

Rapport

Effekten af Feedback Informed Treatment i bostøtteindsatsen

Et randomiseret kontrolleret forsøg



Jan Hyld Pejtersen, Mai Tødsø Jensen & Helle Hansen

Effekten af Feedback Informed Treatment i bostøtteindsatsen – Et
randomiseret kontrolleret forsøg

© VIVE og forfatterne, 2018
2. version 2019

e-ISBN: 978-87-7119-541-5
Projekt: 100028

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

I denne rapport præsenteres resultaterne af forskningsprojektet: *Effekten af Feedback Informed Treatment i bostøtteindsatsen – et randomiseret kontrolleret forsøg*. Projektet er støttet af TrygFonden.

Feedback Informed Treatment (FIT) er en feedback metode, der har til formål at skabe den bedste relation mellem behandler og klient. FIT er udviklet til at evaluere og forbedre terapeutisk behandling, men er i stigende grad blevet brugt i danske kommuner til at forbedre samarbejdet mellem borger og medarbejder i forbindelse med sociale indsatser. Imidlertid er der begrænset evidens for effekten af FIT ved sociale indsatser under danske forhold.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune har sammen med VIVE fået støtte fra TrygFonden til at afprøve FIT i bostøtteindsatsen i forvaltningen. Bostøtten retter sig mod udsatte voksne borgere, der har brug for socialpædagogisk og praktisk støtte for at kunne opretholde en tilværelse i eget hjem. Socialforvaltningen har stået for at implementere FIT, mens VIVE har stået for at evaluere effekten af FIT. Denne rapport er VIVEs evaluering af effekten af FIT.

Rapporten har været i eksternt review hos to reviewere, der har haft særlig indsigt i FIT, i målgruppen og i forskningsdesign. Vi vil gerne takke reviewerne for konstruktive kommentarer.

Vi vil også gerne rette en stor tak til de borgere, medarbejdere og ledere fra Københavns Kommune, der har deltaget i projektet. Sidst, men ikke mindst tak til Socialforvaltningens projektgruppe. Samarbejdet med projektgruppen har været helt afgørende for gennemførelsen af forskningsprojektet.

Rapporten er skrevet af seniorforsker Jan Hyld Pejtersen, videnskabelig assistent Mai Tødsø Jensen og seniorkonsulent Helle Hansen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2018

Indhold

| | |
|---|-----|
| Sammenfatning | 6 |
| 1 Indledning..... | 9 |
| 1.1 Formål..... | 9 |
| 1.2 Bostøtteindsatsen i kommuner | 10 |
| 1.3 Feedback Informed Treatment | 11 |
| 1.4 Forskningsgrundlaget for FIT..... | 15 |
| 2 Systematisk review..... | 18 |
| 2.1 Metode | 18 |
| 2.2 Resultater af reviewet | 21 |
| 3 Effektstudie..... | 33 |
| 3.1 Materiale og metode | 33 |
| 3.2 Resultater fra effektstudiet..... | 40 |
| 4 Diskussion..... | 59 |
| 4.1 Review | 59 |
| 4.2 Effektstudie | 60 |
| 4.3 Samlet diskussion | 63 |
| Litteratur..... | 65 |
| Bilag 1 Beregning af effektstørrelse..... | 71 |
| Bilag 2 Kort beskrivelse af de inkluderede studier i det systematiske review | 72 |
| Bilag 3 Milepælsplan for implementering af projekt i Socialforvaltningen | 98 |
| Bilag 4 Styrkeberegning | 99 |
| Bilag 5 FIT-scores i undersøgelsesperioden | 100 |
| Bilag 6 Populationens generelle trivsel..... | 101 |
| Bilag 7 Middelscore og standardafvigelse for skalaer om livskvalitet | 102 |
| Bilag 8 Statistisk analyse af effekten af FIT på generelt helbred, fysisk livskvalitet og sociale relationer | 103 |
| Bilag 9 Analyse af afslutningsstatus, når der kontrolleres for, om borgeren var med fra start eller startede op under forsøget..... | 105 |
| Bilag 10 Andel af borgere, som fik en varsling om boligudsættelse i FIT- og kontrolgruppen | 106 |
| Bilag 11 Analyse af arbejdsmarkedsstatus for borgerne i FIT- og kontrolgruppen | 107 |
| Bilag 12 Frekvensfordeling for items i ORS-skalaen..... | 108 |

| | | |
|----------|--|-----|
| Bilag 13 | Frekvensfordeling for items i SRS-skalaen | 109 |
| Bilag 14 | Konfirmatorisk faktoranalyse af ORS og SRS..... | 110 |
| Bilag 15 | Afslutningsstatus som funktion af FIT-data (valide, ikke valide) | 113 |

Sammenfatning

Feedback Informed Treatment (FIT) er en feedback metode, der har til formål at skabe den bedste relation mellem behandler og klient. FIT er udviklet til at evaluere og forbedre terapeutisk behandling, men er i stigende grad blevet brugt i danske kommuner til at forbedre samarbejdet mellem borger og medarbejder i forbindelse med sociale indsatser.

Den grundlæggende idé med FIT er, at terapeuten får feedback fra klienten i en formaliseret form, og at terapeuten og klienten dermed kan indgå i dialog om behandlingen. Klienten udfylder i forbindelse med hver samtale to korte spørgeskemaer – ét i starten af samtalen og ét i slutningen af samtalen. Skemaerne måler klientens trivsel samt klientens oplevelse af selve samarbejdet (relationen) med terapeuten. Terapeuten har dermed mulighed for at tilpasse terapien ud fra den feedback, som klienten giver.

I denne undersøgelse blev effekten af FIT undersøgt i en del af bostøtteindsatsen i Københavns Kommunes Socialforvaltning. Bostøtten var organiseret i en boligrådgiverordning, en hjemmevejlederordning og en støtte- og kontaktpersonordning (SKP). Bostøtten rettede sig mod udsatte voksne borgere, der havde brug for socialpædagogisk og praktisk støtte for at kunne opretholde en tilværelse i eget hjem. Det kunne være hjemløse borgere, der flyttede fra herberg til egen bolig og havde brug for støtte til at fastholde boligen (boligrådgivere). Det kunne være borgere, som skulle have hjælp og støtte til at kunne mestre daglige færdigheder, så borgeren kunne blive mere selvhjulpne (hjemmevejledere). Det kunne være borgere, som var særligt udsatte og havde svært ved at håndtere tilværelsen eller kontakten til det omgivende samfund (SKP). Bostøtte blev givet i borgerens eget hjem.

Formålet med undersøgelsen var at afprøve og måle effekten af FIT i bostøtteindsatsen i Københavns Kommune. Vi undersøgte gennem et randomiseret kontrolleret forsøg, om implementeringen af FIT kunne forbedre bostøtteindsatsen og dermed være med til at forbedre borgerens psykiske, fysiske og sociale trivsel og gøre borgeren i stand til at opretholde en tilværelse i egen bolig. Et andet formål med undersøgelsen var at lave et systematisk review af studier, der har undersøgt effekten af FIT.

Metode. Effektstudiet blev udført som et cluster-randomiseret kontrolleret forsøg, idet der blev trukket lod om, hvilke medarbejdere der skulle uddannes til at anvende (FIT), og hvilke medarbejdere der skulle arbejde, som de plejede og fungere som kontrolgruppe. Vi anvendte desuden blokrandomisering, således at der inden for hver organisatorisk enhed så vidt mulig var lige mange medarbejdere i FIT- og kontrolgruppen.

Implementeringen af FIT blev foretaget i de enkelte enheder med støtte fra Socialforvaltningens interne projektgruppe, som stod for den overordnede koordinering på tværs af enhederne. Projektgruppen stod også for at evaluere implementeringen. Derudover var der nedsat en styregruppe, der skulle sikre, at rammerne for at implementere indsatsen var til stede, samt sikre, at effektstudiet blev udført som planlagt.

Alle medarbejdere fra FIT-gruppen deltog i en FIT-faglig opstartsdag, hvor en ekstern supervisor gennemgik FIT i detaljer. Formålet med dagen var at klæde medarbejderne på til at gå i gang med at lave FIT for en enkelt af deres borgere i en pilotfase på ca. 2 måneder. Medarbejderne i FIT-gruppen deltog derefter i et 2-dages undervisningsseminar, og efter seminaret startede den egentlige forsøgsperiode, hvor medarbejderne gik i gang med at lave FIT for alle borgere. Enheder afholdt

møder for FIT-gruppen hver fjortende dag, hvor FIT-faglighed var på dagsordenen, og FIT-gruppen modtog desuden FIT-supervision hver tredje uge.

Effekten af FIT blev undersøgt på følgende udfaldsmål:

- Borgerens trivsel, fysiske livskvalitet, helbred og sociale relationer
- Årsag til, at borgeren afsluttede indsatsen
- Indsatsens længde
- Borgerens arbejdsmarkedsstatus
- Andel af borgere, som fik en varsling om boligudsættelse.

Vi havde valgt disse udfaldsmål, da de lå tæt op ad det primære formål med bostøtteordningerne, som på tværs af de tre ordninger var, at borgerne skulle støttes til at fungere bedre i hverdagen og støttes til at være mere selvhjulpne, så de var i stand til at opretholde en tilværelse i egen bolig.

Til at måle generel trivsel anvendte vi spørgeskemaet WHO-5, og derudover anvendte vi skalaer om Fysisk livskvalitet og Sociale relationer fra WHO's spørgeskema om livskvalitet WHOQOL 100 og et enkelt spørgsmål til at måle Selvvurderet helbred. Spørgeskemaet bestod af 16 spørgsmål og blev anvendt ved baseline, efter 6 måneder og efter 15 måneder, eller når borgeren afsluttede indsatsen. Ved afslutningen besvarede medarbejderen et spørgsmål om årsagen til, at borgeren afsluttede indsatsen. Oplysninger om indsatsens længde og borgerens arbejdsmarkedsstatus fik vi fra kommunens administrative systemer.

Som en del af undersøgelsen foretog vi et systematisk review af studier, som havde undersøgt effekten af FIT. Vi lavede en systematisk søgning, hvor vi søgte på termer, der relaterede sig til FIT. Vi inkluderede studier med stærke forskningsdesign, som randomiserede kontrollerede (RCT) forsøg eller forsøg med kontrolgruppe. Vi foretog en meta-analyse på relevante effektmål på tværs af de inkluderede RCT-studier.

Resultater, effektstudie. Forsøget startede i maj 2015 og blev afsluttet i starten af september 2016. Forsøgsperioden var på 15 måneder eksklusive pilotfasen på 2 måneder. Projektgruppen i Socialforvaltningen har evalueret implementeringen i Bostøtteindsatsen. Deres overordnede vurdering var, at anvendelsen af feedbacken fra borgerne spændte meget vidt fra medarbejder til medarbejder og mere end fra enhed til enhed. I den ene ende af spektret brugte nogle medarbejdere FIT meget aktivt i deres arbejde, og i den anden ende af spektret var andre kun kommet i gang med ORS- og SRS-målingerne. Efterfølgende har vi undersøgt FIT-scorene i undersøgelsesperioden. Den generelle tendens var, at antallet af FIT-scores steg støt henover efteråret 2015. I første halvdel af 2016 var antallet af FIT-scores pr. måned konstant. Der var en nedgang i antallet af FIT-score henover sommeren i både 2015 og 2016.

Cirka to tredjedele af medarbejderne havde FIT-scores for mere end to tredjedele af deres borgere. Data viser også, at alle, på nær en medarbejder, havde borgere, der har udfyldt FIT, men data viser således også, at det ikke var alle borgere, der har udfyldt FIT-scores.

I alt 80 medarbejdere har deltaget i forsøget, hvoraf 42 var allokeret til FIT-gruppen og 38 til kontrolgruppen. De 80 medarbejdere havde i alt 1.020 borgere i løbet af forsøgsperioden. Heraf var 530 borgere i FIT-gruppen og 490 borgere i kontrolgruppen.

Vi har anvendt analyser baseret på 'intention to treat' for alle udfaldsmål bortset fra spørgsmålene omkring trivsel, livskvalitet og helbred, da disse mål var afhængige af, at spørgeskemaet blev besvaret. I analyser baseret på 'intention to treat' analyseres alle borgere, som blev udtrukket til FIT-gruppen

eller kontrolgruppen, uanset om de reelt har fået indsatsen. Analyserne af borgernes trivsel og livskvalitet er baseret på de 455 borgere, som havde svaret på spørgeskemaet ved baseline og followup.

I dette RCT-studie har vi ikke fundet nogen effekt af FIT på de valgte effektmål:

- Generel trivsel
- Livskvalitet
- Helbred
- Årsag til, at borgeren afsluttede indsatsen
- Indsatsens længde
- Borgerens arbejdsmarkedsstatus
- Andel af borgere, som fik en varsling om boligudsættelse.

Der var ikke signifikant forskel på udfaldsmålene i FIT- og kontrolgruppen i de statistiske multilevel analyser, hvor vi kontrollerede for alder, køn og den organisatoriske struktur i forsøgsdesignet.

Resultater, det systematiske review. Den systematiske søgning i databaser over peer-reviewet forskningslitteratur identificerede 736 studier. Efter screening på titel og abstract var der 130 studier, som blev vurderet ud fra fuldttekst. I alt 13 studier var studier med kontrolgruppe, heraf 11 RCT-studier, der blev inkluderet i det endelige review. Studierne omhandlede forskellige primære indsatses. 6 studier omhandlede en eller anden form for behandling inden for psykiatrien, 2 studier var inden for misbrugsbehandling, 2 studier var om parterapi, og 3 studier omhandlede studierådgivning.

Baseret på de 11 RCT-studier har vi lavet meta-analyser på effektmål omkring klienternes trivsel og antal sessioner. Vi har valgt at se på det trivselsmål, som var det primære trivselsmål. Vi har i hovedanalyserne valgt kun at se på trivselsmål, som var uafhængige af interventionen. Det vil sige, at vi har fravalgt de studier i meta-analysen, som anvendte ORS-skalaen til at måle effekten af FIT, da ORS er en del af FIT. I meta-analysen fandt vi ikke nogen signifikant effekt på klienternes trivsel, målt med et uafhængigt trivselsmål (Hedges' $g = 0,05$, 95 % CL -0,13-0,24). Derimod viste analysen på antal sessioner, at FIT havde en lille signifikant effekt på frafald, således at klienterne i FIT-gruppen deltog i flere sessioner end klienter i kontrolgruppen (Hedges' $g = 0,15$ 95 % CL 0,02-0,28).

Konklusion. I dette effektstudie fandt vi ingen effekt af FIT for borgerne i bostøtteindsatsen. I det systematiske review af forskningslitteraturen fandt vi en lille effekt af FIT, således at FIT øgede antallet af sessioner. Vi fandt ingen effekt af FIT på uafhængige trivselsmål i det systematiske review.

1 Indledning

På landsplan er der en større gruppe af udsatte, misbrugende og sindslidende voksne borgere, der modtager støtte i eget hjem (Danmarks Statistik, 2016). Målet med støtten er at forbedre borgerens psykiske, fysiske og sociale trivsel og gøre borgeren i stand til at opretholde en tilværelse i eget hjem. Støtten går under betegnelse bostøtte og består af socialpædagogisk og praktisk støtte, der kan gives i forskellige situationer og er kendetegnet ved, at støtten gives i borgerens eget hjem. Det kan være hjemløse borgere, der flytter fra herberg til egen bolig og har brug for støtte til at fastholde boligen. Det kan være borgere, som skal have hjælp og støtte til at kunne mestre daglige færdsigheder, så borgeren kan blive mere selvhjulpne. Det kan være borgere, som er særligt udsatte og har svært ved at håndtere tilværelsen eller kontakten til det omgivende samfund. Kernen i en bostøtte er opbygningen af en god relation mellem medarbejderen og borgeren. Opbygning af relationen udgør fundamentet for, at der kan arbejdes med borgerens trivsel og udvikling.

Feedback Informed Treatment (FIT) er en feedback metode, der har til formål at skabe den bedste relation mellem behandler og klient (Miller m.fl., 2005). FIT er udviklet til at evaluere og forbedre terapeutisk behandling, men er i stigende grad blevet brugt i danske kommuner til at forbedre samarbejdet mellem borger og medarbejder i forbindelse med sociale indsatser (Socialstyrelsen, 2017).

Socialforvaltningen i Københavns Kommune besluttede at indføre FIT i foråret 2014 i en del af bostøtteindsatsen i forvaltningen, og sammen med VIVE fik Københavns Kommune en bevilling fra Trygfonden til at afprøve FIT i en del af bostøtteindsatsen i Københavns Kommunes Socialforvaltning. Den interne projektgruppe i Socialforvaltningen har stået for implementeringen af FIT, mens VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd har stået for evalueringen af effekten af FIT. Denne rapport er evalueringen af effekten af FIT.

1.1 Formål

Formålet med undersøgelsen var at afprøve og måle effekten af FIT i bostøtteindsatsen i Københavns Kommune. Vi undersøgte gennem et randomiseret kontrolleret forsøg, om implementeringen af FIT kunne forbedre bostøtteindsatsen og dermed være med til at forbedre borgerens psykiske, fysiske og sociale trivsel og gøre borgeren i stand til at opretholde en tilværelse i egen bolig.

I undersøgelsen har vi testet følgende hypoteser:

- *FIT kan være med til at forbedre borgernes trivsel.* Ved at bruge feedbacken fra borgeren til at målrette indsatsen til den enkelte borger vil borgeren på sigt få en bedre indsats, som vil forbedre borgerens trivsel. Vi undersøgte dette ved at se på borgerens trivsel i forsøgsperioden.
- *FIT kan forebygge og reducere frafald i støtteforløbet.* Feedbacken fra borgeren skal være med til at forbedre relationen mellem borger og medarbejder. En forbedret relation vil mindske risikoen for, at borgeren fravælger støtten. Vi undersøgte dette ved at se på årsagen til, at borgeren stoppede i forløbet.
- *FIT kan afklare og reducere lange støtteforløb.* Feedbacken fra borgeren og en bedre tilpasning af støtten kan gøre, at formålet med støtten hurtigere opnås. Vi undersøgte dette ved at se på længden af afsluttede støtteforløb.
- FIT har en positiv effekt på at gøre borgerne mere selvhjulpne og på deres evne til at opretholde et selvstændigt liv i egen bolig. Feedbacken vil have positiv effekt på det overordnede formål med støtten, at borgeren skal være selvhjulpne. Vi undersøgte dette ved dels at se på, om

borgeren fik en varslings om boligudsættelse i forsøgsperioden, dels ved at se på, om borgeren ændrede arbejdsmarkedsstatus i forsøgsperioden.

Som en del af effektstudiet har vi desuden lavet en skalavalidering af skalaerne ORS og SRS, som anvendes i FIT, for at undersøge, hvordan skalaerne fungerede i undersøgelsen.

Et andet formål i forbindelse med undersøgelsen var at lave et systematisk review af studier, der har undersøgt effekten af FIT. Ved denne undersøgelses start viste de indledende undersøgelser af studier, der har anvendt FIT, at der var en del studier, men også, at der kun er lavet et begrænset antal RCT-studier af FIT. Der var derfor behov for en systematisk oversigt over RCT-studier, der har anvendt FIT.

1.2 Bostøtteindsatsen i kommuner

Bostøtteindsatsen i kommunerne kan være organiseret på forskellig vis (Bengtsson & Røgeskov, 2012; Servicestyrelsen, 2011; Stigaard, 2011). I Københavns Kommune er en del af bostøtteindsatsen organiseret i en hjemmevejlederordning, en boligrådgivning og i en støtte- og kontaktpersonordning. Det var i disse tre bostøtteordninger, at FIT blev implementeret som en del af undersøgelsen. Bostøtteordningerne er beskrevet her:

- Hjemmevejlederordningen – hvor der ydes socialpædagogisk støtte efter § 85 i serviceloven. Målgruppen er personer, der har behov for socialpædagogisk bistand pga. betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller på grund af særlige sociale problemer. Indsatsen sigter efter, at den enkelte borger kan bevare eller forbedre sin psykiske, fysiske eller sociale trivsel (Vejledning nr. 2 til serviceloven). Målgruppen indeholdt dog ikke borgere med udviklingshæmning, som vil være tilknyttet tilsvarende hjemmevejledning under kommunens handicapområde.
- Støtte- og kontaktpersonordningen (SKP-ordningen) – hvor der ydes støtte efter § 99 i serviceloven. Målgruppen er socialt udsatte og isolerede sindslidende, stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse, som almindeligvis ikke gør brug af eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud. Formålet er at tilbyde en hjælp, der understøtter og styrker muligheden for et liv på egne præmisser med større personlig og social mestring (Vejledning nr. 2 til serviceloven). I studiet blev medtaget borgere, som havde egen bolig og ikke var i et misbrugsbehandlingsforløb.
- Boligrådgiverordningen i Københavns Kommune – hvor der ydes støtte til borgere, der er flyttet fra krisecentre eller herberg til egen bolig. Formålet er, at borgeren fastholdes i eget hjem og opnår en stabil tilværelse efter støtteforløbets ophør.

