



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Patientupplevelser av Feedback-informerad terapi (FIT)

- en kvalitativ studie

Bonnie Yue Liu & Emelie Nermfors

Psykoterapeutexamensuppsats. 2024

Handledare: Håkan Johansson
Examinator: Sean Perrin

Abstract

The aim of the study was to gain deeper insight into patients' experiences of participating in psychotherapy at a psychiatric outpatient clinic where Feedback-Informed Therapy (FIT) was used. Seven participants were interviewed, and their interviews were transcribed and analyzed using thematic analysis, resulting in 27 categories and seven overarching themes. Participants expressed that the FIT curve was used as a way to objectively track their progress. FIT contributed to reflection and served as a starting point in therapy sessions. Participants described how FIT highlighted the need for changes in therapy and provided therapists with relevant information. They also expressed that making assessments was emotionally challenging and that FIT could be perceived as taking both time and energy away from psychotherapy. The results also indicated various difficulties in the practical application of FIT and that FIT was perceived as less important in relation to the therapeutic alliance.

Keywords: Feedback informed therapy (FIT), Routine outcome monitoring (ROM), patient experience

Sammanfattning

Syftet med studien var att få fördjupad kunskap om patienters upplevelser av att delta i psykoterapi på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning där Feedback-informerad terapi (FIT) användes. Sju deltagare intervjuades och intervjuerna transkriberades och analyserades sedan med hjälp av tematisk analys där 27 kategorier kunde identifieras och sju övergripande teman kunde utkristalliseras. Deltagarna uttryckte att FIT kurvan användes som ett sätt att se sin utveckling mer objektivt. FIT bidrog till reflektion och som utgångspunkt i terapisessionerna. Deltagarna beskrev att FIT synliggjorde förändringsbehov av terapin och bistod terapeuten med relevant information. De uttryckte också att det var känslomässigt utmanande att göra skattningar och att FIT kunde upplevas som att det tog både tid och energi från psykoterapin. Intervjumaterialet visade också att det fanns flera olika aspekter av svårigheter i den praktiska tillämpningen av FIT och att FIT upplevdes som mindre viktig i förhållande till den terapeutiska alliansen.

Nyckelord: Feedback-informerad terapi (FIT), Routine outcome monitoring (ROM), patientupplevelse

Tack!

Först och främst vill vi tacka alla deltagare som har ställt upp och medverkat i denna studie, era tankar kring detta projekt har varit ovärderliga och vi uppskattar verkligen att ni tagit er tid för att dela med er av dem. Vi vill också tacka vår handledare Håkan Johansson som gett värdefulla synpunkter och förslag för att utveckla och förfina arbetet med denna uppsats. Ett varmt tack riktas även till Martin Rydberg, Livia Ambrus och Johanna Clausen Ekefjärd som alla är verksamma på Vuxenpsykiatrimottagning 3 i Lund. Sist men inte minst, vill vi tacka våra familjer och vänner för den uppmuntran och det varma stöd som vi fått under resans gång!

Innehållsförteckning

Patientupplevelser av Feedback-informerad terapi - en kvalitativ studie.....	1
Routine Outcome Monitering (ROM)	2
Feedback-informerad terapi (FIT)	3
Patienters upplevelse av ROM/FIT	4
Syfte.....	4
Metod.....	5
Deltagare	5
Procedur	6
Instrument och dataanalys.....	6
Forskningsetik.....	7
Resultat	7
1. Kurvan som hjälp att se sin utveckling mer objektivt.....	8
2. FIT bidrog till reflektion och var en utgångspunkt i sessionen	9
3. FIT synliggjorde förändringsbehov i terapin och bistod terapeuten med relevant information.....	9
4. Känsломässigt utmanande att göra skattningar.....	10
5. FIT tog tid och energi från min terapi.....	11
6. Svårigheter som visade sig i den praktiska tillämpningen av FIT	12
7. FIT mindre viktig i förhållande till alliansen	13
Diskussion	13
Resultatdiskussion.....	14
FIT verkar göra vad det avser att göra (tema 3).....	14
Patienters positiva upplevelser av FIT (tema 1 och 2).....	14
Svårigheter med FIT (tema 4, 5 och 6) och vad vi lär från dessa	15
FIT tar inte över alliansen (tema 7).....	18
Metoddiskussion	18
Vidare forskning	20
Referenser.....	21
Bilaga 1. Outcome Rating Scale (ORS)	25

Bilaga 2. Session Rating Scale (SRS)	26
Bilaga 3. Ett exempel på FIT-diagram	27
Bilaga 4. Intervjuguide	28

Patientupplevelser av Feedback-informerad terapi - en kvalitativ studie

Psykotering är en viktig behandlingsform för att adressera psykiskt lidande, och forskning visar att patienter som genomgått psykotering upplever betydligt bättre välbefinnande jämfört med dem som inte fått behandling (Barkham & Lambert, 2021; Miller & Bertolino, 2014). Trots att psykotering är en framgångsrik behandlingsform för psykisk ohälsa är det dock långt ifrån alla patienter som gynnas av behandlingen. Studier indikerar att mindre än hälften av patienterna i rutinmässig öppenvård för psykotering förbättras, medan 5 - 10 % försämras (Barkham & Lambert, 2021; Brattland, 2018). Mycket forskning har ägnats åt att ta reda på vilka faktorer bidrar till psykoteringens effektivitet och hur dessa metoder kan förbättras över tid. Variabler som påverkar psykoteringens effektivitet är exempelvis den terapeutvariabler, relationella variabler, patientvariabler och den psykoteringens metoden (Wampold & Imel, 2015). En viktig relationell variabel är den terapeutiska alliansen. Begreppet har sina rötter inom psykoanalysen men som även bland andra psykoteringens metoder idag erkänns som viktig. Även om en universell definition saknas har forskare ofta använt Bordins panteoretiska konceptualisering, som inkluderar tre komponenter: uppgift, mål och band (Baldwin et al., 2007; Safran & Muran, 2000; Wampold & Flückiger, 2023).

Studier har identifierat den terapeutiska alliansen som en av de mest pålitliga prediktorerna för framsteg i behandlingen (Flückiger et al., 2018). Det har också observerats att stagnation i terapin ofta är förknippat med en ökning av negativa interaktioner mellan terapeut och patient (Safran & Muran, 2000). En omfattande metaanalys av Howard & Orlinsky (1986) visade att samarbete mellan patient och terapeut, där ansvar delas, medan beroende- och auktoritetsrelationer undviks, ökar chanserna för positiva utfall i terapin. Den terapeutiska alliansen kan därmed ses som en nyckelfaktor för framgång i den terapeutiska arbetet, medan brister i den kan förhindra terapins effektivitet och leda till misslyckande.

Forskning har också visat att vissa terapeuter verkar vara konsekvent mer framgångsrika än andra och dessa är särskilt skickliga på att bygga en stark terapeutisk allians med sina patienter (Baldwin et al., 2007; Wampold & Imel, 2015). Dessutom har tidiga förbättringar i behandlingen visat sig öka möjligheterna till tillfrisknande, vilket understryker vikten av tidig intervention (Delgadillo et al., 2018; Persons et al., 2016). Studier har också funnit att terapeuter har svårt att förutse vilka av deras patienter inte kommer att dra nytta av terapin (Hannan et al., 2005). Sammantaget pekar detta på utmaningar i den psykoteringens praktiken och betonar behovet av utveckling och förbättring, det visar också på vikten av att integrera mätning och

feedback i den terapeutiska processen för att identifiera patienter i riskzonen för försämring (Barkham et al., 2023). Kliniska mätinstrument kan vara avgörande för att spåra behandlingsprocessen och upptäcka patienter som inte förbättras enligt Hannan et al. (2005).

