en handleplansamtale).

Den fagprofessionelle siger fx: 'Når du ser tilbage på den sidste tid, inklusive i dag, vil jeg bede dig vurdere, hvordan du har haft det på følgende områder af dit liv: (En markering til venstre for midten markerer, at du har haft det dårligt, mens en markering til højre for midten markerer, at du har haft det godt.)'

### Individuelt

Din individuelle trivsel – eller mangel på trivsel

0-----10

### Nære relationer.

Din trivsel i forhold til nær familie, venner og andre betydningsfulde personer

0-----10

### Socialt

Din trivsel socialt

0-----10

### Generelt

Din generelle, alt-i-alt oplevelse af trivsel i livet – eller mangel på trivsel

0-----10

Efter at borgeren har sat fire kryds i skema 1, ORS-skemaet, finder samtalen eller aktiviteten sted. Når samtalen/aktiviteten slutter, sætter borgeren fire kryds i skema 2, SRS-skemaet. Den fagprofessionelle siger fx: 'Når du ser tilbage på vores samtale, vil jeg bede dig vurdere mødet ved at sætte et kryds på hver af de fire linjer. Du skal placere dit kryds tættest på den beskrivelse, som bedst passer med din oplevelse af vores møde.'

## SKEMA : 2 SRS-SKEMAET

### Relation

0-----10

Jeg har ikke følt mig hørt, forstået, respekteret og eller accepteret

Jeg har følt mig hørt, forstået, respekteret og accepteret.

### Mål og emner

0-----10

Vi har ikke arbejdet med eller talt om det, som jeg gerne ville

Vi har arbejdet med og talt om det, som jeg gerne ville

### Tilgang eller metode

0-----10

Den fagprofessionelles tilgang eller metode passer ikke til mig

Den fagprofessionelles tilgang eller metode passer godt til mig

### Generelt

0-----10

Noget manglede i samtalen, i dag, jeg følte mig ikke engageret

Generelt fungerede samtalen godt i dag, jeg følte mig engageret



- 2) Den unge bestemmer tempoet.
- 3) Den unge bestemmer vejen til et mindre misbrug eller evt. stop.

'Helsing-ung' tilbyder behandlingsforløb, dér hvor den unge går i skole. Der er på nuværende tidspunkt gennemført tre behandlingsforløb – et i folkeskolen og to på produktionsskolen. Udviklingen er gået fra i alt 60 indskrevne unge i 2009 til 143 i 2011. 34 % har efterfølgende stoppet deres forbrug, 20 % har nedsat deres forbrug, mens 16 unge har samme forbrug som før kontakten til 'Helsing-ung'.

Det er vigtigt at blive mødt på måder, hvori man kan genkende sig selv. Noget kan tyde på, at en stor del af unge-målgruppen ikke identificerer sig med de problemstillinger, som indsatserne er rettet mod. At unge i mange tilfælde ikke oplever deres problemstillinger i samme grad, som systemet tænker dem. Det nødvendiggør indsats og ikke mindst en retorik omkring fx misbrug, der undgår at italesætte de unge som nogle, de ikke kan identificere sig med, eller udstiller de unge i forhold til problemstillinger, som de ikke oplever at have.

### FIT konkret

FIT praktiseres ved hjælp af to korte spørgeskemaer, ORS-skemaet og SRS-skemaet. Det tager borgeren 5-10 minutter at afkrydse de to spørgeskemaer. Borgeren afkrydser skema 1, ORS-skemaet (Outcome Rating Scale), når samtalen eller aktiviteten begynder. Borgerens afkrydsning i ORS-skemaet afspejler borgerens aktuelle funktionsniveau. Borgeren afkrydser skema 2, SRS-skemaet (session rating scale), når samtalen eller aktiviteten slutter. Borgerens afkrydsning i SRS-skemaet afspejler borgerens oplevelse af alliance med den/de fagprofessionelle.

De to skemaer, ORS og SRS - afkrydses ved hvert møde med den/de fagprofessionelle. Resultatet af scoringerne tages hver gang ind på i-pad. På den baggrund dannes efterhånden to kurver. En ORS-kurve og en SRS-kurve. Kurverne betyder, at udviklingen i forhold til borgerens funktionsniveau (ORS) og borgerens oplevelse af alliance med den/de fagprofessionelle (SRS) kan følges over tid. Og drøftes af borgeren og den/de fagprofessionelle.