I den seneste landsdækkende undersøgelse af støttekontaktpersonordningen blev det estimeret, at ca. 5.500 borgere på landsplan havde tildelt en støttekontaktperson i 2011 (Servicestyrelsen, 2011). Ligeledes er hjemmevejlederordningen landsdækkende og omfatter en stor gruppe af borgere. Ifølge Danmarks Statistik modtog ca. 31.000 borgere støtte fra en hjemmevejleder i 2012 (Hansen, 2016). Boligrådgiverordningen findes ikke på landsplan, men de opgaver, som boligrådgiverne har, kan findes i andre kommuner under andre betegnelser.

Frafald er en af de udfordringer, som knytter sig til bostøtteindsatserne. I en landsdækkende undersøgelse har Socialstyrelsen undersøgt denne problemstilling for SKP-ordningen (Servicestyrelsen, 2011). Det gennemsnitlige SKP-forløb var på 130 dage, men dækkede over en relativ stor variation mellem længden af forløbene. Undersøgelsen viste også, at 61 pct. af forløbene ikke blev afsluttet succesfuldt. Med succes forstås, at formålet med SKP-ordningen var opnået ved forløbets afslutning, og at borgeren havde fået etableret kontakt til omverdenen inden for minimum 1 af de 4 områder: personlige relationer, sundhedsområdet, det sociale område eller det private område. En væsentlig

årsag til, at forløbene blev afsluttet uden succes, skyldes frafald fra ordningen (Servicestyrelsen, 2011). Således var der 37 pct. af de ikke succesfulde forløb, der blev afsluttet, fordi brugeren ikke længere ønskede kontakt med SKP-medarbejderen eller på anden måde havde afbrudt forløbet (Servicestyrelsen, 2011). Frafaldet betød, at en væsentlig andel af borgerne ikke opnåede målene om at bryde med den sociale isolation og dermed ikke opnåede en øget grad af selvhjulpethed.

En anden problematik har været, at hjemmevejlederforløbene, modsat SKP-forløbene, ofte kan komme til at strække sig over meget lang tid. SFI gennemførte i 2012 en undersøgelse og analyse af hjemmevejlederordningen (Bengtsson & Røgeskov, 2012). Her fremgik det, at der siden kommunalreformen har været en stigning i antallet af borgere, der modtager hjemmevejledning, og at der var stor variation i længden af forløbene. En udfordring var, at en del af forløbene var meget lange, og at der manglede viden om, hvordan og hvornår et forløb skulle afsluttes. Af SFI-undersøgelsen fremgik det, at det var en forholdsvis lille andel af forløbene, der blev afsluttet inden for det første år. Størstedelen havde en varighed på over 1 år, og en forholdsvis stor andel varede helt op til 10 år eller derover (Bengtsson & Røgeskov, 2012). Der var således en væsentlig andel af borgere, der havde meget lange støtteforløb. De lange forløb kan måske forklares med, at der nogle gange kan opstå et afhængighedsforhold mellem borger og medarbejder. At have egen bolig involverer en række praktiske og administrative opgaver, og i nogle situationer kan det umiddelbart være det mest effektive, at bostøttemedarbejderen varetager opgaverne på vegne af borgeren. Herved er der dog risiko for, at borgeren opbygger en afhængighed af hjælp fra medarbejderen, og dermed bliver indsatsens formål med højere grad af selvhjulpethed ikke indfriet.

Med indførelse af FIT var det kommunens forventning, at man kunne forbedre relationen mellem borger og medarbejder og på den måde undgå nogle af de problemer, som er beskrevet ovenover.

1.3 Feedback Informed Treatment

Feedback Informed Treatment er udviklet af Scott D. Miller og Barry L. Duncan og består i, at klienter giver feedback til behandleren ved hver terapeutisk session, dels om klientens generelle trivsel, dels om, hvordan klienten oplever den netop overståede session (Miller m.fl., 2005). Den grundlæggende idé er, at terapeuten får feedback fra klienten i en formaliseret form, og at terapeuten og klienten dermed kan indgå i dialog om behandlingen. Klienten udfylder i forbindelse med hver samtale to korte spørgeskemaer – ét i starten af samtalen og ét i slutningen af samtalen. Skemaerne måler klientens trivsel samt klientens oplevelse af selve samarbejdet (relationen) med terapeuten. Terapeuten har dermed mulighed for at tilpasse terapien ud fra den feedback, som klienten giver. FIT betegnes også som Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) (Miller m.fl., 2005).

Fordelene ved brug af FIT er blevet beskrevet som øget fastholdelse af klienter, reduktion af frafald, øget klientengagement i behandlingsforløbet og reduceret behandlingstid samt signifikant forbedring af klienters outcomes (Maeschalck & Barfknecht, 2017).

FIT er en licens og manual baseret praksis og er beskrevet i 6 manualer (Bargmann & Robinson, 2011; Bertolino, Bargmann & Miller, 2011; Bertolino m.fl., 2011; Maeschalck & Miller, 2012; Maeschalck m.fl., 2011; Seidel & Miller, 2011).

1.3.1 The Outcome Rating Scale (ORS) og the Session Rating Scale (SRS)

Til at give feedback om klientens trivsel anvendes 'the Outcome Rating Scale' (ORS) (Miller m.fl., 2003), og til at give feedback på den terapeutiske behandling anvendes 'the Session Rating Scale'

(SRS) (Duncan m.fl., 2003). Miller og Duncan anvender de korte skema (ORS og SRS), fordi deres erfaring er, at længere skemaer er for tidskrævende og derfor ikke bliver brugt (Miller m.fl., 2003).

ORS-skemaet og SRS-skemaet bliver i samtalen med klienten et afsæt for en løbende refleksion over, om klienten har udbytte af indsatsen, og om klienten oplever en god relation/alliance til terapeuten. Det vil sige, at både ORS- og SRS-skemaet fungerer som et progressionsmål, hvor klientens besvarelser bliver et mål for klientens udvikling og dermed også et redskab til at afgøre, hvordan klientens forløb skal tilpasses og tilrettelægges.

ORS-skemaet

ORS-skemaet er udviklet på baggrund af the Outcome Questionnaire, OQ45, og består af fire spørgsmål, som alle scores på en 'Visual Analogue Scale' (VAS) (Miller m.fl., 2003). OQ45 er specifikt udviklet til at måle klientens udvikling i forbindelse med terapeutisk behandling (Lambert m.fl., 1996). Spørgeskemaet består af 45 spørgsmål og måler 3 dimensioner inden for områderne: mentalt helbred, interpersonelle relationer og social rolle.

ORS-skalaen anvendes i starten af samtalen, hvor klienten bliver bedt om at svare på, hvordan han/hun har haft det siden sidste møde. Spørgsmålet i ORS-skemaet er (Bargmann, 2017a):

Når du ser tilbage på den tid, der er gået siden sidste samtale (inklusive i dag), skal du 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.

Klienten bliver bedt om at sætte en markering på en visuel analog skala på fire items:

- Individuelt (personligt velbefindende)
- Nære relationer (familie, nære venner osv.)
- Socialt (arbejde, skole, bekendte)
- Generelt (generel følelse af velbefindende).

De enkelte spørgsmål scores på en 'Visual Analogue Scale' (VAS-skala), hvor scoren omregnes til et tal fra 0 til 10. Scoren for de fire spørgsmål lægges sammen til en samlet score, der går fra 0-40. Resultatet fra ORS-skemaet ved første samtale bliver en 'baseline', som benyttes til sammenligning og opfølgning ved næste samtale. Dermed bliver udviklingen fra møde til møde genstand for samtalen mellem borger og medarbejder.

SRS-skemaet

SRS-skemaet består ligeledes af fire spørgsmål, som scores på en VAS-skala (Duncan m.fl., 2003). SRS er hovedsagelig udviklet på baggrund af de 2 skemaer: 'The Helping Alliance Questionnaire II' (HAQ-II) bestående af 19 spørgsmål (Luborsky m.fl., 1996) og 'The Working Alliance Inventory' (WAI) bestående af 12 spørgsmål (Horvath & Greenberg, 1989).

SRS-skalaen anvendes i slutningen af samtalen, hvor klienten bliver bedt om at svare på, hvordan han/hun oplevede relation og samarbejde. Spørgsmålene i SRS-skemaet er (Bargmann, 2017a):

Du bedes vurdere dagens samtale ved at sætte et mærke på hver af de fire linjer. Du skal placere din vurdering tættest på den beskrivelse, som passer bedst på din oplevelse.

Ligesom ORS-skemaet sætter patienten en markering på en skala på fire dimensioner:

- Relation (føjte borgeren sig hørt, forstået og respekteret)
- Mål og emner (blev der arbejdet med og talt om det, borgeren ønsker)
- Tilgang og metode (passede terapeutens måde at arbejde på til borgeren)
- Generelt (var sessionen alt i alt passende).

De enkelte spørgsmål scores også på en VAS-skala og omregnes til et tal fra 0-10, og den samlede score går fra 0-40. Resultatet fra SRS-skemaet benyttes aktivt af medarbejderen til at identificere problemer i relationen med borgeren tidligt i forløbet og sikrer derved, at borgeren kan få indflydelse på, hvordan det terapeutiske arbejde skal fungere fremover (Bargmann & Robinson, 2011). Det vil sige, at FIT-skemaerne skal betragtes som et redskab, der benyttes aktivt under samtalen med borgeren.

1.3.2 ORS- og SRS-grafer som redskab i samtalen

På baggrund af borgernes svar dannes grafer over ORS- og SRS-scorens udvikling over tid, og grafer anvendes i en dialog med klienten. I FIT-manualerne er der desuden retningslinjer for, hvordan forskellige mønstre i klientens ORS- og SRS-score kan fortolkes, og hvilke skridt det kan medføre. På baggrund af data fra flere hundredetusinde tidligere forløb er der genereret standardgrafer, som ORS- og SRS-scorene kan sammenlignes med.

Det er afgørende, at der laves præcise mål, når behandlingen starter, sådan at man har en baseline at måle ud fra. En baselinemåling hjælper også terapeuterne med, hvorvidt deres behandling virker. I anden session er det terapeutens opgave at bruge ORS-scores som en guide for, hvordan behandlingen skal forløbe. Eksempelvis skal terapeuterne være opmærksomme på risiko for selvskade, selvmord mv., hvis ORS-scores er meget lav. I forhold til alliancen mellem klienten og terapeuten handler det om at blive enige om mål. Det handler om at have en fælles forståelse af mening og formål med indsatsen samt om metoder og klientens syn på alliancen til terapeuten. Overvågning af ORS- og SRS-scores er lige vigtig, og det er op til terapeuten at analysere forandringer i behandlingen på de to skalaer løbende (Prescott, Maeschalck & Miller, 2017).

Med graferne følger også en række hjælperedskaber (Bargmann & Robinson, 2011). I graferne er angivet den såkaldte kliniske cut-off for ORS og SRS. De angiver, om borgeren i klinisk forstand ligger inden for normalområdet eller uden for, og hvor der kan være seriøse problemer. Tilsvarende markeres et område på grafen med en øvre og nedre grænse for, hvordan ORS-scoren almindeligvis vil udvikle sig. Der gives altså en række hjælperedskaber til at kvalificere behandlingen og samtalen med klienten, ligesom de fx kan anvendes i supervision.

1.3.3 Brug af FIT i grupper

I gruppeterapi skal patienterne udfylde ORS på samme vis som i et individuelt behandlingsforløb. I forhold til SRS er der dog en forskel, fordi relationen klienterne imellem spiller ind. For at måle dette er der udviklet GSRS – Group Session Rating Scale. GSRS giver således også information om variable, der er effektive i gruppeterapi, fx kvaliteten af alliancen mellem gruppemedlemmerne, gruppesammenhæng og gruppemiljø. I gruppeterapi udfyldes ORS og SRS fuldstændig som i individuel terapi. I parterapi skal terapeuten være opmærksom på, om begge parter oplever en god alliance til terapeuten og får noget ud af terapien. I forbindelse med familierapi er skalaerne også udviklet til børn: Child Outcome Rating Scale og Child Session Rating Scale eller Young Child Session Rating Scale (Maeschalck & Barfknecht, 2017).

1.3.4 Terapeuter

Terapeuter, der praktiserer feedback, skal fokusere på at etablere en kultur af feedback. Det betyder, at terapeuter aktivt og konsekvent fra starten af behandlingen formidler deres oprigtige interesse og behov for klientfeedback om behandlingen. Det betyder især, at terapeuter har ansvar for at skabe et samtalemiljø, der gør det muligt for klienterne at fortælle, hvad der ikke fungerer godt, og hvilke ændringer der skal foretages for at holde samtalen i gang på meningsfulde måder (Duncan, 2014; Tilsen & McNamee, 2015). Typisk uddannes behandlere i FIT i 1-2 dage inden brug af metoden i praktik, og typisk følges der op med supplerende undervisning i løbet af et forløb. Instruktøren skal være autoriseret PCOMS-instruktør.

1.3.5 FIT-supervision

Implementeringen af FIT indebærer, at der ydes supervision til medarbejderne, der arbejder med ORS- og SRS-skemaerne. FIT-supervision er således en central del af indsatsen. FIT-supervisionen kan enten gennemføres individuelt eller som gruppesupervision (Bargmann, 2017b). I denne undersøgelse er der anvendt gruppesupervision. Det er således et kerneelement i supervisionen at undersøge de borgerforløb, hvor der er en risiko for, at borgeren falder fra, eller risiko for manglende udbytte af forløbet. Forskellige mønstre i ORS/SRS-scorer kan indikere en risikosag – fx manglende udvikling i ORS-score, fluktuerende ORS-score eller lav SRS-score (Bargmann & Robinson, 2011). Mønstre, der indikerer en risikosag, er defineret nærmere i FIT-manualerne. Supervisionen handler som udgangspunkt om, hvordan medarbejderen kan ændre tilgang, metode eller fokus i samtaler med borgeren. Hvis der imidlertid fortsat ikke opnås fremgang i borgerens situation, vil supervisionen sætte fokus på, hvordan forløbet evt. kan afsluttes – fx ved, at en anden medarbejder overtager, eller at borgeren henvises til et andet tilbud (Maeschalck & Miller, 2012).

FIT-supervision afviger fra andre typer af supervision, der typisk guides af den pågældende behandlingsmodel eller en teoretisk orientering, idet den guides af outcomes og alliance feedback fra patienterne. På den måde kan supervisionen også bruges til at identificere specifikke områder, der skal forbedres. Supervisoren balancerer to roller på samme tid: *Den administrative rolle* handler om implementering, dvs. fokus på, hvordan og i hvilket omfang fremskridt og alliance indsamles og bruges. Desuden handler den administrative rolle om at dokumentere terapeuternes mål og scores. *Den kliniske rolle* handler om at drøfte specifikke cases med klinisk personale. Det kan også handle om at bruge og integrere patientfeedback i det kliniske arbejde. En vigtig del af supervision er således at skabe guidelines for kommunikation i sessionsessioner.

1.3.6 Fidelitet i FIT

I FIT-manualer er der gældende standarder for implementering af FIT. Dette gælder både selve udfyldelsen af evalueringsredskabet, den organisatoriske opbakning og supervision af medarbejderne.

Det strukturerede fidelitetsredskab Feedback Readiness Index and Fidelity Measure (FRIFM) (Bertolino m.fl., 2011) er udviklet til at vurdere, om FIT implementeres og anvendes korrekt. FRIFM-redskabet består af et detaljeret spørgeskema, hvor det vurderes, i hvilken grad FIT anvendes, sådan som det angives i FIT-manualerne. Redskabet indeholder ca. 70 forskellige spørgsmål, hvor det på en skala fra 1-5 vurderes, i hvilken grad FIT er implementeret succesfuldt og er integreret i medarbejdernes arbejde. Eksempler på spørgsmål i redskabet er:

- I hvilken grad anvender medarbejderen SRS-scoren til at drøfte med borgeren, om det er den rette hjælp, han/hun modtager?

- I hvilken grad anvendes SRS- og ORS-scorer til at justere tilgangen og intensiteten af behandlingen?
- I hvilken grad har organisationen et system til at identificere de sager, hvor ORS-scoren indikerer risiko for manglende eller negativt udbytte?

1.3.7 FIT-implementering

Man kan ikke tale om én måde at implementere FIT på, da det også bestemmes af situation og kontekst. Overordnet mener man dog, at uden en plan, engagement fra ledelsen, tilstrækkelige ressourcer og tålmodighed bliver implementeringen af FIT fragmenteret og vil ikke holde. I en implementeringstjekliste arbejder man med fem faser:

1. Exploration – hvorfor fasen
2. Installation – hvordan fasen
3. Initial implementation – den eksperimenterende fase
4. Full implementation – udfoldelsesfasen/FIT lanceres
5. Sustainment – opretholdelsesfase/FIT bliver indlejret i kulturen og strukturen (Moss & Mousavizadeh, 2017).

1.4 Forskningsgrundlaget for FIT

Før opstarten af nærværende forsøg lavede vi en litteraturgennemgang af studier om feedback og studier, der beskrev forskningsgrundlaget for FIT.

Der er lavet adskillige review af feedback i forbindelse med terapeutisk behandling (Knaup m.fl., 2009; Lambert m.fl., 2003; Sapyta, Riemer & Bickman, 2005; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Det mest systematiske review er foretaget af Knaup m.fl. (2009), som har set på RCT-studier frem til marts 2008. Knaup m.fl. fandt 12 relevante studier om behandling af mentalt helbred, hvor der er lavet feedback ved hjælp af et standardiseret spørgeskema. Måling af mentalt helbred blev foretaget ved udskrivningen eller senest efter 9 ugers behandling. Meta-analysen viste en lille, men signifikant effektstørrelse på 0,10 (95 % CI 0,01-0,19). 6 af de 12 studier i reviewet af Knaup m.fl. (Knaup m.fl., 2009) anvendte The Outcome Questionnaire (OQ45) (Lambert m.fl., 1996). Knaup fandt en tilsvarende effektstørrelse i en delanalyse af de 6 studier, der anvendte OQ45, som i analysen af alle 12 studier. OQ45 er interessant, da the Outcome Rating Scale (ORS), der anvendes i FIT, er baseret på OQ45 (Duncan m.fl., 2003).

OQ45 er specifikt udviklet til at måle patientens udvikling i forbindelse med terapeutisk behandling (Lambert m.fl., 1996). Spørgeskemaet består af 45 spørgsmål og måler 3 dimensioner inden for områderne: mentalt helbred, interpersonelle relationer og social rolle. Spørgeskemaet har høj test-retest reliabilitet, høj cronbach alpha, og både den totale score for skalaen og scoren for de 3 subskalaer har moderat til høj korrelation (0,41-0,88) med andre relevante instrumenter. Lambert m.fl. (Lambert m.fl., 1996) fandt desuden, at spørgeskemaet var i stand til at diskriminere mellem patientgrupper med forskellig grad af mentale problemer. Der er dog også studier, der har anvendt konfirmatoriske faktoranalyser, og som ikke har kunnet eftervise, at OQ45 spørgeskemaet består af de 3 subskalaer, som Lambert m.fl. (1996) beskriver (Kim, Beretvas & Sherry, 2010; Mueller, Lambert & Burlingame, 1998). Kim m.fl. (Kim, Beretvas & Sherry, 2010) har ikke kunnet eftervise, at den samlede score for OQ45 er endimensionel, hvorimod Mueller m.fl. (Mueller, Lambert &

Burlingame, 1998) i deres analyser fandt, at OQ45's samlede score kan anvendes som endimensionel måling. OQ45 er således valideret på en række punkter, men der er også sat spørgsmålstejn ved centrale egenskaber ved skemaet.