Routine Outcome Monitoring (ROM)

Routine outcome monitoring (ROM) har benämnts med olika termer (Measurement-based care, progress monitoring etc.) och har sina rötter i evidensbaserad praktik, speciellt personcentrerad forskning (Howard et al., 1996). Den innehåller tre sekventiella faser: (1) insamling av patientdata regelbundet, (2) återkoppling av data till terapeuten och vid många tillfällen även till patienten samt (3) vid behov, anpassning av processen eller fokus för behandlingen i ljuset av återkopplingen (Barkham et al., 2023). Evidensbaserad praktik har definierats som integrationen av den bäst tillgängliga forskningen tillsammans med klinisk expertis, i en kontext av patientkaraktäristika, -kultur och -preferenser (APA, 2006). Vid evidensbaserad praktik behöver man ta hänsyn till flera olika faktorer och hur dessa ska kombineras för att ge en optimal psykologisk behandling för varje patient. En av de metoder som rekommenderats av American Psychological Association (APA) sedan 2006 är att mäta vilken effekt feedback har på behandlingsprocessen.

Det finns ett växande antal vetenskapliga studier som ger stöd till användning av ROM inklusive 50 randomiserade kontrollerade studier och nio metaanalyser, resultaten därifrån påvisar dess effektivitet vid symtomreduktion med effektstorlekar som sträcker sig från små till medelstora (Barkham et al., 2023). Även om effekterna för ROM traditionellt sett kan vara små, är de additiva till standard resultateffekter och kan således öka den övergripande effektiviteten av psykoterapi (Barkham et al., 2023). ROM:s varierande effekt kan förklaras av patientfaktorer, terapeutfaktorer, implementerings- och utbildningsfaktorer (Hovland et al., 2023). Terapeuteffekter har visat sig moderera för feedbackeffekter men man har sett att ROM kan jämna ut effekterna mellan mer- och mindre effektiva terapeuter (Barkham et al., 2023). Terapier som inte är på rätt spår kan fångas upp genom att utvärderas vid jämna intervall. Genom att regelbundet mäta utvecklingen kan dessa resultat bidra till behandlingsplanering och fungera som ett komplement till klinikerns egen bedömning av terapiutfall och behandling (Barkham et al., 2023).

ROM förbättrar nödvändigtvis inte behandlingsutgången för alla patienter. Forskning har påvisat två exempel på grupper som kan uppleva ROM negativt, de med svårare psykopatologi och de med Kluster B personlighetssyndrom (De Jong et al., 2018; Errázuriz &

Zilcha-Mano, 2018). Fynden föreslår att kombinationen av att inte få upplyftande feedback och mer allvarlighetsgrad av psykiatriska svårigheter kan få negativ feedback att bli en ovälkommen komponent, särskilt i situationer där det inte finns resurser för att stödja eller där terapeutens flexibilitet kan vara begränsad (Barkham et al., 2023).

Feedback-informerad terapi (FIT)

FIT är en förgrening av ROM. Vid användandet av FIT administreras två korta skattningsskalor vid varje session under hela behandlingen (Miller & Bertolino, 2014). Den första, Outcome Rating Scale (ORS) (Bilaga 1) mäter hur patientens mående varit sedan förra samtalet eller den senaste veckan om det är ett första besök. Den består av fyra områden: Individuellt välbefinnande, Nära relationer, Socialt och Allmänt. Den andra skattningsskalan, Session Rating Scale (SRS) (Bilaga 2) försöker fånga upp hur sessionen upplevts av patienten. Den består av fyra teman vilka är: Relation, Mål och ämnen, Metod samt Allmänt vilka innefattar kvalitet på relationen samt i vilken grad mål, metoder och den aktuella dagens session generellt stämde överens mellan patient och terapeut (Miller & Bertolino, 2014).

ORS och SRS administreras i början respektive i slutet av varje behandlingssession. De skattade poängen för varje session beräknas in i ett diagram som både patient och psykoterapeut tar del av (bilaga 3), där man över tid kan se kurvor över utveckling av patientens mående och den terapeutisk alliansen. ORS har visat sig vara ett känsligt instrument för att mäta förändring hos patienter (Miller & Bertolino, 2014). Om behandlingen är framgångsrik bör värdena på ORS öka med tiden. Klinikern får information om patientens inledande värde och detta jämförs med ett kliniskt gränsvärde som indikerar skillnaden mellan ett "normalt" tillstånd och ett kliniskt "cutoff". Utifrån detta inledande värde räknar ett datorprogram ut en förväntad behandlingsrespons för ett visst samtal. Då klinikern och patienten har tillgång till den förväntade behandlingsresponsen kan klinikern tidigt i den terapeutiska processen identifiera klienter som riskerar att få ett negativt behandlingsresultat eller nollresultat. Klinikern och patienten kan då utifrån detta ändra på behandlingen eller byta behandlare innan patienten avbryter eller går för länge i en terapi som inte är optimal (Miller & Bertolino, 2014).

En viktig grundtanke i FIT är skapande av en feedbackkultur. Terapeuten ska arbeta för att skapa en atmosfär där patienten känner sig fri att skatta sin upplevelse av terapiprocessen och effekten i deras vardagliga välbefinnande. Det är viktigt att SRS sätts in i sitt sammanhang genom att understryka relationens betydelse för lyckad behandling och att negativ feedback uppmuntras (Miller & Bertolino, 2014). ORS och SRS ska ses som dialogverktyg som avser att

förse terapeuten med information som man kan utforska vidare tillsammans med patienten och som kan hjälpa terapeuten med att hålla fokus på resultat och allians. Skattningarna på ORS och SRS bildar efterhand kurvor i ett diagram. Detta kan användas för att diskutera och generera nya idéer tillsammans med patienten eller pröva hypoteser för att öka möjligheten att ge patienten de resultat eller hjälp hen önskar (Miller & Bertolino, 2014).

Patienters upplevelse av ROM/FIT

ROM har blivit ett alltmer viktigt verktyg i terapिसammanhang samtidigt som det finns utmaningar i att framgångsrikt implementera detta verktyg (Boswell et al., 2015). För att kunna hantera dessa utmaningar bättre, är det nödvändig att utveckla en förståelse om hur patienter upplever verktyget (Solstad et al., 2019). Det finns dessutom fortfarande ett glapp i forskningen gällande vad som gör ROM hjälpsamt och varför det är hjälpsamt för vissa patienter men inte för andra (Solstad et al., 2021).

Erfarenheter och upplevelser hos klienter/patienter i en rad olika miljöer, populationer och behandlingsmetoder, har undersökts. Studier visar på att ROM ökar patienters självreflektion, förbättrar kommunikationen mellan terapeuter och patienter, och den ökar patientens inflytande i terapiprocessen genom ett mer aktivt deltagande i måluppsättning och behandlingsplanering (Låver et al., 2024; Solstad et al., 2019). Det finns även negativa upplevelser, exempelvis misstänksamhet kring syftet med ROM och huruvida det bara är till för vårdgivarens skull (Solstad et al., 2019). Många patienter upplever även att skattningsformulären har svårt att fånga komplexiteten av deras psykiska mående (Hovland et al., 2023; Låver et al., 2024; Solstad et al., 2019). Vidare verkar ROM av patienter i vissa fall upplevas hjälpa terapin att bli mer fokuserad och i andra fall upplevas som distraherande för terapin. Vissa patienter upplever att prata om informationen som framkommer via ROM som hjälpsamt och andra upplever den som konfrontativ och föredrar att terapeuten använder informationen implicit (Solstad, et al., 2021). I Sverige intervjuade Börjesson & Boström (2020) patienter och fångade upp liknande indikationer nämnda ovan bl.a. osäkerhet gällande syftet med ROM, att ROM ökar självreflektionen men även att patienter uttryckte svårigheter med att skatta ärligt samt att de uttryckte att det var viktigt att behandlarna inte förbisåg resultaten från ROM.

Syfte

Denna studie ingår som en del av forskningsprojektet "Implementering av Feedback-informerad terapi (FIT) inom specialistpsykiatri: en processutvärdering" med syfte att bedriva

processutvärdering av implementering av metoden Feedback-informerad terapi (FIT) samt att utvärdera effekten av FIT vid psykologiska insatser vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Syftet med innevarande studie var att få fördjupad kunskap om patienters upplevelser av att delta i psykoterapi på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning där FIT användes.