### FIT – En case

Det følgende er en redigeret og efterbearbejdet case, som oprindeligt er udarbejdet af H. Obbekær, DSI Nettet, Kgs. Lyngby, og har været bragt som artikel i bladet Socialpsykiatri nr. 1, 2011, under titlen: Handlingsplan med fokus på udvikling.

Ergoterapeuten Trine fortæller:

'I løbet af de sidste to år har vi haft en udskiftning på 60 procent her i det psyko-sociale trænings- og bofællesskab. Nogle er kommet ud i egen lejlighed, mens en er flyttet til tilbud med mere støtte. Vi er simpelthen blevet skarpere på at finde ud af, hvad folk ønsker og har brug for - og at hjælpe dem derhen. En væsentlig årsag til denne udvikling er den metode, der hedder Feedback Informed Treatment (FIT), som vi indførte for tre år siden.' Borgeren, Nils Jensen, som bor i botilbuddet, har meget tillid til FIT. Nils har boet i botilbuddet i godt tre år, og han arbejder målrettet på at komme i egen bolig. Han fortæller: 'FIT har været med til at øge forståelsen mellem de fagprofessionelle i forhold til mig og mit netværk.'

I trænings- og bofællesskabet bor der ti beboere, og alle benytter FIT-redskabet. Ergoterapeuten Trine fortæller om baggrunden for at begynde at arbejde med FIT som metode: 'Vi har i mange år arbejdet med borgerinddragelse, og hvordan vi bliver bedre til at gøre borgerne interesserede og dermed motiverede for at tage større ansvar i eget liv. Vi kalder det 'aktør i eget liv'. Hvor vi måske tidligere var meget fokuserede på at rumme folk, har vi i dag mere fokus på at finde ud af, hvordan vi kan hjælpe folk videre, og i den proces er feedback fra borgerne gennem brug af FIT-metoden afgørende.'

Som tidligere beskrevet består FIT af de to parallelle redskaber: ORS-skemaet og SRS-skemaet. I bofællesskabet bruges ORS-skemaet én gang om måneden, hvor borgeren vurderer, hvordan han/hun har det. SRS-skemaet bruges i forbindelse med en ugentlig samtale, hvor borgeren vurderer, hvordan ugen er gået. Hvad er der sket i ugens løb? Hvilke aktiviteter har borgeren deltaget i? Og hvordan har aktiviteterne passeret med borgerens mål? Resultaterne bliver indtastet på en i-pad og vises i en graf, hvor man kan se udviklingen over tid.

Nils siger: 'Jeg plejer at score højt på skalaen. Det er også lidt med vilje. Du ved – det fungerer selvfor-



**‘FIT-modellen kan potentielt forbedre relationen mellem borger og sagsbehandler og derigennem øge effekten af bostøtte-indsatsen. FIT har i andre sammenhænge vist sig effektiv i forhold til at forebygge og reducere frafald. Det er væsentligt i bostøtte-indsatsen. I bostøtte-indsatsen er en stor del af målgruppen socialt marginaliserede borgere, der kan være svære at fastholde og ofte falder fra, før der er opnået forbedringer i deres situation.’**

(Seniorforsker og projektleder Jan Hyld Pejtersen, SFI)



FOTO: HELGA THEILGAARD

stærkende, hvis man ser positivt på sit liv. Det skal selvfølgelig også være rigtigt, men der er jo forskellige måder, man kan se det samme på. Jeg kan godt have syntes i går, at det har været en dårlig uge, men når jeg så får ORS-skemaet, så har jeg måske fået forståelse for, hvad der skete, som gjorde det til en dårlig uge. På den måde kan skemaet være med til at give større forståelse.’ Nils fortæller, at han forbereder sig til den ugentlige samtale ved at tænke over, hvordan det går.

‘Til hver gang tænker jeg over mit liv, og hvordan jeg har det. Jeg tænker over min situation. Desuden gør ORS-skemaet det lettere at tale med min ven. Jeg hører, hvad han har at sige. Det er meget godt at tage sin hverdag op, når man er i min situation.’

En stor styrke ved den evidensbaserede FIT-metode er, at der hele tiden følges op på den enkeltes mål. Det betyder, at man kan have fokus på de nærværende mål. Ergoterapeuten siger: ‘Via FIT er man i stand til at lave meget små målsætninger, fordi man laver dem hyppigt. Dermed øger man sandsynligheden for succes – fordi målene bliver overskuelige. På den måde er de en modsætning til nytårsforsætterne, som jo nærmest er dømt til fiasko, fordi barren bliver sat alt for højt.