ORS-skemaet, der anvendes i FIT, er valideret i en række studier, der er fundet høj test-retest reliabilitet, høj cronbach alpha, og der er moderat til høj korrelation mellem den samlede ORS-score og den samlede OQ45 score (0,57-0,74) (Bringhurst m.fl., 2006; Campbell & Hemsley, 2009; Miller m.fl., 2003). Derimod er der fundet en lavere korrelation mellem ORS-delskalaer (enkelt items) og relevante OQ45-delskalaer. Specielt for subskalaerne omkring interpersonelle relationer ($r = 0,54-0,58$) og social rolle ($r = 0,34-0,55$) er der lav til moderat korrelation mellem ORS og OQ45 (Campbell & Hemsley, 2009; Miller m.fl., 2003). Campbell og Hemsley (2009) har fundet, at den samlede ORS-score korrelerer med andre relevante skalaer om angst ($r = 0,46$), depression ($r = 0,71$), stress ($r = 0,60$), trivsel (quality of life ($r = 0,74$)), self-esteem ($r = 0,66$) og self-efficacy ($r = 0,53$). Der er således fundet rimelig korrelation mellem ORS og en række relevante dimensioner. Miller m.fl. (2003) har desuden fundet, at ORS-skalaen kan diskriminere mellem en klinisk og en ikke-klinisk gruppe, og de har desuden verificeret ved gentagne målinger, at der er større sandsynlighed for, at ORS-skemaet bliver udfyldt i forhold til OQ45-skemaet.

SRS, som anvendes i FIT til at give feedback omkring det terapeutiske arbejde, er valideret i en række studier. Der er fundet høj cronbach alpha (0,88-0,93), moderat til høj test-retest reliabilitet (0,64), og der er fundet moderat korrelation mellem den totale score for SRS og HAQII ($r = 0,48$), og mellem SRS og WAI ($r = 0,58$) (Campbell & Hemsley, 2009; Duncan m.fl., 2003). Der er fundet tilsvarende moderat korrelation for de enkelte spørgsmål for SRS og subskalaerne for HAQII ($r = 0,39-0,44$), og mellem enkelt spørgsmål for SRS og subskalaerne for WAI ($r = 0,37-0,63$) (Duncan m.fl., 2003).

Brugen af FIT i den terapeutiske behandling er evalueret i en række studier (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Miller m.fl., 2006; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Reese m.fl., 2009; Reese m.fl., 2010; Sorrell, 2007). Studierne af Sorrell (Sorrell, 2007) og Miller m.fl. (Miller m.fl., 2006) drejede sig begge om terapeutisk rådgivning og behandling via telefon og anvendte ikke sammenligningsgruppe. De øvrige studier anvendte alle en sammenligningsgruppe, men det var kun studierne af Anker m.fl. (Anker, Duncan & Sparks, 2009) og Reese m.fl. (Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Reese m.fl., 2010), der var RCT-studier, om end proceduren bag randomiseringen ikke er beskrevet detaljeret i Reese m.fl. (2010). Anker m.fl. (Anker, Duncan & Sparks, 2009) har undersøgt FIT i forbindelse med parterapi og fandt en effektstørrelse på Cohen's $d = 0,5$, hvilket svarer til en medium effektstørrelse. Reese m.fl. fandt også medium effektstørrelser i studier, hvor FIT blev undersøgt i forbindelse med individuel terapi ($d = 0,49-0,54$) (Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009), ved parterapi ($d = 0,5$) (Reese m.fl., 2010) og ved supervision af psykologistuderende i forbindelse med familie- og parterapi (eta-square = 0,07 middel effektstørrelse (Reese m.fl., 2009)).

Studierne fandt således alle en middelstor effektstørrelse, selvom der også var nogle svagheder i studierne bl.a. med randomiseringen, som beskrevet ovenover. Alle studier anvendte ORS-skalaen både som en del af interventionen og til at måle udfaldet med, hvilket betød, at også kontrolgruppen udfyldte ORS-skemaet. Da de samme behandlere både havde klienter fra FIT-gruppen og fra kontrolgruppen, var der også et problem i forhold til kontaminering, idet man kunne frygte, at også kontrolgruppen i nogle tilfælde fik en form for feedback. Desuden er ORS- og SRS-skemaerne ikke helt selvforklarende, og manualerne omkring FIT lægger også op til, at behandleren forklarer, hvordan skalaerne skal udfyldes (Bargmann & Robinson, 2011). Hvis hjælp med udfyldelse af ORS-skemaer også gives i kontrolgruppen, er der yderligere chance for kontaminering, og hvis hjælpen kun gives

i FIT-gruppen, så er der mulighed for en systematisk bias, hvorved skemaet muligvis scores forskelligt i de to grupper.

Overordnet viste forskningen i feedback fra klienter til behandlere i forbindelse med terapi kun en lille effektstørrelse ($d = 0,1$) (Knaup m.fl., 2009). Imidlertid så FIT-studierne lovende ud, idet de første studier har vist en middel effektstørrelse ($d = 0,5$), selvom der også var svagheder i disse studier.

Ved denne undersøgelses start var FIT blevet anvendt internationalt inden for områderne individuel psykoterapi (Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009), supervision af psykoterapeuter i uddannelse (Reese m.fl., 2009), parterapi (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese m.fl., 2010), telefonisk psykologisk rådgivning (Miller m.fl., 2006) og telefonisk rådgivning om vægt (vægtvogter) (Sorrell, 2007). I Danmark var en række organisationer og enheder i kommunerne begyndt at implementere FIT inden for områder som fx rehabilitering, misbrugsbehandling, familierådgivning mv., og andelen af kommuner, der anvendte FIT, var stigende (Socialstyrelsen, 2017). Ved forsøgets start havde vi ikke fundet dansk forskning om effekten af FIT publiceret i internationale tidsskrifter, hverken inden for psykoterapi eller inden for andre områder.

2 Systematisk review

2.1 Metode

Baggrunden for det systematiske review var, at der dels var kommet mere fokus på FIT i danske kommuner, og at der samtidig blev publiceret flere og flere studier om FIT i den internationale litteratur. Gennemgangen af litteraturen i indledningen viste dog, at der ikke fandtes en systematisk kortlægning af studier, der undersøgte effekten af FIT. En del af formålet med denne undersøgelse var derfor at lave et systematisk review af studier, der undersøgte effekten af FIT. Formålet med reviewet var at få en systematisk oversigt over studier, der har undersøgt effekten af FIT, for at kunne sammenligne fundene med vores effektstudie. Afhængigt af resultaterne af litteratursøgningen var det desuden formålet at foretage meta-analyser på tværs af studierne, hvis søgningen kunne identificere en række RCT-studier, og hvis der blev fundet sammenlignelige effektmål i studierne, således at meta-analyse gav mening.

2.1.1 Søgestrategi

Indledningsvist har vi lavet en pilotsøgning for at få en fornemmelse af, hvor meget litteratur der fandtes inden for området. I pilotsøgningen blev der lagt vægt på, at den allerede kendte litteratur på området blev identificeret ved søgningen. Ud over at give en fornemmelse af omfanget af litteratur gav pilotsøgningen desuden en fornemmelse af, hvilke temaer der primært udspillede sig inden for området.

Vi har taget udgangspunkt i PICOS-modellen, som står for Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study design. Vi havde på forhånd ikke nogen restriktioner på, hvilket outcome studierne anvendte til at måle effekten af FIT, og vi ønskede at se effekten af FIT i forhold til ikke at få feedback. Vi var, som udgangspunkt, specielt interesseret i målgrupper, der lignede vores primære studier. Det vil sige studier, der beskrev indsatser for borgere, som fik en form for social indsats, som typisk bliver givet af en socialarbejder. I de indledende søgninger gik vi derfor ud fra 4 hovedgrupper af søgetermer.

- En gruppe, der beskrev FIT-indsatsen
- En gruppe, der beskrev studiedesign
- En gruppe, der beskrev målgruppen
- En gruppe, der beskrev konteksten, dvs. at det var en socialarbejder, der ydede indsatsen.

De indledende søgninger viste imidlertid, at når vi blot søgte på termer, der relaterede sig til FIT, så fik vi et antal hit, som vi godt kunne håndtere uden at lave yderligere restriktioner. Desuden betød termerne om den specifikke målgruppe og kontekst, at de fleste studier blev sorteret fra, hvorfor vi helt opgav disse hovedgrupper i søgningen. Vi endte derfor med en søgestreng udelukkende baseret på termer relateret til FIT. Følgende hovedsøgestreng blev anvendt til litteratur reviewet og derefter tilpasset de enkelte databaser:

- (Feedback* Inform* Treat*) OR (PCOMS*) OR (The Partners for Change Outcome Management System) OR (Outcome Rating Scale) OR (Session Rating Scale)

Der blev søgt i databaserne:

- PsycINFO

- Academic Search Premier
- SocINDEX with Full Text
- ERIC
- Medline
- Embase
- Social Science Database
- Sociology Database
- Sociological Abstracts
- Social Services Abstracts.

For at sikre, at vi også fik også fik fat i de meget tidlige studier, blev der søgt fra år 2000 og frem. Litteratursøgningen blev foretaget 11-09-2017.

Derudover blev der medtaget studier i form af rapporter, som allerede var identificeret.

2.1.2 Screeningsproces

Resultaterne fra litteratursøgningen blev screenet på to niveauer. Inklusions- og eksklusionskriterier er angivet i Tabel 2.1. Med den relativt åbne søgning på studier, der omhandler FIT, blev studier, der åbenlyst ikke handlede om FIT, ekskluderet ved screening på første niveau. På første niveau blev alle studier screenet på baggrund af titel og abstract. Screeningen blev foretaget af en videnskabelig assistent. Studier, der blev inkluderet på første niveau af screeningen, blev hentet i fuld tekst og derefter screenet af den videnskabelige assistent. Screeningen på andet niveau blev i høj grad foretaget på baggrund af, om studiet indeholdt en FIT-intervention, og om det var det rigtige studiedesign, se Tabel 2.1. De studier, der ikke blev ekskluderet, blev derefter screenet af en seniorforsker, og i alle tilfælde, hvor der var tvivl om studiets relevans, blev studiet vurderet i fællesskab. Litteraturreview blev ekskluderet, men de inkluderede studier i reviewet blev screenet for relevans. De studier, der blev inkluderet i det endelige review, blev genbeskrevet, og for RCT-studierne blev de relevante parametre til en meta-analyse nedskrevet.

Tabel 2.1 Inklusions- og eksklusionskriterier for studier i litteraturreviewet

| Inklusionskriterier | Eksklusionskriterier |
|--|--|
| Population | |
| Ingen restriktioner | |
| Intervention | |
| Feedback baseret på FIT | Feedback baseret på andre metoder, fx OQ45 |
| Kontrolgruppe | |
| Ingen feedback | Feedback baseret på andre metoder, fx OQ45 |
| Outcome | |
| Ingen restriktioner | |
| Studiedesign | |
| Randomiseret kontrollerede forsøg, RCT. Studier med ikke randomiseret kontrolgruppe | Andre studiedesign med svagere evidens samt systematiske reviews |
| Publikationstype | |
| Studier i peer-review journals, afhandlinger og videnskabelige rapporter | Abstracts eller konference proceedings. Studier, der er publiceret på andre sprog end engelsk eller et af de skandinaviske sprog |

2.1.3 Meta-analyse

De fleste studier i den foreløbige litteraturgennemgang anvendte ORS som et outcome mål, se 1.4 for nærmere beskrivelse heraf. Vi mener imidlertid, at ORS er en del af FIT og dermed en del af den indsats, som undersøges. Vi mener som udgangspunkt ikke, at man kan undersøge en intervention ud fra et redskab, som er en del af interventionen. Det betyder nemlig, at også kontrolgruppen skal udfylde ORS, og dermed får kontrolgruppen en del af interventionen. Desuden mener vi, at de studier, som anvender ORS som udfaldsmål, kan være biased, da ORS-skalaen anvendes forskelligt i indsats- og kontrolgruppen. I kontrolgruppen anvendes ORS udelukkende som et måleredskab, hvorimod ORS både anvendes som et måleredskab og som en central del af feedbacken i indsatsgruppen. I indsatsgruppen besvarer klienten ORS mange gange, hvorfor der også kan introduceres en læringseffekt. For eksempel vil en lav score på ORS i indsatsgruppen betyde, at man taler om klientens velbefindende, hvilket er helt afgørende i den feedbackkultur, som man indfører med FIT. Dette kan dog betyde, at når man også bruger ORS til at måle effekt, så kan man frygte, at klienterne ubevidst vil score højere på ORS for at please terapeuten, end hvis samtalen ikke fandt sted. I vores analyse af effekten af FIT har vi som udgangspunkt lagt vægt på studier, der har anvendt udfaldsmål, som er uafhængige af FIT-indsatsen. Vi har desuden også lagt vægt på studier med udfaldsmål, der anvender intension-to-treat analyser fremfor per-protokol analyser. Det vil sige, vi har lagt vægt på udfaldsmål, der er registreret for alle deltagere i undersøgelserne, uanset om de har fået den indsats, de var udvalgt til.

Selve analysen har i høj grad været baseret på, hvilke udfaldsmål, som blev fundet i de inkluderede studier. I det følgende har vi beskrevet analysen på baggrund af de studier, som blev inkluderet, se 2.2.1. Vi har beregnet en samlet effektstørrelse for outcome, der relaterer sig til antal sessioner, deltagelsesrate eller længde af forløb. Vi har desuden beregnet en samlet effektstørrelse for uafhængige trivselsmål. Vi har anvendt det trivselsmål, som studiet betegner som det primære mål. Derudover har vi, til sammenligning, også beregnet en samlet effektstørrelse for ORS som outcome, da målet er anvendt i mange studier, og da enkelte studier kun har brugt dette trivselsmål.

Effektstørrelserne har vi beregnet som standardiserede middelforskelle for kontinuerte variable. Vi har anvendt Hedge g , som er Cohen's d justeret for en faktor, der tager hensyn til studier med få deltagere (Lipsey & Wilson, 2001). Vi har anvendt en pooled standard error. Beregningerne er vist i Bilag 1. Hvis det har været muligt, har vi baseret forskellene på regressionskoefficienter justeret for øvrige variable, men har anvendt de ikke justerede standardafvigelse. Vi har brugt de ikke justerede standardafvigelser for at kunne sammenligne med effektstørrelserne beregnet på baggrund af middel og standardafvigelse. I nogle tilfælde er effektstørrelsen beregnet på baggrund af t -værdier. I de tilfælde har vi beregnet effektstørrelserne ved hjælp af 'Effect size calculator' fra Campbell (Wilson, 2018).

Effektstørrelserne er beregnet på baggrund af eftermålinger og followupmålinger. I de tilfælde, hvor det samme studie har angivet både eftermåling og en til flere followupmålinger, har vi beregnet en syntetisk effektstørrelse som et simpelt middel af de enkelte effektstørrelser og tilhørende standard error (Hedges, 2007). I de tilfælde, hvor antallet af personer er faldet ved de respektive followupmålinger, har vi dog vægtet værdierne med det samlede antal personer ved målingen.

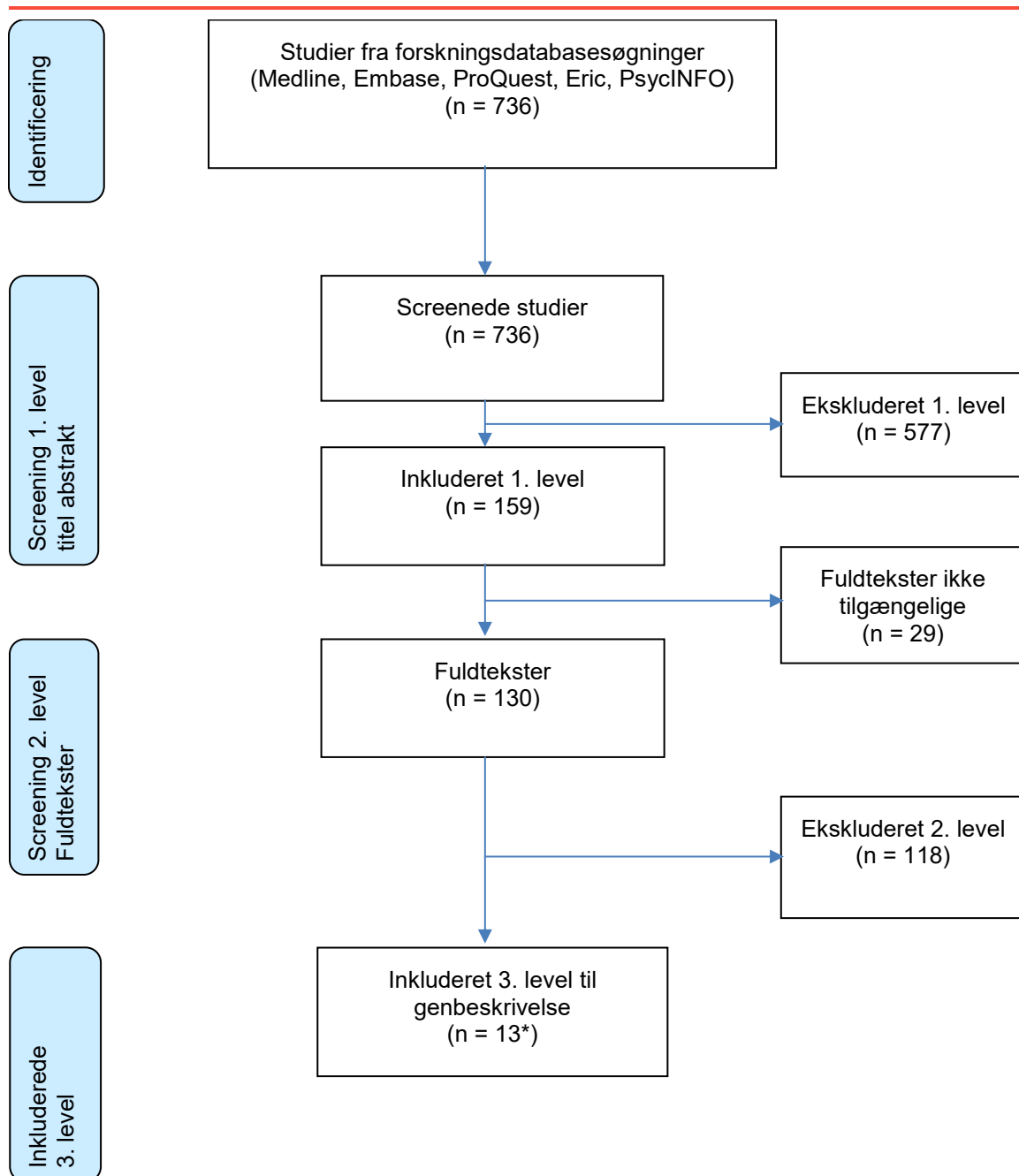
Vi har anvendt en random-effekt model (inverse weighted variance) til at beregne den samlede effektstørrelse på tværs af studier. Ved inverse weighted variance bliver studier med større populationer givet mere vægt. I de tilfælde, hvor der indgår syntetiske effektstørrelser i den samlede effektstørrelse, har vi lavet sensitivitetanalyser, hvor vi har beregnet alle effektstørrelser, som om de kom fra uafhængige studier. Vi har lavet analyserne i SAS ved brug af en SAS-macro beskrevet af Gloude-mans, Owens & Kromrey (2012). Vi har desuden undersøgt heterogeniteten på tværs af studier ved hjælp af Cohen's Q , Tau^2 og I^2 .

Vi har baseret meta-analyserne på de RCT-studier, som blev identificeret i litteratursøgningen.

2.2 Resultater af reviewet

Litteratursøgningen identificerede 736 studier. Flow diagrammet for screening og udvælgelsesprocedure er angivet i Figur 2.1.

Figur 2.1 Flow diagram for screening og udvælgelsesprocedure



Anm.: *Et studie kom dog fra en dansk rapport, som ikke blev identificeret i søgningen.