Metod

Deltagare

Studien är en del av forskningsprojektet "Implementering av Feedback-informerad terapi (FIT) inom specialistpsykiatri: en processutvärdering" som genomfördes på en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i en mellanstor stad i södra Sverige. Enligt dokumentet "Skåneövergripande handlägningsöverenskommelse primärvård specialistpsykiatri gällande vuxna" (2023) behandlar vuxenpsykiatri svåra tillstånd där patienten har en betydande påverkan på funktionsnivån samt psykiatrisk samsjuklighet och oklarhet gällande diagnos samt tillstånd där man inte når framgång med gängse behandlingar. Ca 1000 patienter med affektiva sjukdomar, ångestsjukdomar och personlighetssyndrom behandlas på denna mottagning (Etikansökan; Implementering av FIT, 2022).

Inkluderingskriterier som deltagare i forskningsprojektet var 1.> eller = 18 år; 2. Informerat samtycke. Exkluderingskriterier var 1. Bristande språkkunskap i svenska; 2. Psykotiska symtom. Denna studie inkluderade de deltagare som fram till i januari 2024 hade avslutat sin psykoterapibehandling på mottagningen. Sammanlagt identifierades nio patienter som gått i terapi hos totalt fyra terapeuter. Två av deltagarna har flyttat till annan ort och/eller avslutat kontakt med mottagningen och gick inte att nås, vilket resulterade i att sju deltagare intervjuades. Samtliga var kvinnor.

Terapeuterna som genomförde psykoterapierna var legitimerade psykologer med mångårig erfarenhet av att bemöta och behandla personer med psykiatriska tillstånd. Terapeuterna fick utbildning om användandet av FIT vid uppstart och därefter kontinuerlig handledning i grupp en gång varannan vecka där frågor och svåra ärenden relaterade till FIT hade möjlighet att lyftas för diskussion och rådgivning.

Procedur

Patienterna som deltog i forskningsprojektet skattade ORS i början av varje behandlingssession och SRS i slutet, via en digital programvara¹ på en iPad. Datorprogrammet i surfplattan jämförde poängen med normativa förändringskurvor och gav varningssignaler om den aktuella ORS- eller SRS-poängen indikerade bristande framsteg i terapin eller problem med terapeutisk allians.

Alla deltagare fick information om forskningsprojektet i början av sina terapier där FIT användes och fick skriva på medgivande för deltagande och information om att man närsomhelst kunde välja att avbryta sin medverkan. Deltagarna kontaktades för inbjudan till intervju på mottagningen. Alla tillfrågade tackade ja till intervju. Tre deltagare avböjde dock, av praktiska skäl, intervju vid ett fysiskt möte, vilket resulterade i att två intervjuer genomfördes via videolänk och en via telefonsamtal. I de fall en deltagare hade gått i psykoterapi hos ena skribenten kontaktades och intervjuades denne av den andra skribenten. Intervjuerna spelades in med ljudinspelare och transkriberades av den intervjuande skribenten, som även avidentifierade deltagarna i transkriptionen.

Instrument och dataanalys

Vi valde att göra en semistrukturerad intervju med en på förhand utvecklad intervjuguide (Kvale, 1997). Intervjuguiden (Bilaga 4) togs fram utifrån förformulerade frågeområden som arbetats fram i forskningsprojektet "Implementering av Feedback informerad terapi (FIT) inom specialistpsykiatri: en processutvärdering". En person utanför studien som arbetar med FIT, provintervjuades med intervjuguiden för att upptäcka brister. Studien hade en induktiv ansats där vi ville låta teman växa fram ur data och dess innehåll (Alvinius et al. 2023, Braun & Clarke, 2022). Materialet analyserades med tematisk analys enligt Braun och Clarkes (2022) modell där temana bildar svaret på frågorna man ställt. Vi tolkade data utifrån ett semantiskt perspektiv, där analysen görs vid den manifesta nivån (Braun & Clarke, 2022). Den kvalitativa och teoretiska inramningen är kritisk realism där analysen fokuserar på att förstå mening runt särskilda ämnen och att man ur datan kan analysera den verklighet som beskrivs där (Braun & Clarke, 2022).

¹ OpenFIT: <https://ofweb.powerappsportals.com/en-US/>

Forskningsetik

Innevarande studie ingår som en del av forskningsprojektet “Implementering av Feedback informerad terapi (FIT) inom specialistpsykiatri: en processutvärdering” som är granskad och godkänd av etikprövningsmyndigheten i Sverige (diarienummer: 2022-01992-01). Vid rekryteringen till projektet har deltagarna fått skriftlig information om bland annat studiens syfte, om informerat samtycke och om att de närsomhelst kunde avbryta deltagandet. Vid tid för inbjudan till intervjun påmindes deltagarna muntligt om detta. Informanterna informerades om hur deras data skulle hanteras. Båda intervjuare var erfarna kliniska psykologer och var uppmärksamma på eventuell ångest eller negativa känslor som kunde väckas under intervjuerna. Deltagarna erbjöds möjlighet att ta pauser samt påmindes om att de när som helst kunde avbryta intervjun. Vid slutet av varje intervju erbjöds deltagarna möjlighet att ställa frågor samt fick möjlighet att ventilerade eventuella känslomässiga reaktioner kring själva intervjun.

Resultat

Analysen av empiriskt material har resulterat frambringandet av sju teman med tillhörande kategorier (Tabell 1).

Tabell 1

Tema och kategorier

Tema	Kategorier
1. Kurvan som hjälp att se sin utveckling mer objektivt	<ul style="list-style-type: none">• Kurvan gör det konkret.• Kurvan hjälper mig att upptäcka att jag utvecklats.• Att se kurvan väcker intresse.• Kurvan uppmärksammar det positiva i utveckling.
2. FIT bidrog till reflektion och var en utgångspunkt i sessionen	<ul style="list-style-type: none">• SRS får mig att reflektera över mötet.• Att skatta eller prata om skattningarna gör att jag reflekterar mer.• ORS hjälper till att starta samtalet.
3. FIT synliggjorde förändringsbehov i terapin och bistod terapeuten med relevant information.	<ul style="list-style-type: none">• Användandet av FIT som ett sätt att kommunicera• Ger patienten möjligheter att påverka sin terapi• Upplevelsen av att terapeuten kan använda sig av FIT.
4. Känslomässigt utmanande att göra skattningar	<ul style="list-style-type: none">• Svårt att lämna feedback då den likställs med kritik.• Svårt att skatta SRS ärligt.• Kan inte förklara mer.

	<ul style="list-style-type: none"> • Känslan av att bli ifrågasatt. • Oro för konsekvenser av skattning. • Press och ångest att göra ORS.
5. FIT tog tid och energi från min terapi.	<ul style="list-style-type: none"> • Skattningen upplevs som skild från terapin. • Skattningen styr bort från det patienten vill prata om. • Känslan av FIT är oflexibelt.
6. Svårigheter som visade sig i den praktiska tillämpningen av FIT.	<ul style="list-style-type: none"> • Svårt att förstå skillnaden mellan vissa kategorier i ORS. • Behov av komplettering i form av muntlig dialog. • Det var en utmanande inlärningsperiod för att kunna skatta ORS korrekt. • Svårt att skatta eget mående
7. FIT mindre viktig i förhållande till alliansen.	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuten upplevs som självständig i förhållande till skattningen. • Förtroende för att terapeuten ser patienten som person förbi skattningen. • Upplevelse av att skattningen inte lyckades fånga in och hjälpa till med alliansen. • Min kontakt med terapeuten påverkas inte av FIT.

1. Kurvan som hjälp att se sin utveckling mer objektivt

I detta tema framträder en bild av hur deltagarna upplevde det att se sin utvecklingskurva över terapin och hur detta kunde konkretisera egna framsteg och ibland visa att de gjort fler framsteg mot vad de själva trott. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

Kurvan gör det konkret.

”Man fick ju verkligen svart på vit på vad som har gått bra, och liksom mindre bra, och liksom sett hur jag har utvecklats, vilket har gjort det till en positiv upplevelse.”

Kurvan hjälper mig att upptäcka att jag utvecklats.

”Så man såg hur kurvan gick upp och sen gick den lite ned och sen gick den upp igen, så det kändes skönt, för då kändes som att det hjälper.”

”Men jag kanske upplever det som att det bara står stilla egentligen. Men det har vi ju inte gjort. Det ser man där. På så sätt det är bra ju.”

Att se kurvan väckte intresse.

”Och sen det som var mest intressant var ju när jag hade gått några gånger och gjort det här och så kunde man se den här kurvan.”