Endnu en fordel ved FIT er ifølge ergoterapeuten, at skemaerne udfyldes sammen med borgeren, hvilket betyder, at der ikke går dyrebar tid fra det rehabiliterende arbejde.

Ergoterapeuten Trine og beboeren Nils fortæller, at skemaerne i deres samarbejde har betydet, at de fagprofessionelle er blevet klar over, hvor målrettet Nils er. Det betyder samtidig, at de fagprofessionelle er blevet bedre til at fokusere på de ting, som er vigtige for Nils i forhold til fx at kunne flytte i egen lejlighed, påbegynde en uddannelse og finde venner.

Trine: 'Det at blive spurgt ind til har en helbredende effekt i sig selv, fordi det sætter fokus på den enkelte, og at personen har et ansvar og kan handle på sit eget liv.' Nils supplerer med at fortælle, at en god effekt af FIT er, at det giver struktur på samtalerne med de fagprofessionelle.

'ORS-Skemaerne fungerer lidt som en dagsorden, hvor vi gennemgår ugen. Det giver også tryghed, at det er den samme måde, vi taler om tingene på hver uge. Især fordi det også er nogle fornuftige ting, vi tager op.'

Det er ikke kun borgerne, der har glæde af redskabet – også de fagprofessionelle har stor gavn af at få feedback fra borgerne. Det har været med til at øge kvaliteten af den rehabiliterende indsats. Trine uddyber: 'Dels er vi blevet bedre til at tale konkret om indsatsen med sagsbehandler og jobkonsulent, dels bliver vi skærpet på at finde ud af, hvad den enkelte vil, og kan dermed give en mere målrettet indsats. Desuden bliver vi forpligtet på det, vi sætter i gang, fordi vi følger op hver uge. Det giver mere konsekvens i de aftaler, vi laver, og for nogle kan det være med til at speede processen op'. Trine fortæller, at det kan være lidt svært for det kommunale system at følge med. Systemet er nemlig ikke gearret til, at borgerne er blevet bedre fungerende og begynder at stille krav om fx jobtilbud. Der mangler samarbejde, koordinering og viden om, hvordan man imødekommer denne borgergruppe. Det gør det rigtig vigtigt at kunne dokumentere indsatsen og resultaterne. Også her har FIT-metoden en force: 'Vi kan bruge resultaterne fra FIT som dokumentation. Vi kan vise udviklingen for de enkelte borgere over tid, fordi vi følger dem så tæt. Dermed kan vi dokumentere, at borgerne flytter sig, og at vi lever op til vores virksomhedsplan om at tilbyde en recovery-orienteret rehabiliteringsindsats,' forklarer Trine.

### Vidensgrundlaget under FIT

Borgerens engagement og vurdering af indsatsen er det, der med størst sandsynlighed kan forudsige effekten af indsatsen. Den fagprofessionelles evne til at engagere borgeren i indsatsen er derfor afgørende for effekt. På denne baggrund kan følgende kernelementer for effekt identificeres:

- 1) Borgeren har et ønske om forandring og er derfor engageret.

- 2) Borgeren oplever tillid til den/de fagprofessionelle ift., at disse formår at understøtte den ønskede forandring.

- 3) Den fagprofessionelle formår herved at fastholde og øge borgerens engagement og nærvær.

- 4) Alliancen forstærkes ved, at borgeren antager den fagprofessionelles forklaring på borgerens problemer og antager den fagprofessionelles bud på, hvordan borgerens problemer kan løses.

Alliancen mellem den fagprofessionelle og borgeren er således den mest betydningsfulde enkeltfaktor i forhold til effekten af indsatsen.

Alliance opbygges mellem borger og fagprofessionelle ift: a) borgerens egen forståelse af problemet, b) borgerens mål med at modtage hjælp, c) borgerens egen forståelse af, hvad der kunne hjælpe og skabe bedring, d) borgerens egen forståelse af den fagprofessionelles rolle i denne proces.

Forskning underbygger gyldigheden af, at når fagprofessionelle opleves nyttige af borgeren, så får indsatsen større sandsynlighed for effekter som bedring og progression. FIT understøttes af 13 randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) og 12.374 individuelle forløb. På den baggrund konkluderes at:

- FIT fordobler effekten af indsatsen gennem systematisk og regelmæssig feedback.
- FIT nedbringer borgernes 'drop-out' med 50 pct.
- FIT nedbringer forværring med 33 pct.
- FIT nedbringer hospitalisering og forkorter indlæggelsesperioden med 66 pct.
- FIT reducerer behandlingsudgifter.