Efter screening på titel og abstract var der 159 studier, som blev bestilt hjem for at screene på fuldtekst. Der var 29 studier, som ikke var tilgængelige. Det var hovedsagelig ph.d.-afhandlinger

eller andre rapporter udgivet fra universiteter, men ikke artikler publiceret i internationale tidsskrifter. 130 studier blev derfor vurderet ud fra fuldtekst. I alt 13 studier blev inkluderet i det endelige review, hvoraf 1 studie kom fra en dansk rapport og således ikke blev identificeret i søgningen. Studierne er genbeskrevet i Bilag 2.

Karakteristika for de 13 studier er angivet i Tabel 2.2. Af de 13 studier var 4 fra USA, 3 fra Norge, 2 fra Holland, 2 fra Danmark, 1 fra Australien og 1 fra Irland. FIT er således ikke kun anvendt i USA, hvor det er udviklet, men er også begyndt at blive brugt i specielt europæiske lande.

Studierne omhandlede forskellige primære indsatser. 6 studier omhandlede en eller anden form for behandling inden for psykiatrien, 2 studier var inden for misbrugsbehandling, 2 studier var om parterapi, og 3 studier omhandlede studierådgivning. FIT er således også begyndt at blive anvendt uden for den traditionelle terapeutiske behandling, hvor det er udviklet.

Tabel 2.2 Karakteristik af studier i reviewet

| Studie | Land | Målgruppe og kontekst | Indsats varighed | Implementering (terapeuter) | Forsøgsdesign | Outcome | Måletidspunkter | Population (randomisering) | Analyser | Resultat |
|-----------------------------------|------|--|--|---|---|---|---|---|---|--|
| Anker, Duncan & Sparks, 2009 | N | Par i terapi på et ambulanscenter | Antal sessioner i gns. I = 5.4, K = 4.8 | 2 dages træning (i alt 8 timer) og 3 x 3 timers opfølgende træning | RCT på parniveau | P:ORS; S:LW,outcome klassifikation, skilsmisrate, antal sessioner | Baseline; eftermåling, 6 mdrs. followup | N = 453 par, I = 230, K = 223 Posttreatment I = 103, K = 102 Followup I = 32, K = 42 | Regression, multilevel (hierarkisk), justeret for baseline og covariater | Positiv effekt ved eftermåling og followup på ORS. Skilsmisrate, positiv effekt FU. LW, ingen effekt FU |
| Reese m.fl., 2010 | US | Par i terapi på et træningsprogram for familierådgivning | 1 akademisk år; antal sessioner i gns. 5,9 | 1 times træning i PCOMS og ugentlig supervision | RCT på parniveau | P: ORS; S: outcome klassifikation | Baseline; eftermåling | 46 par. N = 93, I = 54, K = 38 | Multilevel analyse med cluster struktur, justeret for pre score. Antal sessioner testes med 3-niveau growth model | Positiv effekt på ORS. Effekt på outcome klassifikation |
| Reese, Norsworthy & Rowlands 2009 | US | <i>Studie1:</i> Unge i studierådgivning <i>Studie2:</i> Deltagere i træningsprogram for familierådgivning | 1 akademisk år | 1 times træning i PCOMS og ugentlig supervision | <i>Studie1:</i> RCT <i>Studie 2:</i> Cluster-RCT | ORS; outcome-klassifikation (3 niveauer), antal sessioner | Baseline; eftermåling | <i>Studie 1:</i> N = 113, I = 60, K = 53; Indgår i analyse I = 50, K = 24 <i>Studie 2:</i> N = 96, I = 52, K = 44. Indgår i analyse 74 par, I = 45, K = 29 | Repeated measures Anova med interaktion for tid og allokering. I studie 2 medtages terapeut som kovariat | Positiv effekt på ORS. Ingen effekt på antal sessioner. Positiv effekt på outcome klassifikation |
| Murphy, Rasleigh & Timulak 2012 | IRL | Studerende i et studievejledningskursus | Op til 8 sessioner, mulighed for forlængelse. Antal sessioner i gns. 3.7 | Input om PCOMS fra The Heroic Client (Duncan). Bruger ORS i et år før forsøget. SRS anvendes ikke. | RCT | P: ORS; S: outcome klassifikation, antal sessioner | Analyser baseret på før- og eftermåling | N = 180; Indgår i analyse N = 110, I = 59, K = 51 | Variansanalyse med repeated measures. Missing LOCF. χ^2 kategorisk variable Antal sessioner t-test | Ingen effekt på de undersøgte outcomes. Ingen effekt på antal sessioner |
| Slone m.fl., 2015 | US | Studerende i studievejledning i gruppepsykoterapi | 1 semester. 1 ugentlig session i 10 uger | 1 times træning i PCOMS. Begge grupper får 1,5 times supervision hver uge. Supervisionen er ikke om FIT | Cluster RCT | P: ORS; S: outcome klassifikation, antal sessioner | Analyser baseret på før- og eftermåling | N = 84; Indgår i analyse N = 84, I = 43, K = 41 | Multilevel analyse med cluster struktur. Justeres for ORS og Distress index score ved baseline | Positiv effekt på ORS (fuld model p = 0,023). ES = 0,41. Positiv effekt på outcome klassifikation. Signifikant flere sessioner i feedbackgruppen |

| Studie | Land | Målgruppe og kontekst | Indsats varighed | Implementering (terapi) | Forsøgsdesign | Outcome | Måletidspunkter | Population (randomisering) | Analyser | Resultat |
|---------------------------|------|---|--|--|----------------------------------|--|---|--|--|--|
| Rise, 2012 | N | Patienter i ambulans psykiatrisk behandling | 6 uger. I = gns. 3,8 session. K = gns. 3,8 session | 12 timers træning | RCT åben parallel gruppe design | P: TAS, CSQ; S: BASIS-32, PAM, PM, PP, SRS, MCS (SF-12), PCS (SF-12). Antal sessioner | Baseline; 6 ugers followup | N = 75, I = 37, K = 38; Indgår i analyse v. 6 uger ITT: I = 37 (36), K = 38 (35); Per protokol: I = 26, K = 32 | For TAS, CSQ, SRS og PP er anvendt t-test på followup. For de øvrige outcomes er anvendt kovarians analyse, justeret for baseline | Ingen effekt på de undersøgte outcomes |
| Rise m.fl., 2016 | N | Patienter i ambulans psykiatrisk behandling. | 6 uger. I = gns. 3,8 session. K = gns. 3,8 session | 12 timers træning | RCT åben parallel gruppe design | P: BASIS-32, PAM; S: TAS, CSQ, MCS (SF-12), PCS (SF-12), PM, PP, ORS | Baseline; 6 mdr. followup; 12 mdr. followup | N = 75, I = 37, K = 38; Indgår i analyse v. 6 mdr. ITT: I = 32, K = 32; Per protokol: I = 22, K = 28; Indgår i analyse v. 12 mdr. ITT: I = 32, K = 31; Per protokol I = 22, K = 27 | Analyse af kovarians, justeres for baseline. For sekundære outcomes anvendes t-test | Ingen effekt på de undersøgte outcomes |
| van Oenen m.fl., 2016 | NL | Patienter med svære psyko-sociale eller psykiatriske problemer på et psykiatrisk akutcenter | Behandling op til 6 mdr. | Træning i administration af patienternes feedback og resultater i ORS og SRS i henhold til manualerne. | RCT med præ-randomisering. | P: BSI; S: OQ45, ORS, behandlingslængde | Baseline; hver 6. uge op til 24 uger | N = 861; Indgår i analyse N = 287. Ved 12. uge I = 72, K = 57. Færre personer svarer ved T18 og T24 | MANCOVA med repeated measures, justeres for antal sessioner. Supplerende analyser med LOCF. Multilevel analyse af krydsvariation mellem tid og outcome | Ingen effekt efter 12 uger. Negativ effekt efter 6 uger. Ingen effekt efter 18 og 24 uger |
| Daidsen m.fl., 2017 | DK | Patienter med spiseforstyrrelser i gruppeterapi. | Basis 10 mdr. Udvidet 12-14 mdr. 20-25 ugentlige gruppesessioner, individuelle sessioner med læge, diætist mv. | To trænings-sessioner af 3 timer. 1 times supervision om mdr. | RCT blok randomisering (4, 6, 8) | P: Fremmøde; S: Grad af spiseforstyrrelse (EDE), Symptom Checklist, -90-R, ORS, Sheehan Disability Scale, Self-harm inventory), WHO5 | Baseline, for de fleste spørgeskemamål. Eftermåling, spørgeskema og antal sessioner | N = 159 I = 80 K = 79; Modtager intervention I = 64 K = 65 | ITT. Regression, justeret for stratificering, covariater og baseline (hvis muligt) | Ingen effekt på fremmøde. Ingen effekt på grad af spiseforstyrrelse (EDE) Ingen effekt på Symptom Checklist, -90-R, ORS, Sheehan Disability Scale, Self-harm inventory |
| Pedersen & Pedersen, 2013 | DK | Klienter i ambulans behandling for hash misbrug | Ugentlige samtaler i 8 uger. | 2 dages introkursus, 2 dages Scott Millar seminar, supervision 2 dage og månedlige behandlermøder | RCT, urne randomisering | ophør med hash, stof-ASI | Baseline; 3 mdr.; 6 mdr. | N = 100, I = 51, K = 49. Indgår i analyse: I = 41, K = 41 | Repeated measures. Anova ikke klart beskrevet | Ingen effekt på outcome mål. Ophør forbrug hash, ASI-stof, WAI |

| Studie | Land | Målgruppe og kontekst | Indsats varighed | Implementering (terapeuter) | Forsøgsdesign | Outcome | Måletidspunkter | Population (randomisering) | Analyser | Resultat |
|----------------------------|------|---|-------------------|--|---|--|--|---|---|---|
| Schuman m.fl., 2015 | US | Soldater i ambulante gruppeterapi for misbrug | 5 gruppesessioner | Ingen særlig træning i PCOMS eller feedback | RCT | P: ORS: S: Antal sessioner, outcome klassifikation. | Baseline; eftermåling | N = 263, I = 137, K = 126 | Analyse af kovarians (ANCOVA), hvor der kontrolleres for baselinescoren | Positiv effekt på ORS, ES = 0,28. Positiv effekt på outcome klassifikation. Effekt på antal sessioner |
| Hansen, Howe & Sutton 2015 | AUS | Unge patienter i psykiatrisk ambulante behandling | | Som i Duncan, 2004 | Indsats- og reference-gruppe | HoNOSCA, CGAS, SDQ. | Baseline; efter 3 mdr. eller ved afslutning. | I = 38, K = 35 | Multivariat analyse, hvor der kontrolleres for baseline | Effekt på HoNOSCA, CGAS, SDQ (effekt på ung, men ikke forældre) |
| Janse m.fl., 2017 | NL | Patienter i psykiatrisk ambulante behandling | | Halv dags træning i PCOMS. Opfølgingsmøder i løbet af forsøget | Longitudinelt ikke-ækvivalent kontrolgruppedesign | GSI, antal sessioner, ORS | Baseline; eftermåling | N = 1.070 ønsker at deltage. Indgår i analyse N = 1.006, I = 461, K = 545 | Multilevel analyse med repeated measures | Ingen effekt på GSI. Effekt på ændring i ORS. Færre sessioner i feedback |

Note: ITT = Intention to treat; P = primær outcome; S = sekundær outcome; N = population; I = indsatsgruppe; K = kontrolgruppe; LW = The Locke-Wallace (LW) Marital Adjustment Test; BSI = Brief Symptom Inventory; OQ45 = The Outcome Questionnaire 45; EDE = the Eating Disorder Examination; TAS = Treatment Alliance Scale; CSQ = Client Satisfaction Questionnaire; BASIS-32 = Behaviour and Symptom Identification Score 32; PAM = Patient Activation Measure; PM = Patient Motivation; PP = Patient participation; MCS (SF-12) = The Mental Component Score; PCS (SF-12) = the Physical Component Score, the Short Form-12v2; HoNOSCA = The Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents; CGAS = The Childrens' Global Assessment Scale; SDQ = The Strengths and Difficulties Questionnaire; GSI = the Global Severity Index; stof-ASI; Symptom Checklist,-90-R; Sheehan Disability Scale, Self-harm inventory; WHO5.

2.2.1 Meta-analyse

Af de i alt 13 inkluderede artikler rapporterede de 11 artikler om RCT-studier. Dog var studiet af Rise m.fl. (2016) et opfølgingsstudie af Rise m.fl. (2012) og analyserede således på den samme population. Til gengæld bestod artiklen af Reese, Norsworthy og Rowlands (2009) af to separate studier. Der blev således inkluderet i alt 11 unikke RCT-studier i meta-analyserne.

De 10 af studierne inkluderede et mål for antal af sessioner, som klienterne modtog. I de fleste tilfælde var det antal af sessioner og i andre tilfælde behandlingens længde. I alle studierne var det hypotesen, at FIT ville mindske frafald, og at indsatsgruppen dermed ville deltage i flere sessioner end kontrolgruppen. I 5 studier blev klienternes trivsel målt med andre mål end ORS. I flere af disse studier blev trivsel målt med indtil flere forskellige skalaer. Vi har i det følgende anvendt begrebet uafhængigt trivselsmål som en indikation på, at trivselsmålet var uafhængigt af interventionen modsat ORS, som er en del af interventionen. I 9 studier blev ORS anvendt som et udfaldsmål, og i 6 af disse studier var ORS det primære- og eneste trivselsmål. I Tabel 2.3 er angivet studierne overordnede afrapportering af analyseresultaterne.

Tabel 2.3 Studierne overordnede afrapportering af effekten af FIT

| Studie | Land | Antal | Uafhængigt mål (antal sessioner) | Uafhængigt trivselsmål | ORS |
|--|------|-------|----------------------------------|------------------------|---------|
| Rise m.fl., 2012 | N | 75 | Ingen | Ingen | Ingen |
| Rise m.fl., 2016 | N | 75 | | Ingen | Ingen |
| van Oenen m.fl., 2016 | NL | 129 | Ingen | Ingen | Ingen |
| Davidsen m.fl., 2017 | DK | 159 | Ingen | Ingen | Ingen |
| Pedersen & Pedersen, 2013 | DK | 84 | Ingen | Ingen | |
| Anker, Duncan & Sparks, 2009 | N | 205 | ingen | Ingen | Positiv |
| Murphy, Rasleigh & Timulak 2012 | IRL | 110 | Ingen | | Ingen |
| Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009, Studie 1 | US | 74 | Ingen | | Positiv |
| Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009, Studie 2 | US | 74 | Ingen | | Positiv |
| Slone m.fl., 2015 | US | 84 | Positiv | | Positiv |
| Schuman m.fl., 2015 | US | 263 | Positiv | | Positiv |
| Reese m.fl., 2010 | US | 93 | | | Positiv |

Der var 2 studier, som fandt, at klienterne i indsatsgruppen havde signifikant flere sessioner end kontrolgruppen, mens 8 studier ikke fandt nogen signifikant forskel på antallet af sessioner i de 2 grupper. Ingen af de studier, der anvendte et uafhængigt trivselsmål, fandt forskel på trivslen i de 2 grupper. Dette var en generel tendens på tværs af de forskellige trivselsmål, der blev anvendt i studierne, se Bilag 2. I 5 studier var der en signifikant positiv effekt af FIT målt med ORS, idet ORS ved eftermålingen var signifikant højere i indsatsgruppen end i kontrolgruppen. I 4 studier blev der ikke fundet signifikant forskel på ORS i de 2 grupper ved eftermåling eller followup måling.

Af Tabel 2.3 fremgår det, at studierne generelt var små. I det følgende har vi lavet meta-analyse for at undersøge effekten af FIT på tværs af de RCT-studier, som blev identificeret i litteraturreviewet. Vi har lavet 3 meta-analyser. I meta-analyserne har vi beregnet effektstørrelser baseret på 3 typer af outcome. I en meta-analyse har vi beregnet effektstørrelser baseret på det uafhængige mål omkring antallet af sessioner, hvor hypoteser var, at klienter i indsatsgruppen deltog i flere sessioner end kontrolgruppen. I en anden meta-analyse har vi beregnet effektstørrelser på baggrund af et uafhængigt

trivselsmål. Vi har anvendt det trivselsmål, som i studiet blev betegnet som det primære trivselsmål. I studiet af Rise (Rise m.fl., 2012) er Treatment Alliance Scale (TAS) og Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) angivet som primære effektmål, mens power analysen for studiet er baseret på the Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32). I det opfølgende studie af langtidseffekter af FIT (Rise m.fl., 2016) er BASIS-32 angivet som primært effektmål. Vi har derfor anvendt BASIS-32 til at beregne effektstørrelsen for det uafhængige trivselsmål. Da mange studier har anvendt ORS som et udfaldsmål, har vi også medtaget dette mål i en separat meta-analyse, selvom vi, som skrevet tidligere, mener, at det er problematisk at bruge ORS som et mål for effekten af FIT.

I de studier, som har målinger på flere tidspunkter, men har brugt den samme population, har vi beregnet effektstørrelse for alle måletidspunkter (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Rise m.fl., 2012, 2016; van Oenen m.fl., 2016). Vi har derefter, som udgangspunkt, beregnet den samlede effektstørrelse og standardafvigelse for effektstørrelsen, som et simpelt gennemsnit af størrelserne for de enkelte måletidspunkter. Problemet med at beregne effektstørrelser og standardafvigelser for den samme population, der bliver målt på flere gange, er, at målingerne ikke er uafhængige, og ofte kender man ikke korrelationen mellem målinger på forskellige tidspunkter. Det kan derfor være nødvendigt at gætte på en korrelation, men ifølge Hedge er det en god approximation at anvende et simpelt gennemsnit (Hedges, 2007). Til sammenligning har vi lavet sensitivitetsanalyser, hvor vi har lavet meta-analysen baseret på det uafhængige trivselsmål og ORS for de forskellige måletidspunkter, som om alle effektstørrelser kom fra uafhængige studier. I studiet af van Oenen m.fl. (2016) er der målt efter 6 uger, 12 uger, 18 uger og 24 uger. Der er målt på alle klienter, men klienterne sluttede behandlingen på forskellige tidspunkter, således at der blev færre og færre klienter. I det tilfælde har vi baseret den samlede effektstørrelse på værdier fra de enkelte målinger, hvor vi har vægtet værdierne med det samlede antal klienter ved måletidspunktet.

I Tabel 2.4 er angivet effektstørrelser og de værdier, der blev anvendt til at beregne effektstørrelser og tilhørende konfidensgrænser. Hvis det var muligt, har vi brugt differensen mellem indsats- og kontrolgruppe udtrykt ved en regressionskoefficient. Beregningerne er beskrevet under Metode og i Bilag 1. I studiet af Pedersen & Pedersen (2013) var der ikke angivet en standardafvigelse for det uafhængige trivselsmål, hvorfor vi ikke har kunnet beregne en effektstørrelse.