Kurvan uppmärksammar det positiva i utvecklingen.

”Sen likadant så skalan i början, det kan ju faktiskt visa mig som patient att allt inte bara är neråt.”

2. FIT bidrog till reflektion och var en utgångspunkt i sessionen

I detta tema beskriver deltagarna hur de kunde använda sig av FIT som ett sätt att utveckla sin reflektionsförmåga och hur de upplevde ramen som FIT erbjöd som ett effektivt men mjukt sätt att starta sessionen på. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

SRS får mig att reflektera över mötet.

”Alltså efter ett tag så börjar jag tänka på hur vi hade pratat och om det har hjälpt mig att komma på bättringsvägen, liksom. Så jag börjar ju tänka mer, att du vet, när jag satt där.”

Att skatta eller prata om skattningarna gör att jag reflekterar mer.

”Jag tror jag lärde mig väldigt mycket över att reflektera. Så nu har det varit så här, vad kan vi göra för att det ska gå andra hållet liksom? Alltså jag tänker fortfarande på saker vi har pratat om som har gjort att det har gått uppåt i den här kurvan, hur jag kan utvecklas, liksom.”

ORS hjälper till att starta samtalet.

”För ibland kommer man, så har man inte så mycket att säga eller så kan man inte riktigt lägga ord på sina känslor. Nu när man ligger en skattning så är det ju ett väldigt konkret skattning, och så kan man ju studera och fråga, varför lade du dig själv där. Vad är det du reflekterar när du lägger dig själv? Och då har du redan börjat prata, och på så sätt så startar terapisessioner igång mycket snabbare. Och mer relevant. Så att man nyttjar den tiden man har mycket mer.”

3. FIT synliggjorde förändringsbehov i terapin och bistod terapeuten med relevant information

I detta tema beskriver deltagarna hur de upplever att FIT synliggör de förändringar som behöver göras i terapin för att den ska komma på rätt spår, de beskriver också hur de ibland upplever att skattningen kan leda till att man samtalar med sin terapeut om det som behövs eller hur man kan uttrycka sig genom att skatta utan att förklara. En del deltagare upplevde FIT som främst gagnande för terapeuten i dennes arbete. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

Användandet av FIT som ett sätt att kommunicera.

“När det var någonting som jag inte tyckte var bra det här sa jag ju det och då kunde hon ändra sig då fick hon ju en chans också att vara tydligare till exempel eller så, så det gav ju oss båda lite egentligen.”

Ger patienten möjlighet att påverka sin terapi.

“Däremot så såg vi ju när vi ändrade inriktning på terapin, vad som hjälpte och inte hjälpte.”

Upplevelsen av att terapeuten kan använda sig av FIT.

“För terapeuten alltså...det liksom att: - När det här funkar inte, jag gjorde någonting tosigt här”- då får jag prova någonting annat och hitta ett annat arbetssätt”.

4. Känsломässigt utmanande att göra skattningar

Deltagarna uttryckte att FIT förde med sig en del försvårande faktorer och beskrev också att det var svårt att uttrycka kritik om sin terapi och att man ibland inte ville säga något om en negativ skattning. Det kom även fram att själva skattningen kunde orsaka oro, då resultatet kunde visa på att terapin behövde avslutas. Detta tema rymmer också hur vissa patienter känsломässigt upplevde det att behöva förklara sin upplevelse. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

Svårt att lämna feedback då den likställs med kritik.

”Fast det är ju svårt när terapeuten ställer de här frågorna. För att jag har lite svårt att komma med kritik.”

”För att det känns som ju lägre ner du skattar, desto elakare, nej inte elak... Jag känner mig lite elak, eller att det är lite mer kraftfullt än att bara säga som är öppen fråga typ ”Nej alltså, det var något som kändes lite fel.” Alltså, det tycker jag är enklare att säga än att behöva skatta bara så här.”

Svårt att skatta SRS ärligt.

“Jag var ju inte helt ärlig på skattning när jag typ så här att jag kanske hade velat lägga typ i mitt. Men att jag inte lade det i mitten, alltså då är jag inte helt ärlig med det. Det är något som jag funderar på.”

Kan inte förklara mer.

”Jag tror jag tyckte det var jobbigt. För att, hon ville ju ha så exakta svar på varför så att hon kunde förbättra sig och så. Det var någonting sånt. Ja. Och då ville hon ju ha så ännu fler svar av mig än jag redan hade gett under samtalet, både före första skattningen före samtalet sedan efter samtalet och sedan svar på det också.”

Känslan av att bli ifrågasatt.

”För att då vill hon typ att jag ska förklara. Men Ibland bara känner man att den här sessionen var inte riktigt bäst. Och man har inte alltid, även om konkreta svar kan vara bra, så har man inte alltid konkreta svar. Ibland känner man bara att jag inte fick ut jättemycket av det. Jag vet inte varför. Men jag fick inte det. Då blir det lite som att man ställs typ mot väggen då, alltså om man inte skattar högt. Typ, vi har pratat om det som är relevant. Vad vill du annars prata om? Men jag kanske inte vet, men jag kände att det var inte det här i alla fall.”

Oro för konsekvenser av skattning.

”För det kändes som att den avgör hur mycket om jag fick vara kvar här eller inte. Den avgjorde mycket om det här hjälpte eller inte. Och det kände jag blev väldigt orättvist med tanke på att jag inte tyckte den hade... Det hade inte egentligen mycket med vad som händer där inne och göra, tyckte jag liksom. Så det blev rätt stressande mot slutet.”

Press och ångest att göra ORS.

”Jag tyckte det var en stor press. Att göra det, att man, det är inte alltid man vet vad man tycker och känner.”

5. FIT tog tid och energi från min terapi

I detta tema presenteras det hur deltagarna upplevde FIT som skilt från själva terapin och att FIT även kunde upplevas som att den ledde bort patienten från det som hen ville eller behövde prata om. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

Skattningen upplevs som skild från terapin.

”Alltså, i och med att jag inte kunde ta det rakt av som att det är mitt terapieresultat, så tolkar inte jag som det. Det var typ mitt mående. Sen för mig hade ju inte den kurvan något med min terapi att göra.”

”Ja men det var nog liksom att jag när jag inte riktigt förstod frågorna också svarade jag ändå kanske jag kände att jag ville lägga min energi på själva terapin, den lilla jag har.”

Skattningen styr bort från det patienten vill prata om.

”Nej men då, (efter skattningen: förf. tillägg) det är ju där man pratar om det man behöver prata om, det är att man vill prata om i samtalet, ju.”

Känslan av FIT är oflexibelt.

”Jag tror det är skillnad för att om man har den här plattan. Då är det det som man är tvungen att svara på. Och sen annars om man bara skulle vara utan den här plattan, så väljer man ju själv om man vill ta upp. Något som man tycker terapeuten borde göra annorlunda.”

6. Svårigheter som visade sig i den praktiska tillämpningen av FIT

I detta tema beskriver deltagarna att det var svårt att praktiskt använda FIT. En del deltagare upplevde ORS-skalorna som abstrakta och hade behov av att terapeuten förklarade innebörden av skalorna vid varje samtal innan skattningen påbörjades. Vissa upplevde att frågorna gick in i varandra och hade därför svårt att skatta. Flera deltagare berättade hur det tog flera sessioner innan de förstod frågorna rätt. Detta tema framträdde de svårigheter som deltagarna hade haft i form av att använda sig av FIT-redskapet. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

Svårt att förstå skillnaden mellan vissa kategorier i ORS.

“Och jag tyckte det var svårt att göra en uppskattning. De går in i varandra lite kan jag också känna.”

“Mest störande är ju det här ”vänner och socialt” typ. Om det är så här, okej, om det kanske har varit dåligt just den veckan, vad ska jag sätta. Det var väl mest som var... hur jag ska sätta och hur jag ska förklara.”

Behov av komplettering i form av muntlig dialog.

“Det är samma känner jag. Det var också mycket svårt. Men jag fick hjälp på vägen, att terapeuten förklarade. Men hon fick förklara varje gång, för jag ... (suck).”

“Ja. Jag tyckte det lättaste var när terapeuten förklarade egentligen med ord hur hon upplevde mig. Det gjorde nog mer skillnad än att se det på en graf, liksom. Jag kan inte se det riktigt framför mig utan om man förklarar det förstår jag på bättre sätt.”