Amerikanske undersøgelser viser, at 5-10 pct. af borgerne får det værre, mens de er i samtalebehandling generelt. 10 pct. af borgerne får det hverken bedre eller dårligere under indsatsen, men tegner sig for en meget stor del af udgifterne (op mod 70 pct. af udgifterne). Fagprofessionelle mislykkes regelmæssigt med at identificere, hvilke borgere der ikke får det bedre, eller hvilke borgere der oplever forværring og dermed er i størst risiko for at falde ud og opleve negativ effekt. Gennem FIT kan borgere, der ikke profiterer af indsatsen – eller bliver dårligere på trods af indsatsen – tidligere identificeres og tilbydes anden indsats.

Det danske Nationale Forskningscenter for Velværd (SFI) understøtter denne forskning og konkluderer:

- FIT kan være med til at forbedre borgernes trivsel og udvikling, målt med WHO's (dansk-udviklede) validerede skala om livskvalitet (WHO5).
- FIT kan forebygge og reducere frafald i støtteforløb.
- FIT kan afklare og reducere lange støtteforløb.
- FIT har en positiv effekt på at gøre borgerne mere selvhjulpne og på deres evne til at opretholde egen bolig.

### Dansk forskning i FIT

Københavns Kommune implementerer aktuelt FIT ibostøtte-indsatsen. Samtidig tester SFI effekten af at bruge feedback i forbindelse med socialpædagogisk støtte ibostøtte-indsatsen i Københavns Kommune. Bostøtte-indsatsen består af socialpædagogisk og praktisk støtte til udsatte, misbrugere og psykisk sårbare borgere i eget hjem. Forskningsprojektet tager udgangspunkt i tre forskellige bostøtte-tilbud, hvor man arbejder med at få tidligere hjemløse borgere til at forblive i egen bolig. Målet med bostøtten er helt overordnet at forbedre borgerens psykiske, fysiske og sociale trivsel, og gøre borgeren i stand til at opretholde en tilværelse i eget hjem.

SFI's forskning er et såkaldt RCT-studie (randomiseret kontrolleret forsøg). RCT betyder her, at halvdelen af de sagsbehandlere, som arbejder med disse bostøtte-tilbud, bliver udtrukket ved lodtrækning og får træning i at anvende FIT. Den anden halvdel skal fungere som kontrolgruppe og skal fortsat arbejde uden det nye redskab. Kontrolgruppen skal altså arbejde videre, som de plejer. Forskerne kan på den måde kontrollere effekten af indsatsen. Der er tale om ca. 60 sagsbehandlere i alt.

FIT kan også have positiv virkning på længden af bostøtte-forløb. Mange bostøtte-forløb er lange, og i kommunerne efterspørges der viden om, hvornår et bostøtte-forløb bør ændres eller afsluttes. FIT kan bidrage til, at lange støtteforløb enten ændres eller afsluttes, hvis ikke de løbende forbedrer borgerens situation. ■

Artiklen er skrevet af faglig konsulent Finn Blickfeldt Juliussen, Socialstyrelsen. Men artiklen er ikke nødvendigvis et udtryk for Socialstyrelsens synspunkter.



## FIT-IMPLEMENTERING – EN CASE IMPLEMENTERING AF FEEDBACK INFORMED TREATMENT (FIT) I ET SOCIALPSYKIATRISK BOTILBUD.

### A) Implementering i botilbuddet: Omkostninger

I forbindelse med den beskrevne implementering, har det kommunale socialpsykiatriske botilbud brugt FIT instruktører til følgende:

- Fælles intro til borgere og fagprofessionelle - 2 timer.
- Undervisning af fagprofessionelle - 16 timer x 2.
- FIT supervision - 6 timer x 2.
- Opfølgende undervisning - 8 timer x 2.

Dertil kommer licenser ift. anvendelse af FIT.

FIT-skemaerne til hver fagprofessionel er lagt på den i-pad, som hver fagprofessionel har fået udleveret.