Tabel 2.4 Data for antal sessioner, uafhængigt trivselsmål og ORS for de inkluderede studier i det systematiske review

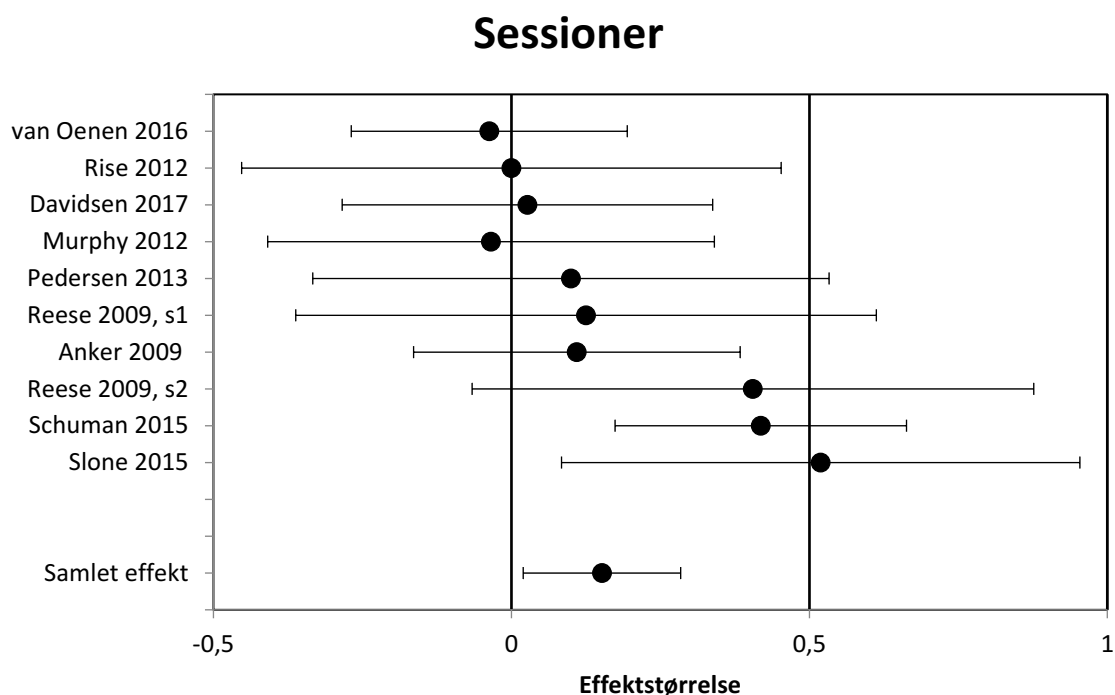
| Studie | Type måling | Måletidspunkt | Outcome | Regression | Indsats | | | Kontrol | | | Hedges g | ci lav | CI høj |
|--|-------------|---------------|--------------------|----------------|---------|--------|-----|---------|--------|-----|----------|--------|--------|
| | | | | | Middel | Stdafv | N | Middel | Stdafv | N | | | |
| Anker, Duncan & Sparks, 2009 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | | 4,75 | 2,71 | 103 | 4,45 | 2,73 | 102 | 0,11 | -0,16 | 0,38 |
| | EF | Eftermåling | ORS | 5,15 | 26,35 | 10,02 | 206 | 21,69 | 8,69 | 204 | 0,55 | 0,35 | 0,75 |
| | FU | 6 mdr. | LW | 7,29 | 91,16 | 28,48 | 84 | 83,06 | 27,42 | 64 | 0,26 | -0,07 | 0,59 |
| | FU | 6 mdr. | ORS | 3,98 | 28,28 | 9,11 | 84 | 24,6 | 7,4 | 64 | 0,47 | 0,14 | 0,8 |
| Davidsen m.fl., 2017 | EF | 10-14 mdr. | Rate of attendance | Ej opgivet | 0,59 | 0,37 | 80 | 0,58 | 0,37 | 79 | 0,03 | -0,28 | 0,34 |
| | EF | 10-14 mdr. | EDE | 0,026 | 2,03 | 1,44 | 51 | 2,02 | 1,41 | 50 | -0,02 | -0,41 | 0,37 |
| | EF | 10-14 mdr. | ORS | 2,67 | 26,2 | 11,1 | 64 | 23,9 | 9,37 | 65 | 0,24 | -0,11 | 0,59 |
| Murphy, Rasleigh & Timulak, 2012 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | t(110) = -0,18 | | | 59 | | | 51 | -0,03 | -0,41 | 0,34 |
| | EF | Eftermåling | ORS | | 24,39 | 7,13 | 59 | 23,77 | 6,87 | 51 | 0,09 | -0,29 | 0,46 |
| Pedersen & Pedersen, 2013 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | Ej opgivet | 4,61 | 2,42 | 41 | 4,37 | 2,34 | 41 | 0,1 | -0,33 | 0,53 |
| | EF | 3 mdr. | ASI-stof | | | | | | | | | | |
| | FU | 6 mdr. | ASI-stof | | | | | | | | | | |
| Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009, s1 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | t(72) = 0,51 | 6,27 | | 50 | 5,66 | | 24 | 0,13 | -0,36 | 0,61 |
| | EF | Eftermåling | ORS | | 31,28 | 6,63 | 50 | 29,53 | 7,26 | 24 | 0,25 | -0,24 | 0,74 |
| Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009, s2 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | t(72) = 1,72 | 8,02 | | 45 | 5,79 | | 29 | 0,41 | -0,07 | 0,88 |
| | EF | Eftermåling | ORS | | 29,51 | 9,58 | 45 | 24,33 | 7,51 | 29 | 0,58 | 0,1 | 1,06 |
| Reese m.fl., 2010 | EF | Eftermåling | ORS | 4,44 | 31,92 | 7,15 | 54 | 27,67 | 9,53 | 38 | 0,54 | 0,11 | 0,96 |
| Rise m.fl., 2012 | EF | 6 uger | Antal sessioner | | 3,8 | 1 | 37 | 3,8 | 1 | 38 | 0 | -0,45 | 0,45 |
| | EF | 6 uger | BASIS32 | 0,02 | 1 | 0,5 | 37 | 1,08 | 0,6 | 38 | -0,04 | -0,049 | 0,42 |
| | EF | 6 uger | ORS | 1,73 | 22,17 | 9,2 | 37 | 19,33 | 8,6 | 38 | 0,19 | -0,26 | 0,65 |
| Rise m.fl., 2016 | FU | 6 mdr. | BASIS32 | -0,08 | 0,8 | 0,6 | 32 | 0,96 | 0,6 | 32 | 0,13 | -0,36 | 0,62 |
| | FU | 6 mdr. | ORS | 2,9 | 25,7 | 10 | 32 | 21,8 | 10,1 | 32 | 0,29 | -0,21 | 0,78 |
| | FU | 12 mdr. | BASIS32 | 0,01 | 0,86 | 0,6 | 32 | 0,89 | 0,7 | 31 | -0,02 | -0,51 | 0,48 |
| | FU | 12 mdr. | ORS | 2,6 | 25,8 | 9,9 | 32 | 22,8 | 10,8 | 31 | 0,25 | -0,25 | 0,74 |
| Schuman m.fl., 2015 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | t(261) = 3,40 | 4,16 | 1,36 | 137 | 3,55 | 1,56 | 126 | 0,42 | 0,17 | 0,66 |

| Studie | Type måling | Måletidspunkt | Outcome | Regression | Indsats | | | Kontrol | | | Hedges g | ci lav | CI høj |
|-----------------------|-------------|---------------|--------------------|-------------|---------|--------|-----|---------|--------|-----|----------|--------|--------|
| | | | | | Middel | Stdafv | N | Middel | Stdafv | N | | | |
| | EF | Eftermåling | ORS | | 28,28 | 9,46 | 137 | 24,57 | 10,3 | 126 | 0,37 | 0,13 | 0,62 |
| Slone m.fl., 2015 | EF | Eftermåling | Antal sessioner | t(82) = 2,4 | 8 | | 43 | 6,6 | | 41 | 0,52 | 0,08 | 0,95 |
| Slone m.fl., 2015 | EF | Eftermåling | ORS | 2,9 | 30,87 | 6,49 | 43 | 27,26 | 6,85 | 41 | 0,43 | 0 | 0,86 |
| van Oenen m.fl., 2016 | EF | Eftermåling | Behandlings længde | | 103,5 | 50,23 | 149 | 105,4 | 51,81 | 138 | -0,04 | -0,27 | 0,19 |
| | EF | 6 uger | GSI (BSI) | | 1,51 | 0,9 | 96 | 1,3 | 0,82 | 92 | -0,24 | -0,53 | 0,04 |
| | EF | 6 uger | ORS | | 18,1 | 10,83 | 130 | 18,7 | 8,94 | 86 | -0,06 | -0,33 | 0,21 |
| | EF | 12 uger | GSI (BSI) | | 1,22 | 0,84 | 72 | 1,26 | 0,81 | 57 | 0,05 | -0,30 | 0,40 |
| | EF | 12 uger | ORS | | 17,8 | 9,54 | 91 | 19,8 | 8,88 | 57 | -0,21 | -0,55 | 0,12 |
| | EF | 18 uger | GSI (BSI) | | 1,25 | 0,79 | 36 | 1,35 | 0,85 | 35 | 0,12 | -0,35 | 0,59 |
| | EF | 18 uger | ORS | | 19,3 | 9,73 | 55 | 19 | 9,81 | 30 | 0,03 | -0,41 | 0,48 |
| | EF | 24 uger | GSI (BSI) | | 1,07 | 0,66 | 30 | 0,92 | 0,77 | 22 | -0,21 | -0,76 | 0,34 |
| | EF | 24 uger | ORS | | 21,7 | 10,48 | 37 | 20 | 8,31 | 21 | 0,17 | -0,36 | 0,71 |

Note: SD* Ingen angivelse af standardafvigelse.

I Figur 2.2 er angivet resultaterne for meta-analysen baseret på outcome om antal sessioner. I alt 10 studier indgik i analysen. Analysen viste en lille, men signifikant effektstørrelse, således at på tværs af de 10 studier deltog klienterne i FIT-gruppen i flere sessioner end klienter i kontrolgruppen (Hedges' $g = 0,15$, 95 % CI 0,02-0,28). Test for heterogenitet viste, at der var relativ stor homogenitet mellem studierne. Det vil sige, at meta-analysen bekræfter hypotesen om, at FIT medfører, at flere sessioner bliver gennemført. Det er dog en lille effekt.

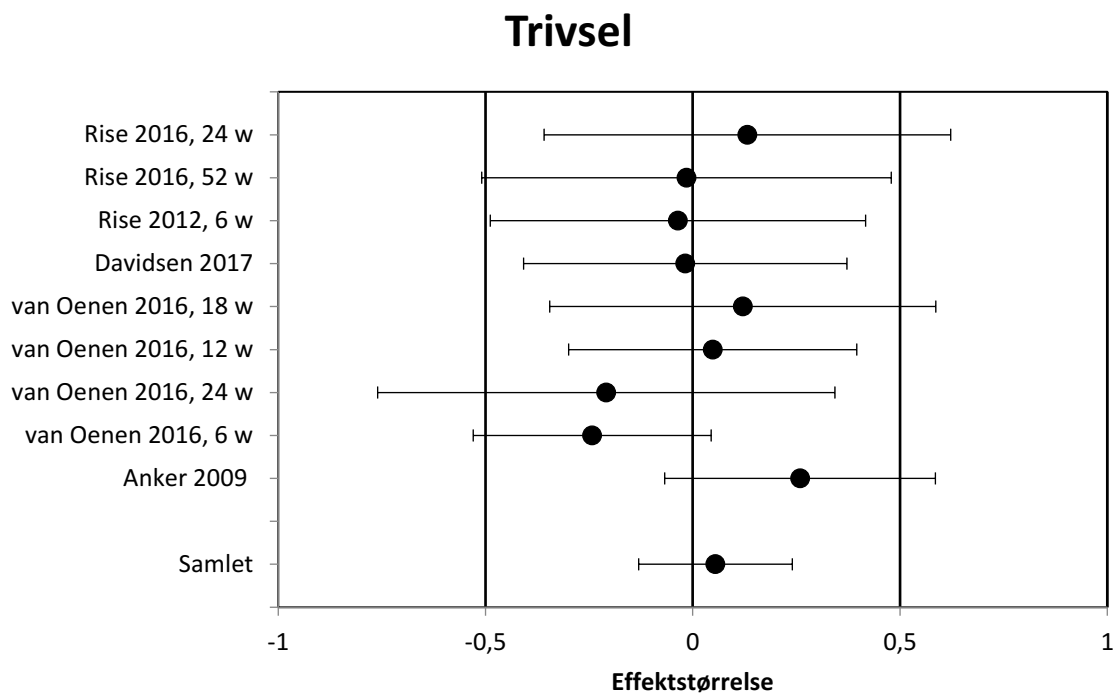
Figur 2.2 Meta-analyse af antal sessioner



Anm.: Heterogenitet, $Q = 13,1$, $k-1 = 9$, $Tau^2 = 0,014$, $I^2 = 31,4$. Lav til moderat heterogenitet.

I Figur 2.3 er angivet resultaterne for meta-analysen baseret på outcome om det uafhængige trivselsmål. For de studier, der angav flere måletidspunkter, har vi beregnet en syntetisk effekt størrelse, der repræsenterer effektstørrelsen for studiet, se 2.1.3. Figuren viser effektstørrelser for 9 målinger, men da flere studier har flere måletidspunkter, er selve analysen reelt baseret på 4 studier. De syntetiske effektstørrelser, der er anvendt i meta-analysen, er angivet under figuren. Meta-analysen viste, at der ikke var nogen signifikant effekt af FIT på det uafhængige trivselsmål (Hedges' $g = 0,05$, 95 % CL -0,13-0,24).

Figur 2.3 Meta-analyse af uafhængige trivselsmål



Anm.: Heterogenitet $Q = 2,29$; $k-1 = 3$; $\text{Tau}^2 = 0$; $I^2 = 0$. Lav heterogenitet.

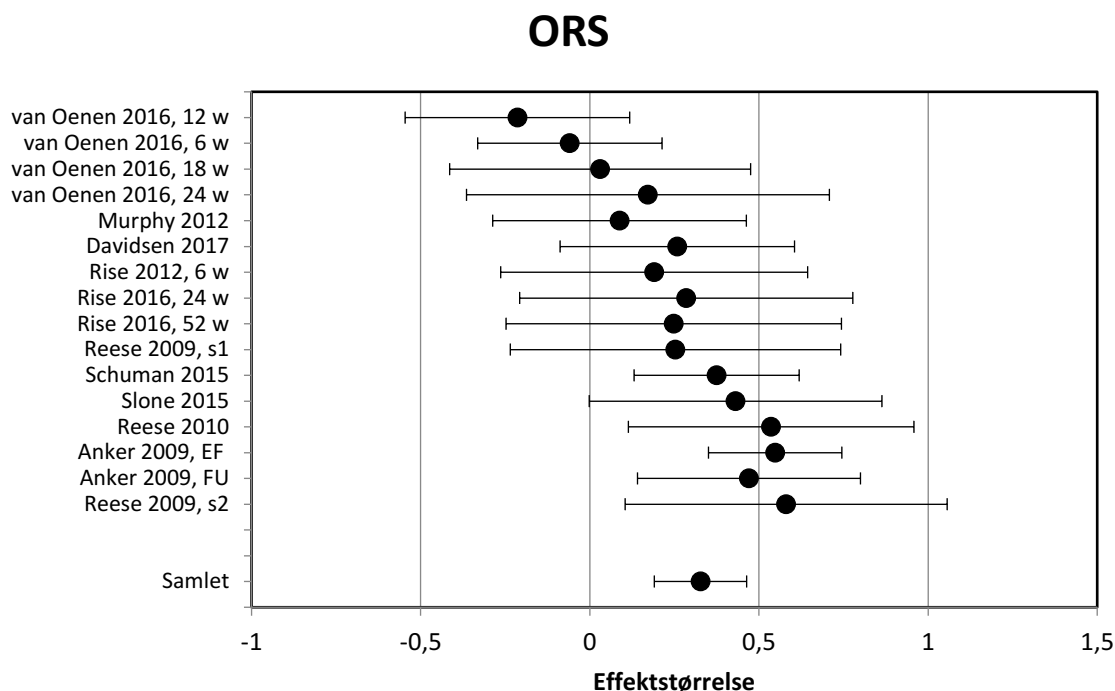
Syntetiske effektstørrelser, der er anvendt i meta-analysen:

Rise 2012, 2016: Hedges' $g = 0,03$ (95 % CL -0,45-0,51), $N_{\text{indsats}} = 34$, $N_{\text{kontrol}} = 34$.

van Oenen 2016: Hedges' $g = -0,09$ (95 % CL -0,46-0,27), $N_{\text{indsats}} = 71$; $N_{\text{kontrol}} = 64$.

Resultaterne for meta-analysen for ORS er angivet i Figur 2.4. I figuren er angivet resultaterne for 16 målinger, men da der i nogle studier blev foretaget målinger på samme population på flere måletids-punkter, er der beregnet syntetiske effektstørrelser for disse studier, og selve meta-analysen er således baseret på 10 studier. De syntetiske effektstørrelser er angivet under figuren. Meta-analysen viste at en lille til moderat signifikant effektstørrelse (Hedges' $g = 0,33$ 95 % CL 0,19-0,46).

Figur 2.4 Meta-analyse af målinger med ORS



Anm.: w = uger, EF = eftermåling, FU = Follow-up.

Heterogenitet $Q = 12,0$; $k-1 = 9$; $Tau^2 = 0,01$; $I^2 = 25,1$. Lav heterogenitet.

Syntetiske effektstørrelser, der er anvendt i meta-analysen:

Anker 2009: Hedges' $g = 0,53$ (95 % CL 0,30-0,76), $N_{indsats} = 174$, $N_{kontrol} = 167$.

Rise 2012, 2016: Hedges' $g = 0,24$ (95 % CL -0,24-0,72), $N_{indsats} = 34$, $N_{kontrol} = 34$.

Van Oenen 2016: Hedges' $g = -0,0629$ (95 % CL -0,41-0,29), $N_{indsats} = 95$, $N_{kontrol} = 61$.

2.2.2 Sensitivitetsanalyser

I meta-analyserne for både det uafhængige trivselsmål og ORS indgår syntetiske effektstørrelser. Det vil sige, at vi har beregnet effektstørrelserne for nogle af studierne på baggrund af, at de samme klienter har besvaret trivselsmålet eller ORS på forskellige måletidspunkter. I sensitivitetsanalyser har vi beregnet effektstørrelser, som om hver måling i henholdsvis Figur 2.3 og Figur 2.4 kom fra uafhængige studier. Resultaterne af analyserne er angivet i Tabel 2.5. Sensitivitetsanalyserne viste, at både effektstørrelserne og konfidensgrænserne bliver mindre end beregninger med de syntetiske effektstørrelser, men også, at forskellen var ubetydelig. Sensitivitetsanalyserne støttede op om, at for det uafhængige trivselsmål var effekten af FIT insignifikant, mens for ORS var effekten lille til moderat og signifikant.

Tabel 2.5 Resultatet af sensitivitetsanalyserne for metaanalyserne

| | Hedges' g | CL lav | CL høj | SE | Varians |
|---------------------|-----------|--------|--------|------|---------|
| Trivsel, 4 studier | 0,05 | -0,13 | 0,24 | 0,09 | 0,00 |
| Trivsel, 9 målinger | 0,00 | -0,13 | 0,13 | 0,07 | 0,00 |
| ORS, 10 studier | 0,33 | 0,19 | 0,46 | 0,07 | 0,02 |
| ORS, 16 målinger | 0,26 | 0,14 | 0,39 | 0,07 | 0,03 |

3 Effektstudie

I det følgende beskrives effektstudiet i Københavns Kommunes Socialforvaltning.

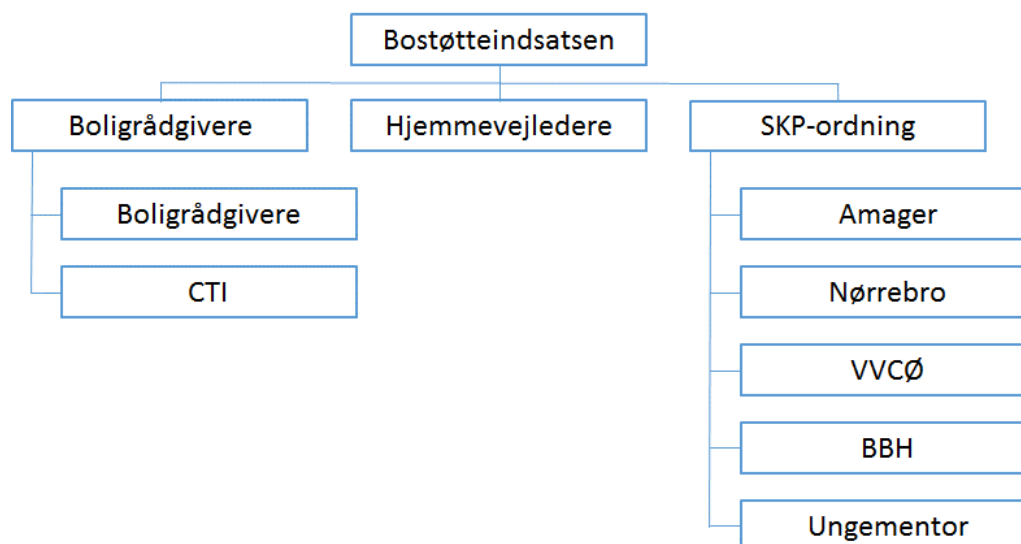
3.1 Materiale og metode

3.1.1 Organiseringen af bostøtteindsatsen i Københavns Kommune

I Figur 3.1 er angivet organiseringen af de 3 bostøtteordninger: hjemmevejlederne, boligrådgiverne og SKP-ordningen. Hjemmevejlederne bestod af én organisatorisk enhed, mens boligrådgiverne og SKP-ordningen bestod af henholdsvis 2 og 5 organisatoriske enheder. De fire af SKP-enhederne er fysisk placeret i de fire forskellige områder af København, som de dækker. Ungementorerne er en selvstændig organisatorisk enhed, men ungementorerne er fysisk placeret sammen med de fire SKP-enheder. Vi har derfor valgt at betragte ungementorerne som en selvstændig enhed under SKP.