Det var en utmanande inlärningsperiod för att kunna skatta ORS korrekt.

“För på min kurva såg man ju rätt snabbt att den kanske så rätt så högt där, för jag tänkte att nej men det är inte så farligt / .../ och sen var det en mycket mer jämn. Så det var nog det i början bara. Men det är inget konstigt. Så är det ju med allting nytt. Redan efter fyra fem gånger, alltså så tyckte jag att det är mycket lättare, så att säga, och då visste man liksom, ja plattan låg där och sen var det bara att fylla hur man mådde.”

“Och att man hade olika tolkningar på det. Terapeuten hade en annan tolkning än vad jag hade. Men det förstod vi inte förrän typ i mitten av terapin. Och då blev det lite jobbigt.”

Svårt att skatta eget mående.

“Det var många gånger jag alltså, det blev att jag svarade fel eller vad jag ska säga på de här frågorna för att jag tyckte det var svårt.”

“Så jag alltid tycker det sättet var svårt för mig att bedöma mående från gång till gång. Jag tycker det var jättesvårt.”

“För mig är sådana här formulär oftast svåra, för jag tar saker ofta så ordagrant eller sånt här. Och ibland blir det då svårt när den finns gråzoner i den bedömningen. Då blir det svårt för mig att placera mig någonstans. Så att vissa dagar fyllde man bara i ungefär för att jag orkar inte lägga energi på det.”

7. FIT mindre viktig i förhållande till alliansen

I detta tema träder det fram hur deltagarna upplevde att alliansen till terapeuten var viktigare än redskapet FIT och hur en gott förtroende för terapeuten ledde till en enkelhet vid skattningen men att vid svårigheter i den terapeutiska relationen upplevdes inte skattningen som hjälpsam. Här presenteras illustrativa citat för vardera kategorin:

Terapeuten upplevs som självständig i förhållande till skattningen.

“Och då valde hon en annan taktik. Så jag tror inte det har så mycket att göra med formuläret utan mer hur hon upplevde som person när vi pratade.”

“Terapeuten har ju sett hur kurvorna visat, så kanske den har inverkat. Men jag känner inte att det har gjort varken till- eller från egentligen.”

Förtroende för att terapeuten ser patienten som en person förbi skattningen.

“Hade hon kanske bara gått utifrån den, hade det kanske varit jobbigt. Men hon har ju varit så inlyssnande. Det fick ju mig att känna mig trygg, så att jag har ändå haft lätt att prata.”

Upplevelse av att skattningen inte lyckades fånga in och hjälpa till med alliansen.

“Ja, jag kan ju känna att du har lyssnat på mig, men jag kanske känner inte att du har förstått vad jag riktigt säger. Och då är det också svårt hur jag fyller i den. Så det är intressant. Det blev väldigt knepigt.”

“Därför alltså att jag kunde fylla i att det var bra en gång, det säger ingenting egentligen om vår relation i längden liksom.”

Min kontakt med terapeuten påverkas inte av FIT.

“Jag tror att i början var lite svårare. För det tog tid. Jag hade så hög mur i mig själv. Så jag hade så svårt att öppna upp mig. Och då var det nog lite svårare. I slutet blev det bättre.”

“Jag har ju jag inga problem med att säga varken bu eller bä, hade jag inte känt att det hade varit bra hade jag fyllt i det liksom.”

Diskussion

Syftet med studien var att få fördjupad kunskap om patienters upplevelser av att delta i psykoterapi på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning där FIT användes. Via intervjumaterialet framkommer en rik bild av patienters upplevelser med både positiva och negativa aspekter. Patienterna kunde ge en varierad bild av deras upplevelse av FIT som del i sina psykoterapier. De kunde ge en bred beskrivning till hur FIT kan uppfattas ur ett patientperspektiv och både positiva och negativa upplevelser lyftes fram.

Resultatdiskussion

FIT verkar göra vad det avser att göra (tema 3)

Syftet med FIT är att erbjuda en ram för regelbunden utvärdering och anpassning av behandlingsarbetet för att skapa en öppenhet och flexibilitet som främjar en effektiv terapeutisk process (Miller & Bertolino, 2014). Tidigare forskning på ROM har visat på blandade resultat gällande ROM:s effekt på symtomlättning, terapins längd och minskande av avhopp (Barkham et al., 2023) vilket väcker frågor om FIT:s förmåga att uppnå sina mål. Dessutom har tidigare studier visat att vissa patienter upplevde att ROM endast fungerade som en "byråkratisk utövande" (Solstad, et al., 2019). Resultat från vår studie indikerar att åtminstone en del patienter upplevde FIT fungerade enligt dess syften, vilket var att FIT synliggjorde förändringsbehov i terapin och bistod terapeuten med relevant information.

Krägeloh et al. (2015) fann att ROM-effekterna förbättrades när terapeuterna diskuterade ROM-feedbacken med sina patienter och använde den för att anpassa behandlingen. Detta matchar väl med FIT:s betoning på att skapa en feedbackkultur där terapeuter uppmuntras att använda ORS och SRS som dialogverktyg för att öka möjlighet att hjälpen anpassas och skraddarsys som svar på patienters feedback (Miller & Bertolino, 2012). Implementeringsgraden av ROM/FIT har visat sig påverka terapins resultat (Hovland et al., 2023) och en framgångsrik implementering kräver tid och engagemang. Denna studie visade att patienterna kunde använda sig av FIT som ett sätt att kommunicera med sin terapeut och att det även bidrog till en upplevelse av att kunna påverka sin terapi, antingen via själva verktyget eller via terapeuten som patienten upplevde kunna använda sig av informationen som kom fram via FIT. På mottagningen har FIT implementerats stegvis, terapeuterna har genomgått utbildning innan användning av FIT och de genomgick regelbundet handledning där de fick hjälp med FIT-relaterade frågor. Detta tror vi har betydelse för att FIT upplevdes fungera enligt sitt syfte för en del av patienterna.

Patienters positiva upplevelser av FIT (tema 1 och 2)

Resultaten av vår studie avslöjar två teman som påvisar hur patienter kan uppleva att FIT har positiv inverkan på terapiprocessen. För det första framkom det att kurvan (resultatprofilen på ORS) som påvisade utvecklingen över tid, fungerade som ett konkret verktyg som hjälpte patienterna att objektivt beakta och uppskatta sina framsteg.

Genom att erbjuda en visuell representation av förändringen över tid blev patienterna mer medvetna om sina framsteg och kände sig mer motiverade att fortsätta med sitt terapeutiska arbete. Några av deltagarna beskrev till exempel hur det kunde vända den egna föreställningen om att ingen förändring hade skett under terapin, till en glädje över att förändringen var synlig och mätbar. Möjligheten att konkret visualisera även små framsteg samt möjligheten att diskutera framsteg baserat på vad kurvan visar, kan därför ha stor betydelse för den enskilde patienten. Detta fynd stämmer till viss del överens med metastudien gjord av Låver et al., (2024), där man fann att ROM upplevdes tillföra en referens för objektivitet, vilken kan vara hjälpsamt när den bistår patienter att se sina framsteg vilket blir hoppgivande och uppmuntrande. Enligt Låver et al., (2024) kan denna objektivitet även ge motsatt effekt, vilket innebär att ett längre resultat än förväntat kan ge en känsla av misslyckande, vilket inte är hjälpsamt för patienten. I innevarande studie har dock detta fynd inte framträtt som ett tema.

För det andra framgick det att FIT fungerade som en drivkraft för reflektion och den tycktes erbjuda en ram inom vilken patienten fick möjlighet att träna sig i att aktivt reflektera över viktiga ämnen för terapin, vare sig det handlade om det egna måendet eller om det handlade om huruvida terapisesession har gått såsom patienten önskat. Detta bekräftar det som visats i flera tidigare studier, att ROM gynnar reflektion hos patienter (Låver et al., 2024). Deltagarna tycktes även värdera FIT:s förmåga att ge struktur och stöd för terapiprocessen. FIT verkade kunna bilda en struktur för interaktionen mellan patient och terapeut, vilket tedde sig upplevas som positivt för en del av deltagarna. Detta på så sätt att de beskrev att de uppskattade FIT som ett mjukt sätt att inleda sessionen, där man först diskuterade hur veckan varit och det generella mående innan man fördjupade sig i sessionens ämnen. Dessa deltagare beskrev detta som ett effektivt tillvägagångssätt och betonade vikten av att inte behöva omedelbart fördjupa sig de svåra samtalsämnena.