### B) Implementering i botilbuddet: Forventninger og mål

Opsamling fra teamseminar: Forventninger til samarbejde om Feedback Informed Treatment (FIT):

- Fælles fodslag omkring FIT.
- Et redskab, der bruges sammen med borgerne.
- At alle er engagerede og har interesse i FIT projektet.
- Står sammen og løfter i flok.
- Skubber til hinanden for at holde os engagerede i FIT.
- Være gode sammen.
- Målet med FIT i det socialpsykiatriske botilbud:
  - At få større viden om, hvordan borgerne har det.
  - At udvikle samarbejdet med borgerne.
  - En indikator på, om vi gør vores arbejde godt nok.
  - Mere fokus på at opbygge virksomme relationer med borgerne.
- At benytte en metode, hvor borgeren er medspiller.
- At gøre Feedback Informed Treatment (FIT) til et fælles interesseprojekt sammen med borgerne.
- At kunne se borgerens udvikling og synliggøre den i et dokumentationssystem.

## C) Implementering i botilbuddet: Skridt for skridt, del 1.

PROCEDURER / GUIDELINES FOR, HVORDAN FIT BRUGES I BOTILBUDET:

OPGAVE	PLAN	TOVHOLDER
<b>Tidsperspektiv og pilotfase.</b>	Fra og med maj måned og frem til november 2015, hvor der er opfølgingsdage på teamseminarer.	Alle kontaktpersoner.
<b>Hvornår går vi igang med at afprøve FIT-skemaerne med borgerne?</b>	Alle kan godt gå i gang nu med at afprøve FIT skemaerne sammen med borgerne. Det er godt at komme i gang, mens motivationen er i top.	
<b>Hvem udfylder FIT skemaerne?</b>	Alle udfylder FIT-skemaerne med borgerne. Det er her i starten vigtigt, at alle kontaktpersoner får gang i at benytte redskabet. FIT skal udfyldes systematisk med borgerne og kan udfyldes af skiftende kontaktpersoner.	Alle kontaktpersoner udfylder FIT for nogle borgere. Kontaktpar afklarer, hvem der udfylder for hvem - og holder hinanden opdateret. Dokumenteres i elektronisk registrerings-redskab.
<b>Hvor ofte udfyldes FIT skemaerne?</b>	Til at starte med - og for at komme i gang og få fornemmelse af redskabet - udfylder alle kontaktpersoner FIT skemaerne hver 14.dag med borgere. Samtalerne om FIT afholdes, når muligheden er til stede i forhold til, hvilken kontaktperson der sammen med borgeren udfylder.	Alle kontaktpersoner sikrer, at ORS-skemaet, SRS-skemaet samt udviklingsdokumentet (se nedenfor) systematisk udfyldes hver 14. dag sammen med borgere. Dato og tidspunkt dokumenteres i elektronisk registrerings-redskab.
<b>Hvornår og hvordan udfyldes FIT?</b>	Skemaerne Outcome rating scale (ORS) og Session Rating scale (SRS) udfyldes ved samme samtale, som kontaktpersonen har med borgeren. Først udfyldes ORS-skemaet - på i-pad - og kontaktpersonen noterer i borgerens udviklingsdokument om udviklingen og borgerens begrundelse herfor - og fokus fremadrettet. Dernæst udfyldes SRS-skemaet om samarbejdet - og begrundelser herfor, og hvad der kan blive bedre. Også dette noteres i borgerens udviklingsdokument. Hvis en borger ikke kan udfylde alle parametrene på en dag - kan de første scoringer nedfældes på ORS/SRS-papir. - Derefter indtastes de samlede scorer, når borgeren en af de efterfølgende dage fuldfører alle scoringerne.	