Ved forsøgets start bestod medarbejdergruppen af i alt 65 medarbejdere i bostøtteindsatsen.

Figur 3.1 Organiseringen af bostøtteindsatsen i Københavns Kommune.



3.1.2 Implementering af FIT

Socialforvaltningen nedsatte en projektgruppe med tre medarbejdere fra forvaltningens centrale administration ved starten af projektet. Projektgruppen stod for den overordnede implementering af FIT i enhederne. Socialforvaltningen havde fået en del erfaring med FIT ved, at flere enkeltpersoner havde taget FIT op, og der var etableret et aktivt FIT-netværk i forvaltningen (Københavns Kommunes Socialforvaltning, 2017).

Implementeringen af FIT blev foretaget i de enkelte enheder med støtte fra Socialforvaltningens projektgruppe, som stod for den overordnede koordinering af implementeringen. Implementeringen af FIT blev foretaget efter nøje planlægning, dels i forskningsprojektets ansøgningsfase, dels i perioden op til selve implementeringen. Den overordnede milepælsplan for projektet er angivet i Bilag 3. En medarbejder fra Socialforvaltningens projektgruppe havde ansvar for at følge implementeringen i projektperioden.

På tværs af enhederne blev der nedsat en koordineringsgruppe bestående af projektgruppen samt leder og medarbejderrepræsentant for hver enhed. Koordineringsgruppen mødtes hver sjette uge for at koordinere implementeringen på tværs af enheder. VIVE deltog ved koordineringsmøderne, hvis det var relevant for evalueringen. Derudover var der nedsat en styregruppe, hvor projektgruppen, chefer for de tre ordninger og VIVE deltog. Styregruppen skulle sikre, at rammerne for at implementere indsatsen var til stede, samt sikre, at effektstudiet blev udført som planlagt.

I forhold til medarbejderne blev projektet startet op med en fælles kickoff-dag for alle deltagere i forsøget. Her blev forskningsprojektet og FIT introduceret. Der blev lagt vægt på at forklare, at medarbejdergruppen ved lodtrækning ville blive opdelt i en gruppe medarbejdere, der skulle arbejde med FIT, og en gruppe, der skulle arbejde ud fra den hidtidige praksis. Det blev understreget, at i forskningsprojektet var de to grupper lige vigtige. Dagen efter blev selve lodtrækningen foretaget, og enhederne fik af vide, hvilke medarbejdere der skulle arbejde med FIT, og hvilke medarbejdere der skulle være i kontrolgruppen og dermed arbejde, som de hidtidig havde gjort.

Umiddelbart efter lodtrækningen deltog alle medarbejdere fra FIT-gruppen i en FIT-faglig opstarts-dag, hvor en ekstern supervisor gennemgik FIT i detaljer. Formålet med dagen var at klæde medarbejderne på til at gå i gang med at lave FIT for en enkelt af deres borgere i en pilotfase. Hver medarbejder fik udleveret en IPad og blev undervist i at anvende IT-plattformen FIT-Outcomes. Pilotfasen varede ca. 2 måneder, se Bilag 3.

Medarbejderne FIT-gruppen deltog i et 2-dages undervisningsseminar med Scott Millar. På seminaret blev der bl.a. taget udgangspunkt i nogle af de borgerforløb, der blev identificeret i pilotfasen. Efter seminaret startede den egentlig forsøgsperiode, hvor medarbejderne gik i gang med at lave FIT for alle borgere.

Afdelingsledere i enhederne deltog desuden i et FIT-ledelseskursus, som forløb over 3 kursusdage med nogle måneders mellemrum. Enheder afholdt møder for FIT-gruppen hver fjortende dag, hvor FIT-faglighed var på dagsordenen. Formålet med møderne var at skabe rum for at dele erfaringer med FIT, diskutere udfordringer og muligheder med FIT og ikke mindst skabe indsigt i, om implementeringen er på rette vej, eller om noget skulle justeres. Medarbejdere i FIT-gruppen modtog desuden FIT-supervision hver tredje uge med henblik på sagsgennemgang og træning i at forstå samt arbejde med de fremkomne FIT-grafer i de enkelte borgersamarbejder. I starten af projektperioden blev supervisionen foretaget af en ekstern konsulent. Denne funktion blev senere overtaget af kommunens egne medarbejdere, som blev uddannet i FIT-supervision. I Bilag 3 er angivet tidsforløbet for implementeringen.

Projektgruppen i Socialforvaltningen anvendte desuden FIT-værktøjet Feedback Readiness Index and Fidelity Measure (FRIM) til at måle implementeringsparathed og følge med i graden af metodefasthed. På baggrund af erfaringerne med FIT udgav Københavns Kommunes Socialforvaltning en guide til at implementere FIT i forvaltningen (Københavns Kommunes Socialforvaltning, 2017).

3.1.3 Procedure for effektstudiet

VIVE samarbejdede med Socialforvaltningens projektgruppe omkring de praktiske forhold i forbindelse med udførelsen af selve effektstudiet. Det var således projektgruppen, der havde den overordnede kontakt til de enkelte enheder.

Studiet blev udført som et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT), da vi i et RCT-studie med størst mulig sandsynlighed kan undersøge, om FIT har en effekt eller ej. I det randomiserede forsøg trækkes der lod om, hvilke borgere der skal have FIT og dermed er udvalgt til indsatsgruppen, og hvilke

borgere der ikke skal have FIT og dermed er udvalgt til kontrolgruppen. Den tilfældige udvælgelse (randomiseringen) sikrer, at både kendte og ukendte karakteristika for borgerne i studiet fordeles ligeligt og tilfældigt i de to grupper. Den eneste forskel på de to grupper vil være, at den ene gruppe har fået FIT, og den anden gruppe har ikke fået FIT.

Mere specifikt blev forsøget designet som et cluster-randomiseret kontrolleret forsøg (J. Martin Bland, 2004), hvor vi trak lod om, hvilke bostøttemedarbejdere der blev uddannet i FIT, og hvilke der var i kontrolgruppen. Cluster-randomisering betød, at borgerne ikke blev randomiseret individuelt, men at randomiseringen fandt sted på medarbejderniveau. Alle borgere, som kom til den samme bostøttemedarbejder, fik således den samme indsats (FIT eller ikke FIT). Vi valgte dette design, da det var mest hensigtsmæssigt at gennemføre i praksis, og fordi vi derved undgik kontaminering. Hvis vi havde trukket lod på borgerniveau, ville dette i praksis betyde, at den enkelte medarbejder skulle lave FIT i forhold til nogle borgere, men ikke til andre. Vurderingen var, at dette ville øge risikoen for, at indsatsen ville blive kontamineret til kontrolgruppen, idet der ville være risiko for, at medarbejderne ubevidst alligevel ville udføre dele af FIT-indsatsen til kontrolpersonerne. Desuden ville det også være vigtigt, at medarbejderne kunne støtte hinanden, således at der blev oparbejdet en feedback kultur i indsatsgruppen i den enkelte enhed. Endvidere var det vurderingen, at det rent praktisk ville være svært at randomisere på borgerniveau, og at den individuelle randomisering derfor kunne skabe modstand mod projektet hos bostøttemedarbejderne.

Et cluster-randomiseret design kræver et større antal personer end et individuelt randomiseret design for at opnå samme statistiske styrke (Bland, 2005; Rowe m.fl., 2002). Dette skyldes, at borgere, der kommer til samme bostøttemedarbejder, kan være mere tilbøjelige til at ligne hinanden, end borgere, der kommer til andre bostøttemedarbejdere. Det kan eksempelvis være, fordi en bostøttemedarbejder dækker et bestemt geografisk område, hvor borgerne måske ligner hinanden mere, end hvis de var rekrutteret fra forskellige områder. Desuden kan der være en behandlereffekt, idet bostøttemedarbejderne kan være forskellige i den personlige relation.

Randomiseringen blev foretaget på medarbejderniveau inden for hver organisatorisk enhed, se Figur 3.1. Der blev anvendt blokrandomisering, således at der så vidt mulig var lige mange medarbejdere i indsats- og kontrolgruppe inden for hver organisatorisk enhed. I alt 33 medarbejdere blev allokeret til indsatsgruppen, og 32 medarbejdere blev allokeret til kontrolgruppen. Lodtrækningen af medarbejderne og dermed af de igangværende borgere blev foretaget 3-3-2015.

I tilfælde af at en medarbejder forlod sin stilling, så overtog den nye medarbejder den allokering, som den oprindelige medarbejder havde. I tilfælde af at der blev ansat nye medarbejdere for at udvide kapaciteten, blev der trukket lod om allokeringen, hvis der var et lige antal medarbejdere i enheden. Ellers udfyldte den nye medarbejder blot den allokering, som var ledig i enheden.

Forsøget startede 1. maj 2015, efter at medarbejderne i FIT-gruppen var blevet uddannet i FIT. Den gruppe af medarbejdere, som deltog som kontrol og ikke blev uddannet til FIT i første omgang, blev uddannet, efter at forskningsprojektet var færdigt. Forsøget blev afsluttet 12. september 2016, hvor medarbejderne i kontrolgruppen havde deres FIT-seminar.

3.1.4 Effektmål

Det overordnede formål med bostøtteordningerne på tværs af de tre ordninger var, at borgerne skulle støttes til at fungere bedre i hverdagen, til at være mere selvhjulpne og til at opretholde tilværelsen i egen bolig. Det var, som beskrevet under formål, vores hypotese, at FIT kunne være med til at forbedre relationen mellem medarbejder og borger, således at borgeren fik den mest optimale

indsats, således at der var størst mulig chance for, at det overordnede formål med bostøtteindsatsen blev opnået. Vi har derfor valgt at undersøge effekten af FIT på følgende effektmål:

- Borgerens trivsel
- Årsag til, at borgeren afsluttede indsatsen
- Indsatsens længde
- Om borgeren fik en varslings om boligudsættelse
- Borgerens arbejdsmarkedsstatus.

Spørgeskema om trivsel, livskvalitet og helbred

I forskningsartikler, der har undersøgt effekten af FIT, har forskere ofte anvendt ORS-skemaet til at måle effekten af FIT (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Reese m.fl., 2009; Reese m.fl., 2010). Vi mente, at det var problematisk både at anvende ORS som en vigtig del af interventionen og samtidig som et mål for effekten. Til at måle generel trivsel har vi anvendt WHO-5, som er et 5 items spørgeskema udviklet af Per Bech for WHO (Bech m.fl., 2003). Derudover anvendte vi skalaer om Fysisk livskvalitet og Sociale relationer fra WHO-Breef/WHOQOL 100. Selvvurderet helbred blev målt ved hjælp af et enkelt item (Idler Ellen L & Benyamini, 1997). Da målgruppen var en meget sårbar gruppe, ønskede vi et så kort spørgeskema som muligt. Spørgeskemaet indeholdt i alt 16 spørgsmål og blev anvendt i en papirversion. Vi har anvendt WHO5 som vores primære effektmål og det mål, som vi designede undersøgelsen ud fra. Se Styrkeberegning i Bilag 4.

Spørgeskemaet blev uddelt til de borgere, som var med ved forsøgets start. Derefter skulle medarbejderne udlevere spørgeskemaet til nye borgere, som startede op efter forsøgets start, og samtidig skulle de registrere, at borgeren var startet op. Når en borger stoppede med støtteindsatsen, skulle medarbejderen udlevere et spørgeskema, som blev udfyldt ved sidste møde mellem borger og medarbejder.

Forsøget var designet således, at hvis borgerne var med i hele forløbet, fik de udleveret et baselineskema, et spørgeskema efter 6 måneder og et spørgeskema efter 12 måneder. Det primære formål med at udlevere et 6 måneders skema var at sikre, at borgerne fik udfyldt et opfølgningsskema, inden de stoppede med støtteindsatsen.

Status for borgerne i forsøget blev skrevet ind i et excel-ark af en kontaktperson for enheden. For at kunne følge med i forsøget modtog VIVE de opdaterede excel-ark ca. hver 2.-3. måned. Excel-arkene blev brugt til at holde styr på, hvornår borgerne skulle have tilsendt et 6 måneders skema. De aktive borgere, som var med ved forsøgets start, fik udleveret et 6 måneders skema i starten af november 2015. VIVE stod for at klargøre spørgeskemaet til den enkelte borger, mens det var medarbejderne, der stod for at udlevere og indsamle skemaerne. For de borgere, som kom ind i forsøget efter forsøgsstarten i maj 2015 og frem til 31. august, blev der udleveret et 6 måneders skema i slutningen af februar 2016. For de borgere, der kom ind i forsøget efter 1. september 2015, blev der ikke udleveret et 6 måneders skema, da alle aktive borgere fik udleveret et afslutningsskema i starten af juni 2016. Afslutningsskemaet kunne indleveres frem til 12. september 2016, hvor forsøget sluttede. I de enkelte runder blev medarbejderne rykket for, at borgerne skulle udfylde spørgeskemaer. Ved udfyldelse af det endelige afslutningsskema i juni 2016 blev der sendt lister til den enkelte medarbejder over borgere, som endnu ikke havde svaret på spørgeskemaet. Rykkeren blev sendt i midten af august 2016.

For hver enkelt borger blev der beregnet skalaværdier for skalaerne om Generel trivsel, Fysisk livskvalitet og Sociale relationer ved at lægge scoren sammen for de pågældende items i skalaen og

dividere med antallet af items. Der blev beregnet en skalaværdi, hvis mindst halvdelen af items var besvaret. Skalaværdierne blev omregnet til en score fra 0-100. Generelt helbred, som blev målt med 1 item, blev også scoret fra 0 til 100, men blev behandlet som en kategorisk variabel i analyserne. Skalaerne er kontureret, således at høj score er positivt.

Afslutningsstatus

På borgerens afslutningsskema skulle medarbejderen angive, hvorfor borgeren stoppede i indsatsen. Det primære har været at finde ud af, om afslutningen var som følge af et succesfuldt forløb, eller om forløbet er afsluttet, uden at der er opnået den ændring, som indsatsen sigtede mod. Ved forsøgets afslutning, hvor alle aktive borgere fik udleveret et afslutningsskema, skulle medarbejderne bekræfte, at borgeren stadig var aktiv, eller angive, om borgeren havde afsluttet planmæssigt eller ikke. Spørgeskemaet blev på grund af en relativ lang svartid fra borgerne allerede givet til borgerne omkring 1. juni 2016, mens forsøget endelig sluttede 12. september 2016, hvor kontrolgruppen blandt bostøtte startede på FIT-seminar. Efterfølgende blev det derfor, via Københavns Kommunes administrative systemer, bekræftet, om borgerne stadig var aktive ved forsøgets slutdato 12. september 2016. For de borgere, hvor der ikke blev udfyldt afslutningsstatus, blev der ligeledes tjekket for afslutningsstatus i de administrative systemer.

Figur 3.2 Afslutningsstatus for borgeren

Udfyldes af medarbejder

Status for indsatsen:
(Sæt kun ét kryds)

- Forløbet er afsluttet planmæssigt
(Indsats afsluttet efter endt forløb, eller borger overdraget til anden indsats)
- Forløbet er IKKE afsluttet planmæssigt
(Kontakten ophører uventet, eller borger ønsker ikke længere kontakt)
- Der har ikke været opstartet et reelt forløb
(Der er ikke opnået kontakt, eller det giver ikke mening at starte et forløb)
- Forløbet er blevet afbrudt af ekstern begivenhed
(F.eks. flytning, hospitalsindlæggelse etc.)
- Forløbet er afsluttet før 1. maj 2015, hvor FIT-projektet blev sat i gang
- Borger er stadig i et aktivt forløb

Kommentar _____

På baggrund af data om status for indsatsen blev der konstrueret en variabel om afslutningsstatus, Figur 3.2. Borgere, som var kommet med ved lodtrækningen i marts, men som reelt var afsluttet, inden forsøget kom i gang 1. maj, blev taget ud af undersøgelsen. Borgere, hvor der reelt ikke blev opstartet et forløb, selvom de havde været indskrevet, blev også taget ud af undersøgelsen. Forløb, der var blevet afbrudt af ekstern hændelse som flytning eller hospitalsindlæggelse, eller hvor borgeren var død, blev betragtet som, at forløbet ikke var afsluttet planmæssigt. Der blev derfor konstrueret en ordinær kategorisk variabel med kategorierne:

- Forløb ikke afsluttet planmæssigt
- Forløb stadig i gang
- Forløb afsluttet planmæssigt.

Længde af forløb

Længde af forløbene blev registreret. Medarbejderne registrerede, hvornår den enkelte borger startede og afsluttede boligstøtteindsatsen. Disse data blev desuden verificeret ved at sammenligne med datoer i kommunens administrative system. Længde af forløb er angivet i antal dage. Borgere, som var i gang med indsatsen ved starten af forøget, men som afsluttede deres forløb inden for de 2 første uger af forsøget, blev betragtet som værende afsluttet før forsøget, da de reelt ikke har haft mulighed for at få indsatsen. Dette gjaldt for både borgere i FIT- og kontrolgruppen.

Boligudsættelser

Når en borger ikke betaler sin husleje, bliver sagen overgivet til fogedretten. De almene boligselskaber er forpligtiget til at anmelde dette til kommunen. Fra kommunens administrative systemer har vi data for, hvornår fogedretten sendte en varslings om boligudsættelse til borgeren. Vi har derfor set på antallet af varslinger om boligudsættelser i FIT- og kontrolgruppen.

Arbejdsmarkedsstatus

Fra kommunens administrative data har vi fået information omkring hver enkelt borgers status i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet eller tilknytning til uddannelsessystemet. Vi har desuden fået data om, hvorvidt en borger har modtaget en eller anden form for løn. På baggrund af disse data har vi konstrueret en ordinær kategorisk variabel, som groft sagt måler, hvor langt en borger er fra arbejdsmarkedet på kort sigt, Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Arbejdsmarkedsstatus

| Arbejdsmarkedsstatus |
|--|
| 1. I arbejde |
| 2. Ledig |
| 3. I gang med uddannelse |
| 4. I afklaringsforløb |
| 5. Uddannelsesparat |
| 6. Aktivitetsparat |
| 7. Selvforsørgende |
| 8. Førtidspension/folkepension/død/udvandret |

Variablen tager i høj grad udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen, som er beskrevet i Lov om aktiv Beskæftigelsespolitik. En nærmere beskrivelse af variabelen er angivet her:

- Gruppen 'I arbejde' består af borgere, som har en lønindkomst og ikke får anden ydelse. Gruppen indeholder dog også borgere, som har et fleksjob.
- Gruppen af 'Ledige' består af borgere, der får arbejdsløshedsdagpenge, er jobparat, er på sygedagpenge eller er sygemeldt fra et fleksjob. I gruppen er også medtaget borgere, som er berettiget til et fleksjob, men endnu ikke har fået et.
- Gruppen 'I uddannelse' består hovedsagelig af borgere under 30 år, som er i gang med en uddannelse.
- Gruppen 'I afklaringsforløb' består af borgere, som er i gang med et afklaringsforløb i form af revalidering, ressourceforløb eller jobafklaring.

- Gruppen 'Uddannelsesparat' er borgere under 30 år, som er vurderet til at være uddannelsesparate.
- Gruppen 'Aktivitetsparat' er borgere, der er vurderet til at være aktivitetsparate og består både af borgere under og over 30 år.
- Gruppen 'Selvforsørgende' består af borgere, som ikke modtager nogen ydelse, og som ikke er registreret som havende en lønindkomst.
- Gruppen 'Førtidspension/folkepension/død/udvandret' er en restgruppe, der hovedsagelig består af borgere på førtidspension og folkepension. Folkepension er medtaget, selvom det er en aldersbetinget ydelse, som man ikke kan rykke sig fra. Tilsvarende er borgere, der er afgået ved døden, medtaget i denne restkategori. 12 tilfælde er borgere udvandret og er også medtaget i restkategorien.