Svårigheter med FIT (tema 4, 5 och 6) och vad vi lär från dessa

I denna studie framkom att användande av FIT också kan medföra utmaningar och leda till upplevelser av ångest och känslor av otillräcklighet hos patienten. Deltagare i studien som upplevde en positiv terapeutisk allians beskrev generellt att det var lättare att skatta SRS jämfört

med patienter som uttryckte svårigheter med alliansen. Vissa patienter uttryckte att de inte vågade skatta SRS ärligt, huvudsakligen på grund av svårigheten att vidareveckla svaren kring vad som inte var bra och vilka förändringar som kunde behövas. Här verkade terapeutens intention att få feedback och förbättra terapin inte nå sitt syfte, utan istället upplevdes det som en börda och skapade en känsla av otillräcklighet hos patienten. Det kunde upplevas som om det primära syftet med att lämna feedback var att tillfredsställa terapeutens behov, utan att det gav någon verklig hjälp för patienten själv. Detta väcker frågor kring när det är lämpligt att sluta fråga och när det är så att patienter verkligen saknar svar. Det är viktigt för terapeuten att hitta balansen mellan att skapa utrymme för feedback och att känna igen och respektera gränser för vad patienten kan eller är redo att svara på. Detta kan också indikera att det finns behov för att reflektera över balansen mellan att efterfråga feedback på en alliansskattning som inte visar på allianssvårigheter för att etablera en feedbackkultur och att låta en alliansskattning vara tills den eventuellt påvisar svårigheter för att då lyfta för dialog, vilket också indikerar olika skolor inom ROM som möjligtvis passar olika individer. Detta fynd kan visa på vikten av att terapeuten behöver ta hänsyn till patientens behov eller preferenser.

När det gäller skattning av SRS uttryckte flera deltagare svårigheter med att komma med kritik, vilket indikerade att den feedback som terapeuterna efterfrågade upplevdes av patienterna som att de förväntades kritisera sin terapeut, istället för att fokusera på att ge information som kan förbättra det gemensamma arbetet. Detta understryker vikten av att förklara och säkerställa att patienten verkligen förstår syftet med FIT. Det är möjligt att detta är en inlärningsprocess där patienten inte omedelbart förstår skillnaden mellan att ge feedback och att kritisera, trots verbal förklaring. Det är viktigt att terapeuten inte tar det för givet att patienten tycker att feedback inte är samma sak som kritik, utan är medveten om att det kan finnas behov av att under hela behandlingsprocessen, kontinuerligt bekräfta och förtydliga denna skillnad. En annan svårighet som framkom var under den inledande fasen när patient och terapeut skulle etablera en gemensam förståelse för patientens skattning. Terapeutens frågor eller feedback i detta skede beskrevs av flera deltagare som att de kände sig ifrågasatta eller att de hade fel, vilket upplevdes som jobbigt och nedslående. Det är viktigt för terapeuten att vara medveten om de potentiellt smärtsamma känslor detta kan väcka hos patienten för att kunna hjälpa patienten att hantera dessa känslor på ett empatiskt och stödjande sätt.

Ett annat fynd i denna studie var att patienter kunde uttrycka att de upplevde oro för konsekvenserna av skattningen, vilket ligger i linje med tidigare forskning (Hovland et al.,

2023; Låver et al., 2024; Solstad et al., 2019) och att för stor vikt lades vid FIT som de upplevde som ovidkommande faktorer. Här anar vi en eventuell målkonflikt mellan den enskilde patientens direkta upplevelse och FIT, där FIT lägger stor vikt vid att terapin ska vara hjälpsam och visa tidiga förbättringar. Detta då uteblivna tidiga förbättringar, enligt FIT, indikerar behovet av att kunna ändra eller avbryta behandlingen för att inte riskera att patienten för tidigt avbryter eller går för länge i en terapi som inte är optimal (Miller & Bertolino, 2014). Den enskilde patienten kan däremot se ett värde i att fortsätta terapin även om det är något i den som inte upplevs som hjälpsamt direkt med hopp om förbättring senare i processen. Det är viktigt att i att försöka förstå och validera en sådan upplevelse för att kunna hjälpa patienten att härbärgera eller hantera denna svårighet som ett avslut av terapin kan innebära. Det bör också tilläggas att även om forskning om ROM och FIT är lovande, där man lägger fokus på tidiga behandlingsframsteg finns det andra teorier och metoder som betonar behovet av längre behandlingar för mer komplex psykiatrisk problematik, till exempel MBT för personlighetsyndrom (Bateman & Fonagy, 2016) och TFP för borderline personlighetssyndrom (Yeomans et al., 2015). Det är fortfarande oklart huruvida FIT modellen passar en psykiatrisk population eller inte. Därför vore det särskilt intressant att vidare forska mer specifikt på denna patientgrupp i relation till upplevelser och behandlingsresultat relaterat till FIT för att kunna anpassa om eller när eller hur instrumentet ska- eller kan användas eller justeras för den enskilde patienten.

Flera deltagare som tidigare nämnts tyckte att ORS-kurvan var till stor hjälp att se sin utveckling konkret, men det fanns också några deltagare som inte kunde relatera sitt mående till kurvan. Flera deltagare hade även mycket svårt att skatta sitt mående inledningsvis och för flera det tog några sessioner innan de lärde sig att skatta ORS på ett rättvisande sätt och vissa patienter beskrev att de inte lärde sig skatta ORS alls på ett smidigt sätt. Flera deltagare uttryckte därför sin uppskattning när terapeuten verbalt förklarade hur hen uppfattade patientens svårigheter och/eller framsteg. Resultaten som sådant ger indikationer på behov av anpassning från terapeutens sida, där en balans bör upprätthållas mellan ömsesidigt utforskande och en mer aktiv roll för terapeuten i att förmedla feedback om svårigheter och patientens utveckling.

En del patienter såg FIT som en börda i terapin, som krävde både tid och energi från det som de såg som det primära anledningen till att genomgå psykoterapi. Detta ledde till att FIT blev något som de ville bli av med snabbt för att kunna fokusera på det verkliga arbetet i terapin. För patienter som redan kämpade med energibrist och upplevde psykoterapin som påfrestande, blev

FIT belastande. En närliggande upplevelse som fångades upp i resultatet var att patienten kunde uppleva att det var svårt att byta till andra ämnen efter att ha pratat om ORS-skattning, vilket hindrade dem från att ta upp vad de egentligen ville diskutera. Det stämmer överens med Solstads (2021) forskning som visar att ROM skattning ibland kan distrahera från viktiga ämnen i terapin. Detta resultat ger implikationer om att man som terapeut behöver vara noggrann med att försöka fråga om patientens önskemål om gällande sessionen inledningsvis, så att man inte missar vad patienten har planerat att tala om under sessionen. Liksom i Solstads studie (2021) uttryckte deltagarna en önskan om att FIT skulle vara mer flexibelt och valbart från session till session.

FIT tar inte över alliansen (tema 7)

I en tidigare studie har patienter uttryckt oro över att användandet av ROM skulle göra att man riktade fokus på behandlingen på bekostnad av uppbyggande av relationen mellan behandlare och patient, vilket innebar att ROM skulle ha negativ effekt på den terapeutiska alliansen (Wolpert et al., 2016). Vår studie visade att alliansen verkade som en egen faktor oberoende av FIT, men att upplevelsen av FIT var påverkad av den terapeutiska alliansen. Flera patienter uttryckte förtroende för terapeuten att kunna se patienten, förbi skattningen och att de upplevde att terapeuten kunde göra självständiga bedömningar utan påverkan av vad som framkom i FIT-skattningen. Som vi beskrev i inledningen har man sett att FIT kan ge en liten additiv effekt till behandlingsresultat men att terapeuteffekter har visat sig moderera för feedbackeffekter (Barkham et al., 2023). Vår studie indikerar att alliansen och hur väl terapeuten och patienten kan komma överens om mål, syfte och metod modererar för hur väl patienten kan ta sig an FIT. Vi kan inte i denna studie se att patienterna beskriver det omvända att de upplever att FIT hjälper till med förbättrad allians med terapeuten.