Kontaktperson ansvarlig for at medbringe i-pad - have borgerens ORS -session klar.  Kontaktpersonen sikrer notater om begrundelser for scoringer i udviklingsdokumentet i forbindelse med udfyldelsen af ORS-skemaet og SRS-skemaet. Disse notater/beskrivelser skal gengive borgerens egne ord - og ikke den fagprofessionelles fortolkninger. Udviklingsdokumentet er et internt arbejdsdokument, som opbevares i papirudgave i borgerens planmappe i teamrummet.
<b>Hvad refererer vi til, når vi spørger til mål i SRS-skemaet?</b>	Vi tager udgangspunkt i vores faglige mål og hele indsatsen i botilbuddet. Spørgsmålene må gerne her i eksperimentalfasen være ret åbne.	Kontaktpersonerne har et kendskab til arbejdet med de faglige mål og de sidste 14. dages indsatser og øvrige aktiviteter med borgeren.
<b>Dokumentation af FIT i forhold til botilbuddets dokumentations-system.</b>	Alle udfylder udviklingsdokumentet, hver gang FIT laves. Udviklingsdokumentet er et internt stykke arbejdsblad, som efterfølgende sættes i beboernes planmapper. Såfremt man i udviklingsdokumentet noterer og sammen med borgeren træffer beslutninger om ændringer i indsatsen - noterer kontaktpersonen disse ændringer i skemaet 'Støttebehov og primære ydelser'.	Alle kontaktpersoner er ansvarlige for at sætte udviklingsdokumenterne ind i borgernes mapper - og overføre ændringer i borgerens skema om støttebehov og primære ydelser.
<b>Hvordan øver vi os på FIT?</b>	Alle øver selv på individuel basis for at blive fortrolig med FIT-outcomes. Alle forbereder sig, inden man går ind til en borger. Kontaktpersonmakkerpar/kolleger kan give hinanden sparring, når der er tid. Tjek de tilsendte hjemmesider ud med små videoklip (se materialet fra seminar). Øv jer ved at optage jer selv på jeres i-pad, og se det igennem :-) Og del det evt. til supervision.	Eget ansvar i opstartsfasen at få øvet - udover den øvelse, der ligger i at udfylde FIT systematisk hver 14. dag med borgeren. Eget ansvar at dele sparring med kollegaer i dagligdagen.
<b>Hvor deler vi viden om ORS og SRS - og alle de spørgsmål, vi begyndelsen har til FIT?</b>	Team-møderne skal bruges til dette.	S. er FIT-ressourceperson i Rødt team. L. er FIT-ressourceperson i Blåt team. De er inspiratorer og koordinatore i FIT-pilotfasen i samarbejde med forstanderen.
<b>Opsamling, undervisning samt konsultation.</b>	Der planlægges en opsamlingsdag i november med eksterne FIT-specialister. Undervejs i pilotfasen kan ressourcepersonerne og forstanderen samle spørgsmål og sende dem til de eksterne FIT-eksperter pr. mail.	Kontaktpersoner videregiver dilemmaer og spørgsmål omkring FIT til S. og L., som sikrer, at disse deles på teammøder, og henter svar på spørgsmål via kontakten til de eksterne FIT-specialister i forhold til, hvordan processen kommer videre.