Det højeste niveau er således at være i arbejde. Det næsthøjeste niveau er at være ledig, ud fra definitionen, som er angivet ovenfor, mens det at være i gang med en uddannelse er tredje niveau. Det vil sige, at hvis en borger er i gang med en uddannelse, så vil man forvente, at borgeren bliver ledig i en periode, efter at borgeren har færdiggjort uddannelsen og først derefter har mulighed for at få et arbejde. Vi har således ikke taget hensyn til, at det på længere sigt er positivt at uddanne sig fremfor at være ledig. Variablen kan både kategorisere borgere over og under 30 år.

Vi har set på arbejdsmarkedsstatus, umiddelbart før borgeren startede i forsøget og status ved forsøgets afslutning i september 2016.

3.1.5 Statistisk analyse

Vi har i de statistiske analyser anvendt multilevel analyser, hvor vi har taget hensyn til den hierarkiske struktur i vores forsøgsdesign. Det vil sige, at vi har taget hensyn til at, hver borger er underlagt en medarbejder, som kommer fra en bestemt enhed under en given boligordning. Vi har dermed taget hensyn til at borgerne fra samme medarbejdere inden for samme enhed under en given ordning ikke er uafhængige af hinanden. På den måde har vi taget hensyn til, at der kan være forhold der gør at borgere, der har den samme medarbejder i højere grad ligner hinanden end borgere, der kommer fra andre medarbejdere. Desuden kan der være forhold, der gør at medarbejdere fra samme enhed i højere grad ligner hinanden end medarbejdere fra andre enheder, og tilsvarende for de tre forskellige støtteordninger.

Vi har fastholdt den hierarkiske struktur i analysemodellen, selvom variationen fra parametrene (ordning, enhed, medarbejder) i nogle tilfælde var tæt på 0. Vi har desuden i analyserne fastholdt borgeren hos den medarbejder, som de fik ved det tidspunkt, de startede i forsøget, uanset om de rykkede til en anden medarbejder i løbet af forsøgsperioden. Så vidt det er muligt, har vi lavet analyser baseret på 'intention to treat'. Det vil sige, at vi har analyseret på alle de personer, som deltog i forsøget, uanset om de reelt har fået indsatsen eller ej.

For de outcome, der var normalfordelte, har vi anvendt PROC MIXED i SAS til analyserne for at undersøge, om der var forskel på outcome i FIT-gruppen i forhold til outcome i kontrolgruppen. For de parametre, som var binomialfordelte eller multinomialfordelte, har vi anvendt PROC GLIMIX i SAS. Ud over den hierarkiske datastruktur har vi justeret analyserne for køn og alder. Vi har desuden lavet analyser, hvor vi har justeret for, om borgerne var med i forsøget fra start eller er startet op under forsøget. Vi har i modellerne indsat den hierarkiske struktur, som random effect variable, da det ikke var forsøgets formål at undersøge, om der var forskel på de 3 ordninger eller forskel på enheder eller medarbejderne. Øvrige parametre er indsat som fixed effect variable.

Vi har lavet skalavalidering af ORS og SRS. Vi har lavet deskriptive analyser, hvor vi har set på fordelingen af svar på enkeltitems for de 2 skalaer, ligesom vi har set på fordelingen af scoren på de 2 skalaer. Vi har desuden vurderet ceiling effekter for enkeltitems og skalaerne, dvs. at vi har vurderet, i hvor høj grad observationerne ligger i de øverste kategorier. Vi har lavet konfirmatorisk faktoranalyse for at undersøge, om vi kunne genfinde den faktorstruktur, som beskrives ved hjælp af ORS og SRS. Derudover har vi set på, hvordan ORS fungerer i forhold til WHO5 ved regressionsanalyse.

Vi har desuden anvendt regressionsanalyse til at undersøge sammenhængen mellem antal FIT-sessioner og scoren på WHO5. Det var ikke alle borgere i FIT-gruppen, som udfyldte SRS og ORS, som de skulle. Vi har derfor ved anvendelse af multilevel analyse undersøgt, om der var forskel på borgernes afslutningsstatus, afhængig af om de aktivt havde udfyldt skemaerne eller ej.

3.2 Resultater fra effektstudiet

I det følgende beskrives resultaterne af effektstudiet inklusive en kort beskrivelse af implementeringen.

3.2.1 Implementering af FIT

Projektgruppen i Socialforvaltningen stod for at koordinere implementeringen af FIT og har i et notat beskrevet, hvordan og i hvilken grad FIT er blevet implementeret i Socialforvaltningens bostøtteindsats. Følgende beskrivelse af implementering er baseret på projektgruppens notat. Derudover har projektgruppen udgivet en implementeringsguide baseret på erfaringerne med implementeringen af FIT (Københavns Kommunes Socialforvaltning, 2017).

Beskrivelsen af implementeringen er baseret på logbøger, referater fra planlægnings- og koordineringsmøder, løbende overvågning af FIT-Outcomes for at se antal aktive medarbejdere og antal udfyldte FIT-forløb, interview med medarbejdere og ledere involveret i projektet samt ikke mindst baseret på den milepælsplan for implementeringen, der indledningsvist blev lagt og løbende revideret. Desuden er der blevet anvendt FIT-værktøjet FRIFM til at følge med i implementeringsparathed og metodetrofasthed.

Fra begyndelsen af implementeringsprocessen forholdt projektgruppen sig nøje til, hvilke aktiviteter og handlinger der var kerneelementerne i FIT og dermed obligatorisk at implementere, og hvilke elementer der var mere sekundære (Københavns Kommunes Socialforvaltning, 2017). FIT-manualerne beskriver udførligt, hvad der kræves for at opnå høj fidelitet (Bargmann & Robinson, 2011; Bertolino, Bargmann & Miller, 2011; Bertolino m.fl., 2011; Maeschalck & Miller, 2012; Maeschalck m.fl., 2011; Seidel & Miller, 2011).

Den første fase i implementeringen bestod af uddannelse af medarbejdere og ledelse, herunder instruktion i anvendelse af FIT-outcome på iPad, og ikke mindst anvendelse af SRS og ORS. Omfanget af uddannelsen og den løbende supervision er beskrevet i Metodeafsnittet. Efter at alle medarbejdere havde været på 2-dages undervisningsseminar med Scott Millar, men før borgerne havde udfyldt baseline spørgeskema, blev der lavet en pilottest, hvor hver medarbejder skulle starte med at lave FIT på en enkelt udvalgt borger. Pilottesten fortsatte, indtil alle borgere fik udleveret baseline spørgeskemaet i starten af maj 2015. Herefter startede FIT op for alle borgere, og de løbende FIT-møder og supervision blev startet op.

Det, der karakteriserer den første fase af implementeringen, er det store ressourcetræk i den enkelte afdeling og hos den enkelte medarbejder i forhold til uddannelse i FIT, introduktion til at komme i gang med det både IT- og FIT-tekniske og ikke mindst mødeaktiviteter omhandlende FIT. Ifølge

både medarbejdere og ledere var det en meget intensiv periode. FIT-noter og -planer var dog den eneste komponent, som projektgruppen følte sig nødsaget til at fjerne som en skal-komponent, fordi både medarbejdere og ledere ikke kunne se meningen med at implementere ny dokumentation parallelt med den dokumentation, de allerede blev arbejdet med i eksisterende dokumentationssystemer. Det blev derfor besluttet, at noter vedrørende FIT blev indarbejdet fleksibelt i den eksisterende dokumentation.

I fase to i implementeringen fortsætter medarbejdere og ledere arbejdet med komponenterne fra den indledende fase. Denne fase er dog karakteriseret ved, at der er tid til arbejdsro, og at den enkelte afdeling og medarbejder nu dykker ned i FIT-fagligheden og ikke kun koncentrerer sig om at komme i gang med udfyldelsen af ORS og SRS.

I denne fase tilbød projektgruppen faglige oplæg og input for at imødekomme behovet for kontinuerligt at få en dosis FIT, få hånd om FIT-fagligheden og på den måde bidrage til opbygningen af en feedbackkultur, som FIT i bund og grund handler om (Københavns Kommunes Socialforvaltning, 2017). Derudover udarbejdede projektgruppen i denne fase en række diskussionsoplæg til afdelingerne. Oplæggene indeholdt en oversættelse af FIT-kernekompetencerne, som er væsentlige at kende som FIT-praktiker. Men erfaringerne har været, at kernekompetencerne i sig selv var svære at forstå. Ved at stykke dem op i mindre bidder og aktualisere dem i forhold til bostøtteindsatsen har det givet et skub i den faglige interesse og engagement i FIT-arbejdet.

I den tredje og sidste del af implementeringen, inden randomiseringen ophørte, skete der generelt set på tværs af afdelingerne en afmatning i praktiseringen af FIT. Udfyldelsen af ORS og SRS var dalende. Der var behov for at styrke lederne i bedre at kunne lede FIT-arbejdet rent fagligt. Borgercenterchefen sendte en oversigt over de dalende FIT-målinger til alle afdelingsledere og bad dem om at opfordre og støtte medarbejderne i at opnå flest mulige FIT-målinger. Der startes et forum for ledelsessparring op med en FIT-supervisor. Forummet har til formål at få FIT-manualerne ind under huden, dele konkrete erfaringer med FIT-grafer/borgersager og blive klædt på til fortsat at stå i spidsen for FIT-implementeringen i deres respektive afdelinger.

Den forholdsvis tætte kontakt mellem projektgruppe og koordineringsgruppe (med ledere fra alle enheder) har gjort det muligt at følge disse implementerings-udfordringer og ikke mindst spore behovet for at ændre kurs undervejs. Ved hjælp af interview med medarbejdere ad flere omgange har det ligeledes givet indsigt i, hvor langt den enkeltes praksis er kommet, og hvad der har fremmet eller hæmmet at komme dybere i implementeringen af FIT.

Med adgang til IT-plattformene har det været muligt at følge den kvantitative del af FIT-arbejdet, men det har dog været svært at skabe fuldkommen indsigt i, i hvor høj grad FIT-graferne er blevet brugt aktivt til at justere samarbejdet med den enkelte borger. Det vil sige, i hvor høj grad feedbacken fra borgerne rent faktisk er blevet anvendt. Projektgruppens vurdering var, at det spændte vidt fra medarbejder til medarbejder og mere end fra enhed til enhed. I den ene ende af spektret brugte nogle medarbejdere FIT meget aktivt i deres arbejde, og i den anden ende af spektret var andre kun kommet i gang med ORS- og SRS-målingerne.

Det er tidskrævende at implementere en ny faglig praksis, og det kan tage tid at opbygge en feedback-kultur. Dertil kommer, at nogle medarbejdere har haft modstand mod FIT, da FIT kan opleves som en overvågning af medarbejderens arbejde. Desuden kan det være svært at forene FIT med nogle af de praktiske og brandsslukningsagtige opgaver, som mange medarbejdere også har med borgeren. Den rutinemæssige brug af FIT, som den er beskrevet i FIT-manualer, har derfor ikke altid været mulig at praktisere i bostøtteindsatsen.

Det at deltage i et forskningsprojekt har også skabt nogle udfordringer for implementeringen af FIT. Det har skabt udfordringer for den lokale ledelse, at medarbejderne var opdelt i en gruppe, der arbejdede med FIT, og en, som ikke gjorde. Det har således været et implementeringsmæssigt kompromis for lederne, at FIT i nogle tilfælde skal fylde, men i andre tilfælde, når hele enheden er samlet, så må FIT ikke omtales. FIT har også betydet, at man ikke har kunnet være så fleksibel med hensyn til at lade borgerne skifte kontaktperson.

FIT opleves dog også positivt. Afdelingsledere udtaler, at FIT har gjort en forskel, idet man i mange tilfælde kommer hurtigere til sagens kerne sammen med borgeren, og at borgeren har fået en meget tydeligere stemme i samarbejdet. Det er projektgruppens vurdering, at man på sigt bliver bedre til at handle på baggrund af FIT, og at man gradvist kommer til at høste flere og flere frugter ved at integrere FIT i et område som bostøtteindsatsen.

3.2.2 FIT-scores i undersøgelsesperioden

På baggrund af de data, som blev indtastet i FIT-outcome, har vi set på antal FIT-målinger opgjort pr. måned i undersøgelsesperioden, Bilag 5. Opgørelsen viser overordnet, at der henover efteråret og vinteren 2015 sker en jævn stigning i antal FIT-målinger, og at antal FIT-målinger er konstant på ca. 200 målinger pr. måned fra januar 2016 frem til juli 2017. Der ses en nedgang i antal målinger henover sommeren, både i 2015 og 2016.

3.2.3 Populationen

Lodtrækningen er som beskrevet tidligere foretaget på medarbejderniveau, og i analyserne tages der hensyn til den hierarkiske struktur i datamaterialet. Populationen bestod således ud over borgerne også af de medarbejdere, som borgerne var tilknyttet.

I Tabel 3.2 er angivet antallet af medarbejdere, som har deltaget i forsøget i FIT- og kontrolgruppe. Der var 65 medarbejdere ved lodtrækningen før forsøget, og der er kommet 15 medarbejdere til i forsøgsperioden. De nye medarbejdere har hovedsagelig erstattet medarbejdere, der er stoppet inden for hjemmeplejen, og har derfor overtaget deres randomisering. Når en ny medarbejder erstattede en FIT medarbejder, blev denne uddannet i FIT.

Tabel 3.2 Medarbejdere ved lodtrækning og nye medarbejdere

| Allokering | Oprindelige medarbejdere | Nye medarbejdere | Total |
|------------|--------------------------|------------------|-------|
| FIT | 33 | 9 | 42 |
| Kontrol | 32 | 6 | 38 |
| Total | 65 | 15 | 80 |

En del af bostøtteenhedens opgave er at foretage opsøgende arbejde specielt inden for SKP-ordningen. Det har derfor betydet, at nogle af borgerne, som er blevet indrulleret i forsøget, ikke har fået en egentlig bostøtteindsats, da der kun har været sporadisk kontakt mellem borger og medarbejder. Da disse borgere reelt ikke har fået en indsats og derfor ikke har haft muligheden for at få en FIT-indsats, er de derfor ikke medtaget i forsøget. Det gælder både borgere i FIT- og kontrolgruppen. Desuden var der nogle borgere, som ved lodtrækningen stod på listen, men som stoppede i forløbet, inden forsøget gik i gang. I Tabel 3.3 er angivet det antal borgere, der har været i forsøget, og den endelige population. I alt 1.020 borgere har deltaget i forsøget.

Tabel 3.3 Alle borgere og den endelige population

| Ordning | Alle borgere | Ingen indsats i forsøgsperioden | Population |
|-----------------|--------------|---------------------------------|------------|
| Boligrådgivere | 329 | 47 | 282 |
| Hjemmevejledere | 366 | 10 | 356 |
| SKP-ordning | 472 | 90 | 382 |
| Total | 1.167 | 147 | 1.020 |

Organiseringen af medarbejdere og dermed borgere under bostøtteordninger og enheder opdelt på indsats- og kontrolgruppe er angivet i Tabel 3.4. De 1.020 borgere, der deltog i forsøget, fordelte sig med 530 borgere i FIT-gruppen og 490 borgere i kontrolgruppen.

Tabel 3.4 Organisering af medarbejdere og borgere under enheder og bostøtteordninger

| Ordning | Enhed | Allokering | Antal medarbejdere | Antal borgere |
|-----------------|-----------------|------------|--------------------|---------------|
| Boligrådgivere | Boligrådgivere | FIT | 5 | 123 |
| | | Kontrol | 5 | 117 |
| | CTI | FIT | 2 | 19 |
| | | Kontrol | 2 | 23 |
| Hjemmevejledere | Hjemmevejledere | FIT | 20 | 180 |
| | | Kontrol | 17 | 176 |
| SKP-ordning | Amager | FIT | 2 | 25 |
| | | Kontrol | 2 | 26 |
| | BBHV | FIT | 4 | 55 |
| | | Kontrol | 3 | 51 |
| | Mentor | FIT | 3 | 35 |
| | | Kontrol | 4 | 38 |
| | NrBro | FIT | 2 | 30 |
| | | Kontrol | 2 | 18 |
| | VVCØ | FIT | 4 | 63 |
| | | Kontrol | 3 | 41 |
| Total | | FIT | 42 | 530 |
| | | Kontrol | 38 | 490 |

Der var en lidt større andel af borgerne, som var mænd end kvinder, Tabel 3.5. Kønsfordelingen og aldersfordelingen i FIT- og kontrolgruppen var stort set den samme, Tabel 3.5 og Tabel 3.6.

Tabel 3.5 Kønsfordeling blandt borgerne i populationen

| Allokering | Mand | Kvinde | Antal total |
|------------|------|--------|-------------|
| FIT | 57 | 43 | 530 |
| Kontrol | 54 | 46 | 490 |
| Total | 56 | 44 | 1.020 |

Tabel 3.6 Aldersfordeling i populationen

| Allokering | Aldersgruppe | | | | | | Antal total |
|------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-----|-------------|
| | <20 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | >59 | |
| FIT | 2 | 22 | 22 | 27 | 19 | 8 | 530 |
| Kontrol | 2 | 20 | 20 | 27 | 21 | 9 | 490 |
| Total | 2 | 21 | 21 | 27 | 20 | 9 | 1.020 |

Der var forskel på, hvor mange borgere den enkelte medarbejder havde i forsøgsperioden, men fordelingen var stort set den samme i FIT- og kontrolgruppen, Tabel 3.7. Hovedparten af medarbejderne havde mellem 6-15 borgere i forsøgsperioden. Da vi som beskrevet under 3.1.5 har fastholdt borgerne under den medarbejder, som de blev tildelt ved lodtrækningen, eller da de startede i forsøget, så er tallene ikke helt retvisende for, hvordan det foregik i praksis. Antal borgere pr. medarbejder i Tabel 3.7 er et udtryk for, hvordan vi har håndteret borgere og medarbejdere i analyserne. Vi har således i analyserne fastholdt borgere under en medarbejder, selvom denne er stoppet, og borgerne i praksis er overgået til en ny medarbejder. Tilsvarende blev kun nye borgere i forløb henført under en ny medarbejder, selvom den nye medarbejder reelt også havde fået ansvaret for igangværende borgere.

Tabel 3.7 Antal borgere pr. medarbejder

| Antal borgere pr. medarbejder | FIT | Kontrol | Total |
|-------------------------------|-----|---------|-------|
| 1-5 | 5 | 4 | 9 |
| 6-10 | 10 | 11 | 21 |
| 11-15 | 18 | 16 | 34 |
| 16-20 | 4 | 3 | 7 |
| 21-30 | 4 | 3 | 7 |
| 31-40 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 42 | 38 | 80 |

I Tabel 3.7 er angivet andel af borgere, som allerede var i gang, da forsøget startede, samt andel af borgere, der startede op i forsøgsperioden. Hos boligrådgiverne var der 69 pct. af borgerne, som startede op i forsøgsperioden, mens det for hjemmevejlederne og SKP-ordningen var henholdsvis 27 og 25 pct.