Metoddiskussion

Vi valde att genomföra en kvalitativ studie, då vi ville undersöka patienternas upplevelser av att använda FIT i den vuxenpsykiatriska öppenvården. Genom att intervjua deltagarna och tematisera deltagarnas svar fick vi en ökad förståelse för den komplexitet som finns med att använda ett sådant instrument. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet på grund av att studien har en del metodologiska begränsningar.

Genom att arbeta tillsammans två skribenter har vi försökt öka trovärdigheten (Alvinus et al., 2023), detta genom att både tillsammans och var för sig arbeta med koder, kategorier och se hur dessa hänger samman i teman. Denna process har vi omprövat flera gånger för att dessa

ska spegla den verklighet vi försöker beskriva i så stor omfattning som möjligt, även handledaren har varit inbjuden i denna process. Interbedömarreabiliteten (Alvinus et al., 2023) har vi försökt öka på samma vis, genom att arbeta tillsammans och enskilt med kodning, kategorisering och tematisering.

Gällande den generella reflexiviteten (Alvinus et al., 2023) har vi som författare under studiens gång löpande diskuterat och reflekterat över det faktum att vi har liknande bakgrund som utbildade och legitimerade psykologer med jämförbar yrkeserfarenhet samt gemensamt intresse för psykoterapi med psykodynamisk inriktning. Detta kan medföra en risk att vi förstår deltagarnas upplevelser på ett likartat sätt, vilket kan påverka både frågeställningarna och tolkningen av svaren. Ett annat faktum som vi också reflekterat över är att vi författare också är terapeuter inom projektet. På ett sätt kan detta vara en styrka, då vi kan bidra med förförståelse om projektet och ställa relevanta och viktiga frågor som naturligt väckts hos oss själva under arbetets gång. Dock kan det också innebära en del svagheter som vi behöver förhålla oss till med tanke på den professionsbaserade reflexiviteten (Alvinus et al., 2023). Det kan innebära svårigheter med att kritiskt förhålla sig till den egna organisationen vilket kan medföra risker om att gå miste om information på grund av förutfattade meningar, en uppfattning hos de intervjuade om att man är partisk samt tendens att censurera sig själv gentemot organisationen (Alvinus et al., 2023).

Den professionsbaserade reflexiviteten i denna studie leder oss också till att reflektera över våra dubbla roller och hur det kan påverka deltagarna i studien. Eftersom vi som genomför undersökningen och analyserade deltagarnas upplevelser även är verksamma inom organisationen och kan vi av patienterna uppfattas som representanter för den. Därför finns det möjlighet att detta påverkar deltagarnas svar på något sätt. I vårt fall brinner vi som terapeuter i verksamheten för att förbättra terapierna för våra patienter och vi ser FIT som en lovande metod då den erbjuder en möjlighet till att anpassa terapier efter varje individ. I och med att vi som författare har ett eget intresse i ämnet har vi försökt vara försiktiga med egna tolkningar och valt att semantiskt tolka uttalanden för att i så hög utsträckning som möjligt minska risken för att lägga ord i munnen på deltagarna, men här finns förstås en tydlig risk för bias.

Vidare valde vi att använda oss av en semistrukturerad intervju, en metod med dess för- och nackdelar. Å ena sidan ger den stöd kring vilka ämnen som bör avhandlas för att deltagarna ska få likvärdiga möjlighet att uttrycka sig och å andra sidan finns det en rörlighet i intervjun där frågorna kan anpassas efter informanten. Samtidigt finns det en risk att författarnas

förutfattade meningar påverkar svarens riktning. Det finns till exempel vissa frågeområden som vi fått svar på som senare utvecklats till teman som speglar dessa områden, då deltagaren har ombetts att reflektera kring ämnet. Dock har det funnits frågeområden där det inte bildats teman även om det funnits frågor kring området.

Studien har en begränsad överförbarhet, då den är genomförd på en specifik mottagning med terapeuter som arbetar på denna mottagning under specifika villkor. Den psykiatriska populationen på den aktuella mottagningen kan också skilja sig från andra mottagningar avseende olika faktorer som gränssnitt och övriga omständigheter som inte påverkas av studien. Gällande generaliserbarhet är deltagarantalet för litet för att dra övergripande slutsatser utöver de som deltog i studien. Trots detta hoppas vi att genom att undersöka patienternas upplevelse kan vi få insikter som kan ge en djupare förståelse för enskilda patienters faktiska erfarenheter.

Vidare forskning

Tidigare forskning har visat varierande resultat vid användandet av ROM på en psykiatrisk population (De Jong et al., 2018; Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018). Det är som vi skriver i inledningen en patientgrupp med komplex symtomatologi och ofta komorbida psykiatriska tillstånd, som ofta kräver anpassning i psykoterapi.

Med vår studie som omfattade en bred psykiatrisk population med få exklusionskriterier, hoppas vi kunna bidra till en ökad förståelse kring hur FIT kan upplevas av patienter i en psykiatrisk öppenvård. Genom att fler studier genomförs på patientupplevelser kan förståelsen på sikt öka för möjligheterna att behandla patienterna utifrån evidensbaserad praktik och därmed också öka chanserna för att man ska kunna ge optimal psykologisk behandling för varje patient i linje med det som rekommenderas i APA (2006). Det är dock viktigt att notera att denna studie är liten och vi har inte undersökt specifika patientfaktorer. För vidare forskning tror vi att ett intressant område vore att undersöka upplevelser relaterat till specifika patientfaktorer eller diagnosgrupper, för att hitta markörer kring hur en sådan här metod kan implementeras på ett sätt som passar individen och kontexten optimalt.

Referenser

- Alvinus, A., Borglund, A., Larsson, G., (2023). Tematisk analys - Din handbok till fascinerande vetenskap. Lund: Studentlitteratur
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852.
- Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841–855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>
- Barkham, M., Lambert, M. J., (2021). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Barkham M., Lutz W., & Castonguay L. G. (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (50th anniversary ed., pp. 135-189)*. New York: John Wiley & Sons.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- 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*. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- 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>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Börjesson, S., & Boström, P. K. (2020). “I want to know what it is used for”: Clients’ perspectives on completing a routine outcome measure (ROM) while undergoing

- psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(3), 337–347.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630780>
- De Jong, K., Segaar, J., Ingenhoven, T., van Busschbach, J., & Timman, R. (2018). Adverse effects of outcome monitoring feedback in patients with personality disorders: A randomized controlled trial in day treatment and inpatient settings. *Journal of Personality Disorders*, 32(3), 393–413. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_297
- Delgadillo, J., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J., Gilbody, S., Ali, S., Aguirre, E., Appleton, M., Nevin, J., O’Hayon, H., Patel, U., Sainty, A., Spencer, P., & McMillan, D. (2018). Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: A multisite, open-label, cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 564–572. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30162-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30162-7)
- 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), 125–139. <https://doi.org/10.1037/ccp0000277>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure: *Journal of Clinical Psychology*. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hovland, R. T., Ytrehus, S., Mellor-Clark, J., & Moltu, C. (2023). How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice. *Journal of Clinical Psychology*, 79(3), 711–728. <https://doi.org/10.1002/jclp.22992>
- Howard, Kenneth I & Orlinsky, David E (1986). Process and outcome in psychotherapy i *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, kapitel 8. New York: Wiley & Sons
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress: *American Psychologist*.