Opmærksomhedspunkter hos de fagprofessionelle i implementerings perioden:

- At ændre strategi - på et fagligt og personligt plan = udfordring.
- At blive konfronteret med fejl og mangler = faglig og personlig udfordring.
- At sælge projektet = faglig udfordring.
- At bryde gamle rutiner = udfordrende at skulle 'turde vove'.
- Den gode implementering - hvad er det, og hvordan ser den ud?
- Svært at begrænse alle spørgsmålene - og gøre det kort.
- Hvad er succeskriterierne i forhold til at implementere FIT?
- Hvor skal vi gøre data fra FIT-outcomes tilgængelige?



## D) Implementering i botilbuddet: Skridt for skridt, del 2.

Opsamling fra 2. FIT-kursusdag for botilbuddet.

Målet med FIT i botilbuddet er at:

- udvikle dialogen og samarbejdet med beboerne, så de får mere indflydelse på, hvordan støtten i botilbuddet skal gives i forhold til indsatsmålene.
- synliggøre og dokumentere, om samarbejdet er virksomt for både borger og kontaktpersoner – eller om det skal justeres og i givet fald hvordan?
- øge borger-involveringen i evalueringen af botilbuddets arbejde.

PROCEDURER FOR FIT I BOTILBUDET: NOVEMBER 2015 – MAJ 2016

OPGAVE/ SPØRGSMÅL	PLAN	TOVHOLDER / VEJLEDNING
<b>Hvem udfylder FIT skemaerne med beboerne?</b>	Begge kontaktpersoner kan udfylde FIT med den samme borger. Det betyder, at det ikke er nødvendigt, at det er den samme kontaktperson, der udfylder FIT hver gang. Det er vigtigere, at FIT udfyldes systematisk med borgeren af skiftende kontaktpersoner.	Alle kontaktpersoner udfylder FIT for de borgere, de er kontaktperson for. Kontaktpar afklarer, hvem der udfylder for hvem hvornår.  For at alle kontaktpersoner kan udfylde for den samme borger, skal i på i-pad give hinanden adgang til alle beboere i jeres team.
<b>Hvor ofte udfyldes FIT skemaerne?</b>	Dette aftales individuelt med borgerne - men minimum 1 gang om måneden.	Kontaktpar afklarer med borger og hinanden, hvor ofte de udfylder FIT med borgeren.
<b>Hvornår og hvordan udfyldes FIT?</b>	ORS-skema og SRS-skema udfyldes ved samme samtale, som kontaktpersonen har med borgeren. Først udfyldes ORS-skema på i-pad, og kontaktpersonen noterer i udviklingsdokumentet om status i udviklingen og borgerens begrundelse herfor - og fokus fremadrettet. Dernæst udfyldes SRS-skema om samarbejdet - og begrundelser herfor og hvad der kan blive bedre. Herefter udføres dagens planlagte samtale/gøremål.	Kontaktpersonen er ansvarlig for at medbringe i-pad - have borgerens ORS-session klar. Kontaktpersonen sikrer notater i udviklingsdokumentet i forbindelse med udfyldelsen af ORS-skema og SRS-skema.
<b>Hvad refererer vi til, når vi spørger til mål i SRS-skemaet?</b>	Vi tager udgangspunkt i de overordnede mål/ indsætter for borgeren / og hele indsatsen i botilbuddet. Spørgsmålene må gerne være åbne.	Kontaktpersonen skal være opdateret med hensyn til borgerens indsatsmål og delmål.
<b>Intern FIT-sparring.</b>  <b>FIT-konsultation.</b>	Intern kollegial FIT-supervision skal ligge fast i arbejdsplanen, så man husker det – og der er afsat tid til, at man kan gå fra til det. Der planlægges FIT-konsultation med ekstern FIT-supervisor.	Dgl. leder sørger for at lægge FIT-sparring ind i arbejdsplanen.  Forstanderen sørger for at planlægge FIT-konsultation med eksterne FIT-supervisor i første ½ del af 2016.
<b>FIT på teammøder.</b>	På teammøderne indtænkes FIT som en fast del af indsatsmålene og dokumentationen. Dvs., at man kigger på FIT-grafer og FIT-udviklingsdokumenter, når man drøfter indsatsmål med/for borgeren.	Dgl. leder er tovholder på, at FIT tænkes fast ind på teammøderne. Kontaktpersonerne sikrer udfyldelsen af FIT og adgang til data på i-pad.
<b>FIT i elektronisk registrerings-redskab.</b>	Alle lærer at scanne FIT-graf / eller tage et PrintScreen af graf til elektronisk registrerings-redskab. Udviklingsdokumentet scannes også ind i elektronisk registrerings-redskab. Eller indgår i borger mapper – så kontaktpersoner kan se, hvad der ligger bag tidligere scoringer og feedback.	Alle kontaktpersoner scanner FIT-grafer og udviklingsdokumenter ind i elektronisk registrerings-redskab.
<b>FIT ift. til handleplaner.</b>	FIT bruges som en del af evalueringen af handleplaner / personlige mål for borgerne. På sigt kan FIT-grafer og udviklingsdokumenter indtænkes i statusnotater til borgerens sagsbehandler i kommunen.	Alle kontaktpersoner.
<b>FIT-introduktion til nye medarbejdere.</b>	Introduktion til FIT – indtænkes i botilbuddets introprogram til nye fagprofessionelle.	Dgl. leder er ansvarlig for, at nye fagprofessionelle introduceres til FIT og får FIT-login.
<b>FIT-mantra i botilbuddet.</b>	ØVE – ØVE – ØVE FIT skal være en del af vores samarbejdskultur. Vi skal være tålmodige. Vi skal hjælpe hinanden med at fastholde struktur omkring FIT.	

Kilde: Gentofte Kommunes implementerings-model. Forkortet og tilrettet case. Kontakt forfatteren af denne artikel for kontakt-oplysninger til videnspersonerne i Gentofte.



## KILDER

### KILDER TIL DET INDLEDENDE AFSNIT:

Tidsskrift for Psykisk Helsearbejd. Volume 12 nr 4 2015. Side 322. Universitetsforlaget.

Nasjonal Helseplan for Norge 2007-2010.

Afsnittet 'Selvbestemmelse, samarbejde og recovery':

Davidson, Larry (2003): Living outside mental illness: qualitative studies of recovery. Schizophrenia. New York University Press

Strauss, John (1989): Subjective experiences of Schizophrenia – Toward a new dynamic psychiatry'. Schizophrenia Bulletin, 15(2).

Topor, Alain, et.al (2011): Not just an individual journey – social aspects of recovery. International Journal of Social Psychiatry.

Topor, Alain (2011): Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet.

Harrison, G et.al (2011): Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow up study'. British Journal of Psychiatry, 178.

Topor, Alain (2002): At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse. Videnscenter for Socialpsykiatri.

Mary Leamy, et.al (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. British Journal of Psychiatry, 445-452.

Davidson, Larry m.fl (red) (2005): Recovery from severe Mental Illnesses. Research, Evidence and Implications for Practice. Volume 1. Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston University .

Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Innovations and Research 1993; 2: s 17–24.

The British Journal of Psychiatry. 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Mary Leamy, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams, Mike Slade. 199 (6) 445-452; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733 2011 <http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/445> .

Marit Borg, Bengt Karlsson og Anne Stenhammer. NAPHA. 2013 Recovery-orienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling. [http://socialstyrelsen.dk/files/handicap/psykiske-vanskeligheder/recoveryorienterede-praksisser-en-systematisk-vidensopsamling/napha\\_dk\\_v2\\_web.pdf](http://socialstyrelsen.dk/files/handicap/psykiske-vanskeligheder/recoveryorienterede-praksisser-en-systematisk-vidensopsamling/napha_dk_v2_web.pdf)

The British Journal of Psychiatry. 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Mary Leamy, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams, Mike Slade. 199 (6) 445-452; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733 2011 <http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/445> .

Vidensnotatet Mennesker med psykiske vanskeligheder – sociale indsatser der virker. Socialstyrelsen 2013.

### AFSNITTET 'RECOVERY-ORIENTERING AF

#### DEN FAGPROFESSIONELLE INDSATS':

Hvidbog om rehabilitering. Marselisborgcenteret og Rehabiliteringsforum Danmark. 2004.

Cohen (2007) Aarhus kommunes masterplan for recovery-orientering.

Farkas. (2007) The vision of recovery today. World Psychiatry official journal of the world psychiatric association.

Borg, Karlsson, Stenhammer (2013) Recoveryorienterte praksisser. En systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid.

### AFSNITTET 'KONTROL OG SAMARBEJDE':

Evidence-based guidelines to reduce the need for restrictive practices in the disability sector. The Australian Psychological Society. 2011.

Uhrskov (2012). En undersøgelse af Low Arousal metodens teoretiske grundlag og de mulige implikationer for den professionelle praksis. Københavns Universitet.

Høgsbro m.fl (2012) Når grænserne udfordres. Aalborg Universitet.

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering. <http://www.psykosocialrehabilitering.dk/empowerment.html> .

KONCERN FÆLLES UNGE UDREDNING Redigeret af Center for Børn, Unge og Familier, Socialstyrelsen September 2015. [www.helsingungu](http://www.helsingungu)

### AFSNITTET 'FIT KONKRET':

Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(4), 693-704.

Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46(4), 418-431.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006).

Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. Journal of Brief Therapy, 5(1), 5-22.

Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4), 616-630.

Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. Clinical Psychologist, 13(1), 1-9.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003).

The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Journal of Brief Therapy, 2(2), 91-100.

Susanne Bargmann Manual 1: Hvad virker terapi.

Psykometri. Anvendelse i klinisk praksis. Ambulatorium for belastnings og tilpasningsreaktioner OAC. P.C. Stolpegård 2012 Lars Sachse Mikkelsen og Maria Willer Meisner.

### AFSNITTET 'VIDENSGRUNDLAGET UNDER FIT':

Scott D Miller fra CCE (International Center for Clinical Excellence) og Barry Duncan ved the Heart and Soul of Change Project – se hhv. <http://scottdmiller.com> og <http://heartandsoulofchange.com>.

Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(4), 693-704.

Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46(4), 418-431.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006).

Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. Journal of Brief Therapy, 5(1), 5-22.

Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4), 616-630.

Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. Clinical Psychologist, 13(1), 1-9.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003).

The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Journal of Brief Therapy, 2(2), 91-100.

Susanne Bargmann Manual 1: Hvad virker terapi.

Psykometri. Anvendelse i klinisk praksis. Ambulatorium for belastnings og tilpasningsreaktioner OAC. P.C. Stolpegård 2012 Lars Sachse Mikkelsen og Maria Willer Meisner.

### AFSNITTET 'DANSK FORSKNING I FIT': SFI 2014.