- American Psychologist, 51(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059>
- Krägeloh, C. U., Czuba, K. J., Billington, D. R., Kersten, P., & Siegert, R. J. (2015). Using Feedback From Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Services: A Scoping Study and Typology. *Psychiatric Services*, 66(3), 224–241. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400141>
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (S.-E. Torhell, Trans.). Studentlitteratur.
- Låver, J., McAleavey, A., Valaker, I., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2024). Therapists' and patients' experiences of using patients' self-reported data in ongoing psychotherapy processes—A systematic review and meta-analysis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*, 34(3), 293–310. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2222896>
- Miller, S. D., & Bertolino, B. (Eds.). (2014). *Feedback-informerad terapi—FIT* (B. Weine, Trans.; 1. uppl). Studentlitteratur.
- Persons, J. B., Koerner, K., Eidelman, P., Thomas, C., & Liu, H. (2016). Increasing psychotherapists' adoption and implementation of the evidence-based practice of progress monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.004>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Skåneövergripande handlägningsöverenskommelse primärvård specialistpsykiatri gällande vuxna, Version 4, reviderad 2022-12-09, Godkänt datum 2023-02-10.
- Solstad, S. M., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2019). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychotherapy Research*, 29(2), 157–170. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1326645>
- 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. *Psychotherapy Research*, 31(2), 200–210. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1788741>

- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. ed) [Elektronisk resurs]. Routledge.
- Wolpert, M., Curtis-Tyler, K., & Edbrooke-Childs, J. (2016). A Qualitative Exploration of Patient and Clinician Views on Patient Reported Outcome Measures in Child Mental Health and Diabetes Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 309–315. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0586-9>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide* (First edition). American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association.

Bilaga 1. Outcome Rating Scale (ORS)

Skattning av förändring Outcome Rating Scale (ORS)

När du ser tillbaka på den senaste veckan – inklusive idag – kan du då hjälpa oss att förstå hur du har haft det, genom att markera på skalorna hur du upplever att det har fungerat för dig, inom följande områden i ditt liv:

Markeringar till vänster anger en lägre nivå av tillfredsställelse, och markeringar till höger en högre nivå av tillfredsställelse

Individuellt
personligt välbefinnande

Nära relationer
familj och andra nära relationer

Socialt
arbete, skola, vänner

Allmänt
livet som helhet

International Center for Clinical Excellence

www.scottmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

För licens till detta formulär, se: <https://scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/collections/performance-metrics/products/performance-metrics-licenses-for-the-ors-and-srs>

Bilaga 2. Session Rating Scale (SRS)

Skattning av samtal Session Rating Scale (SRS)

Namn: _____	Ålder: _____	år
Kön: _____	Möte nr: _____	Datum: _____

Var vänlig och skatta dagens samtal genom att sätta en markering på linjen
– sätt markeringen i det läge som bäst stämmer med din upplevelse:

Relation

Jag kände mig inte
hörd, förstådd och
respekterad. |-----| Jag kände mig hörd,
förstådd och
respekterad.

Mål och Ämnen

Vi arbetade inte med
eller pratade inte om
det som jag ville arbeta
med och prata om. |-----| Vi arbetade med eller
pratade om det som
jag ville arbeta med
och prata om.

Sätt att arbeta eller Metod

Sättet vi arbetade på
passar mig inte. |-----| Sättet vi arbetade på
passar mig bra.

Allmänt

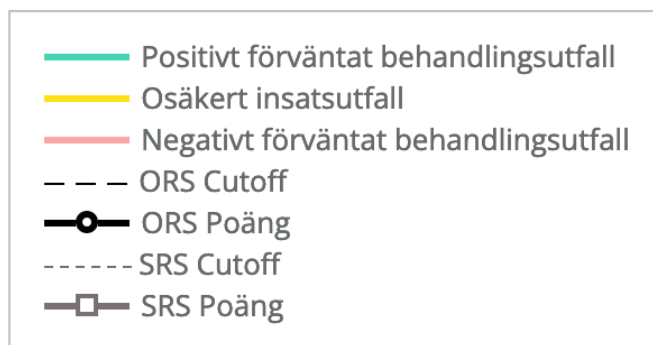
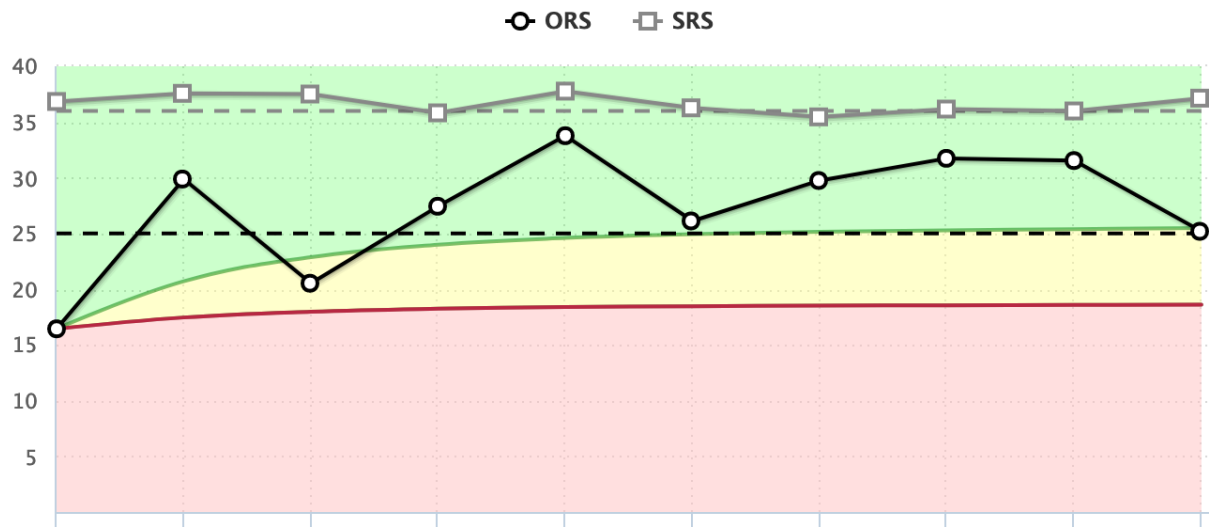
Det var något som
saknades i dagens
samtal. |-----| Dagens samtal passade
mig helt.

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

För licens till detta formulär, se: <https://scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/collections/performance-metrics/products/performance-metrics-licenses-for-the-ors-and-srs>

Bilaga 3. Ett exempel på FIT-diagram



Bilaga 4. Intervjuguide

Fråga 1. Vi börjar med att jag vill veta lite om din upplevelse av FIT

- Vad var din reaktion när du fick reda på att terapeuten tänker använda FIT som instrument i terapin?
- Vad tyckte du om den informationen du fick om vad FIT skulle användas till?
- Hur upplevde du det var att använda FIT i din terapi?
- Hur upplevde du att det var att fylla i formulären vid varje samtal?
- Använde du någon särskilt strategi när du fyllde i formulären?
- Hur upplevde du det var att se dina terapieresultat visas som en kurva?
- Hur upplevde du att det var att prata om skattningarna i din terapi?
- Var det någon skillnad i din upplevelse av FIT i början och slutet av kontakten?

Fråga 2: Kan man jämföra FIT-feedback med andra sätt att lämna feedback i terapi?

- På vilket sätt var det samma eller liknande?
- Kan du ge ett exempel?
- Var det en mer negativ eller positiv upplevelse för dig, varför?
- Upplevde du att det kom några andra konsekvenser av feedbacken?
- Upplevde du att ORS formuläret speglade ditt mående på ett korrekt sätt? (tilläggsinformation: Individuellt, nära relationer, socialt, allmänt)
- Finns det några andra frågor du skulle vilja ha med i formuläret? I så fall, vilka?
- Upplevde du att FIT hjälpte dig och din terapeut att prata om dina mål och framsteg?
- Upplevde du att användandet av FIT hade någon inverkan på hur det har gått i terapin? Om ja, kan du berätta mer om det? Om nej, varför tror du det är så?
- På vilket sätt upplevde du FIT som hjälpsamt och på vilket sätt var det inte hjälpsamt. Eller störande för dig?

Fråga 3: Påverkar FIT den terapeutiska relationen?

- På vilket sätt upplever du att FIT påverkade din relation med terapeut?
- Påverkades ditt förtroende för din terapeut att dina terapiframsteg mättes via FIT?
- Hur blev det att lämna feedback via plattan istället för att ta upp det direkt med din terapeut?
- Tycker du att skattningarna av er relation/allians fångade din känsla för terapin, terapeuten och hur ni arbetade?
- På vilket sätt bidrar FIT till att kommunikationen mellan dig och din terapeut förbättras försämras?

Avslutande fråga: Skulle du rekommendera andra att gå i terapier där terapeuten använder sig av FIT? Motivera gärna.