Tabel 3.8 Andel af igangværende og nye borgere i forsøgsperioden

| | Igangværende borgere | Nye borgere | I alt |
|-----------------|----------------------|-------------|-------|
| | Procent | Procent | Antal |
| Boligrådgivere | 31 | 69 | 282 |
| Hjemmevejledere | 73 | 27 | 356 |
| SKP-ordning | 75 | 25 | 382 |
| Total | 62 | 38 | 1.020 |

3.2.4 FIT-forløb

Allokeringen af borgerne til FIT- eller kontrolgruppe var indirekte, idet det afhang af, hvilken medarbejder der stod for deres støtteforløb, da det var medarbejderne, som direkte blev allokeret til FIT- eller kontrolgruppen. Af praktiske grunde har det dog ikke i alle tilfælde været muligt at fastholde borgeren hos den medarbejder, som de fik i starten af støtteforløbet. I tilfælde af at en borger blev nødt til at skifte fra en medarbejder til en anden, var det vigtigt, at borgeren blev overført til en

medarbejder, som havde samme allokering som den oprindelige medarbejder. Det vil sige, hvis borgeren via den oprindelige medarbejder var udtrukket til FIT-gruppen, så var det vigtigt, at borgeren forblev i FIT-gruppen og dermed blev overført til en anden medarbejder i FIT-gruppen. Tilsvarende måtte borgerne i kontrolgruppen kun overføres til andre medarbejdere i kontrolgruppen. I Tabel 3.9 er angivet antallet af borgere, som forblev i den oprindelige allokering, og borgere, som fejlagtigt (i forhold til forsøget) blev overført til en medarbejder, som havde en anden allokering end borgeren. 13 borgere, som var allokere til FIT-gruppen, blev overført til en medarbejder i kontrolgruppen, og 11 borgere, som oprindeligt var allokere til kontrolgruppen, blev overført til en medarbejder i FIT-gruppen. Vores analyser er, så vidt det var muligt, baseret på 'intention to treat', hvilket betød, at vi ikke har taget hensyn til, om borgeren skiftede allokering under forsøget. Det vil sige, at vi har lavet analyserne ud fra den allokering, borgeren fik, da han/hun startede op. Da det således kun var henholdsvis 13 og 11 borgere, som var blevet omplaceret af praktiske grunde, har det formentlig ingen væsentlig betydning haft på analyserne.

Tabel 3.9 Antal borgere fra kontrol- og FIT-gruppen, som har fået indsats fra en medarbejder fra FIT eller kontrolgruppen

| | Allokering af borger | | |
|--------------------|----------------------|---------|-------|
| | FIT | Kontrol | Total |
| FIT-medarbejder | 517 | 11 | 528 |
| Kontrolmedarbejder | 13 | 479 | 492 |
| Total | 530 | 490 | 1.020 |

Borgernes scoringer af SRS og ORS blev indtastet i IT-plattformen FIT-Outcomes via IPads, som medarbejderne havde med, når de mødtes med borgerne. Der var i alt 530 borgere i FIT-gruppen, heraf var der 180 borgere, som ikke havde indtastet en FIT-score, Tabel 3.10. Der var 45 borgere, som er noteret i FIT-Outcomes, men hvor selve SRS- og ORS-scoren er missing. Derudover var der blandt de øvrige borgere også i nogle tilfælde forløb, der var blevet registreret i FIT-Outcomes, men hvor der ikke var indtastet en score. I alt 305 personer havde valide FIT-scores, hvilket svarer til 58 pct. af borgerne i FIT-gruppen, og 51 pct. af borgerne havde to eller flere FIT-sessioner.

Ud af de 11 borgere, som var udtrukket til kontrolgruppen, men endte med at få en medarbejder, som var uddannet i FIT, var der 3 borgere, som havde FIT-data.

Tabel 3.10 Fordelingen af antal sessioner for borgerne

| Antal FIT-sessioner i FIT-outcome | Antal personer inkl. missing scores | Antal personer med valide scores |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Ingen FIT-data | 180 | - |
| FIT startet op, ingen valid score | 45 | - |
| 1 | 26 | 36 |
| 2 | 30 | 31 |
| 3-5 | 79 | 77 |
| 6-10 | 61 | 62 |
| 11-15 | 46 | 43 |
| 16-20 | 28 | 22 |
| 21-30 | 22 | 22 |
| 31-40 | 7 | 6 |
| 41-50 | 6 | 6 |
| Total | 530 | 305 |

I Tabel 3.11 er angivet andel af borgere med valide FIT-scores for de tre boligstøtteordninger. Andelen af borgere med valide FIT-scores var lavere for SKP-ordningen end for de to andre ordninger. SKP-ordningen er også den af de tre ordninger, som henvender sig til de mest udsatte borgere.

Tabel 3.11 Andel af borgere med valide FIT-scores opdelt efter bostøtteordning

| Ordning | Andel af borgere med valide FIT-scores | Antal borgere |
|-----------------|--|---------------|
| Boligrådgivere | 61 | 142 |
| Hjemmevejledere | 67 | 180 |
| SKP-ordning | 47 | 208 |
| Total | 58 | 530 |

Fordelingen af medarbejdere med borgere, der har FIT-data, er angivet i Tabel 3.12. Der var stor forskel på, hvor mange borgere den enkelte medarbejder havde, og der var også stor forskel på, hvor mange borgere med FIT-data, de enkelte medarbejdere havde. Der var kun en medarbejder, der ikke havde nogen borgere med FIT-data. Så bortset fra en enkelt medarbejder havde alle medarbejdere borgere, som har udfyldt FIT-data. I Tabel 3.12 ses også, at 8 medarbejdere havde indberettet FIT-scores for mindre end halvdelen af deres borgere. Disse medarbejdere var alle medarbejdere, der var med ved forsøgets start. Tabellen viser også, at 28 medarbejdere, svarende til 65 pct. af medarbejderne, havde FIT-scores for mere end to tredjedele af deres borgere.

Sammenholder vi Tabel 3.10 og Tabel 3.12, ser vi, at størstedelen af medarbejderne har anvendt FIT i forsøgsperioden, men at de ikke har gjort det for alle borgerne, og en lille andel af medarbejderne har kun anvendt FIT i begrænset omfang.

Tabel 3.12 Fordeling af medarbejdere med borgere, der har FIT-data

| Andel af borgere med FIT-data | Antal borgere med FIT-data | Antal borgere uden FIT-data | Total antal | Antal medarbejdere | Andel af medarbejdere, pct. | Andel af medarbejdere, kumulativ pct. |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 100 | 47 | 0 | 47 | 7 | 17 | 17 |
| 90-99 | 51 | 4 | 55 | 2 | 5 | 21 |
| 80-89 | 35 | 7 | 42 | 4 | 10 | 31 |
| 75-79 | 43 | 14 | 57 | 5 | 12 | 43 |
| 70-74 | 58 | 22 | 80 | 6 | 14 | 57 |
| 65-69 | 28 | 14 | 42 | 4 | 10 | 67 |
| 60-64 | 9 | 6 | 15 | 1 | 2 | 69 |
| 50-59 | 42 | 37 | 79 | 5 | 12 | 81 |
| 40-49 | 20 | 29 | 49 | 3 | 7 | 88 |
| 30-39 | 24 | 24 | 38 | 2 | 5 | 93 |
| 20-29 | 2 | 6 | 8 | 1 | 2 | 95 |
| 10-19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95 |
| 0-10 | 1 | 17 | 18 | 2 | 5 | 100 |
| Total | 360 | 180 | 530 | 42 | 100 | 100 |

3.2.5 Trivsel, livskvalitet og helbred

Af de 1.020 borgere, der deltog i forsøget, svarede 535 borgere på et eller flere af de tre spørgeskemaer, som bestod af baselineskema, 6 måneders skema og afslutningsskema, Tabel 3.13 . I alt 455 borgere svarede på mere end et skema. Vi har lavet analyse på de borgere, som har udfyldt et

baselineskema og et afslutningsskema. For 63 borgere har vi dog anvendt et 6 måneders skema som et afslutningsskema, idet de pågældende borgere afsluttede deres forløb, kort tid efter at de havde udfyldt et 6 måneders skemaet. For 13 borgere har vi anvendt et 6 måneders skema som et baselineskema, idet vi ønskede at udnytte så meget information som muligt. Der var dog for de 13 borgere mere end 4 måneder (i gennemsnit 6 måneder) mellem den konstruerede baseline og followup målingen.

Tabel 3.13 Antal borgere, der har svaret på de forskellige typer af spørgeskemaer

| Type af skemaer | Antal | Anvendt i analyser |
|---|-------|--------------------|
| Baselineskema | 12 | |
| 6 måneders skema | 12 | |
| Baseline og 6 måneders skema | 63 | 63 |
| Afslutningsskema | 56 | |
| Baseline- og afslutningsskema | 220 | 220 |
| 6 måneders- og afslutningsskema | 13 | 13 |
| Baseline-, 6 måneders og afslutningsskema | 159 | 159 |
| Total | 535 | 455 |

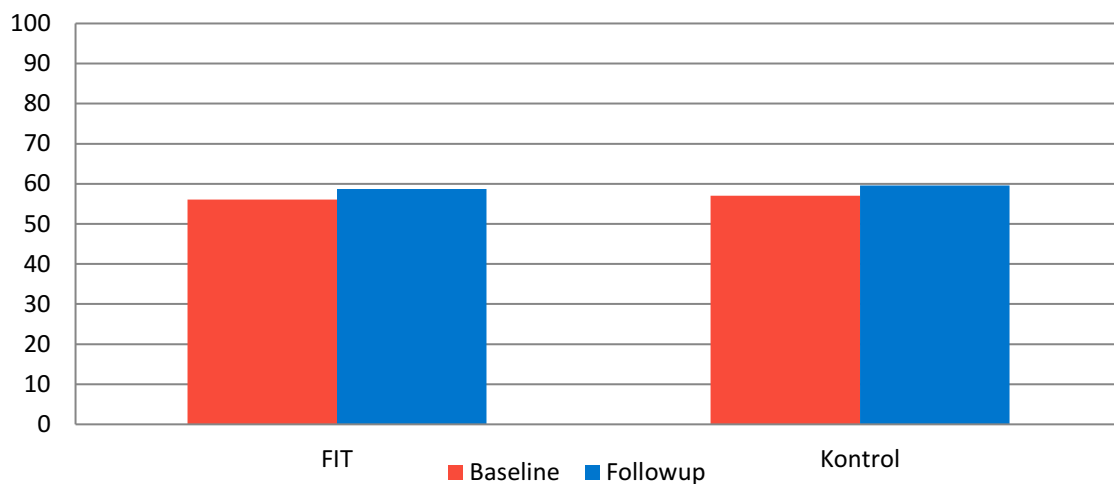
Den gennemsnitlige score for skalaerne om trivsel, livskvalitet og helbred er angivet i Tabel 3.14. Den generelle trivsel, som er vores primære effektmål, blev målt med WHO 5 skalaen. Scoren går fra 0-100, og den gennemsnitlige score for befolkningen er 68 point. Populationen i denne undersøgelse scorede omkring 40 point på den generelle trivsel (henholdsvis 39 og 42, Tabel 3.14), hvilket er markant lavere end landsgennemsnittet, se også Bilag 6. Ifølge guidelines fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2016) vil en person, der scorer under 36 point, være i stor risiko for at lide af depression eller langvarig stress. Tilsvarende scorer populationen også lavt på generelt helbred (henholdsvis 35 og 41, Tabel 3.14), hvor landsgennemsnittet ligger omkring 66 point (J H Pejtersen m.fl., 2010). Alt i alt var det en sårbar gruppe af borgere, der deltog i undersøgelsen.

Tabel 3.14 Trivsel, livskvalitet og helbred ved baseline

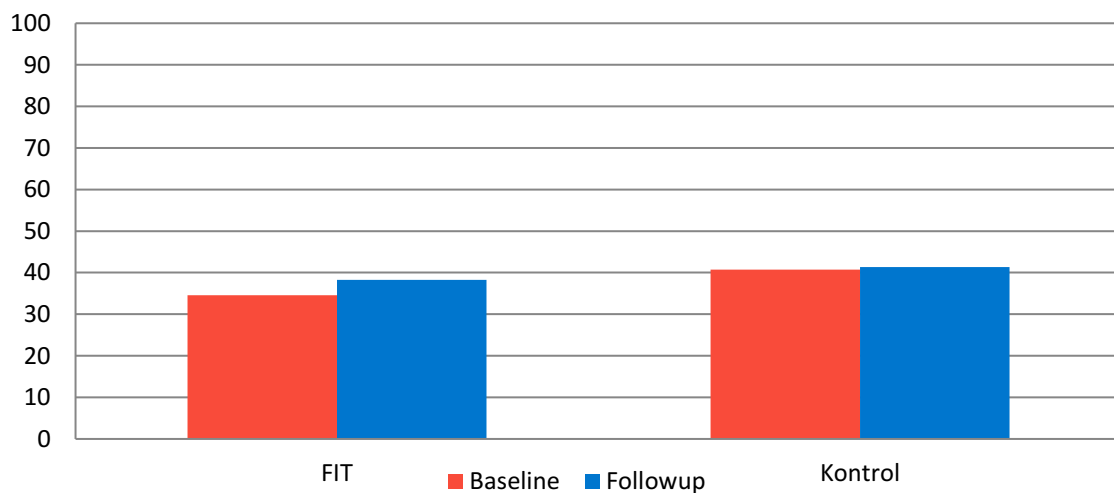
| | Allokering | Antal | Middel | Standardafvigelse |
|---------------------|------------|-------|--------|-------------------|
| Generel trivsel | FIT | 255 | 39 | 25 |
| | Kontrol | 196 | 42 | 24 |
| Generelt helbred | FIT | 255 | 35 | 26 |
| | Kontrol | 199 | 41 | 29 |
| Fysisk livskvalitet | FIT | 255 | 50 | 22 |
| | Kontrol | 200 | 52 | 23 |
| Sociale relationer | FIT | 255 | 56 | 22 |
| | Kontrol | 200 | 57 | 21 |

Middelscoren på de fire skalaer om trivsel, livskvalitet og helbred for FIT- og kontrolgruppen ved baseline og followup er angivet i Figur 3.3, Figur 3.4, Figur 3.5 og Figur 3.6. For alle fire skalaer ses en marginal forbedring i scoren fra baseline til followup. Den marginale forbedring i scoren ses både i FIT- og kontrolgruppen. I Bilag 7 er angivet middelscore og standardafvigelse for de fire skalaer ved baseline- og followup.

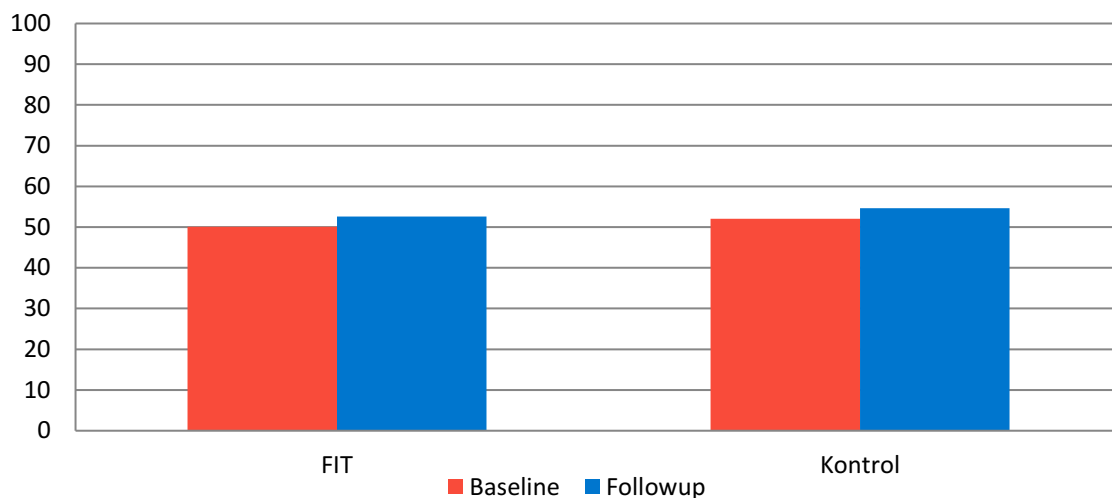
Figur 3.3 Middelscoren for skalaen om Generel trivsel i FIT- og kontrolgruppen ved baseline og followup



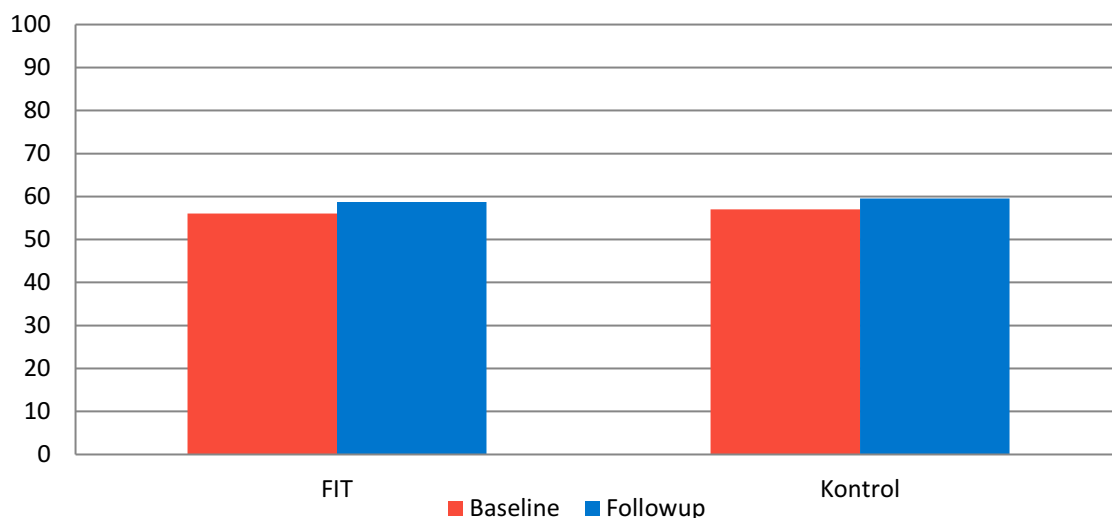
Figur 3.4 Middelscoren for skalaen om Generelt helbred (1. item) i FIT- og kontrolgruppen ved baseline og followup



Figur 3.5 Middelscoren for skalaen om Fysisk livskvalitet i FIT- og kontrolgruppen ved baseline og followup



Figur 3.6 Middelscoren for skalaen om Sociale relationer i FIT- og kontrolgruppen ved baseline og followup



Vi har anvendt en statistisk hierarkisk model, hvor vi har taget hensyn til, at en borger hører under en given medarbejder, som er ansat i en enhed, under en given ordning (se afsnit om Statistisk analyse). I første omgang har vi beregnet intraclass korrelations koefficienter for modellen med 4 niveauer (ICC). ICC angiver, hvor meget variation i outcome der skyldes de forskellige niveauer i den hierarkiske model. Vi har anvendt metoden beskrevet i Bell m.fl. (2013). Vi fandt følgende intraclass korrelations koefficienter: $ICC_{\text{ordning}} = 0,086$, $ICC_{\text{enhed}} = 0,039$, $ICC_{\text{medarbejder}} = 0,009$ og $ICC_{\text{individ}} = 0,865$. Det vil sige, at 87 pct. af variationen i WHO5 skyldtes variationen mellem individer, og således betød den hierarkiske struktur mindre. Vi har dog i alle analyser holdt fast i den hierarkiske model, selvom variationen, der skyldtes de forskellige niveauer, var lille.

Tabel 3.15 Resultaterne af multilevel analyse af borgernes Generelle trivsel målt med WHO5

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|---------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed Effekt | | | | Pr > t |
| Intercept | | 25,8 | 4,0 | <0,0001 |
| Allokering | FIT | -0,6 | 1,9 | 0,7482 |
| | Kontrol | 0 | | |
| WHO5 ved baseline | | 0,6 | 0,0 | <0,0001 |
| Køn | Mand | -0,4 | 1,8 | 0,8348 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | -0,1 | 0,1 | 0,0981 |
| Random effekt | | | | Pr > Z |
| Ordning | | 2,8 | 5,2 | 0,2968 |
| Enhed (ordning) | | 0,0 | | |
| Medarbejder (enhed) | | 9,0 | 10,2 | 0,1881 |
| Residual | | 334,3 | 23,7 | <0,0001 |

Resultaterne af den statistiske analyse for vores primære effektmål om Generel trivsel (WHO5) er angivet i Tabel 3.15. Vi har i analyserne taget hensyn til den hierarkiske struktur (se Figur 3.1) samt kontrolleret for køn, alder og baselinescoren. Der var ikke signifikant forskel på den Generelle trivsel for FIT- og kontrolgruppe ved followup. FIT havde således ikke effekt på vores primære effektmål. Borgernes Generelle trivsel ved baseline havde betydning for deres Generelle trivsel ved followup, mens der ikke var signifikant forskel på mænd og kvinder eller nogen signifikant effekt af alder, Tabel 3.15. Analysen viste også, at den variation, som skyldes den hierarkiske struktur, var meget lille og statistisk insignifikant, Tabel 3.15. Det vil sige, at vi ville have fået samme resultat, selvom vi ikke havde taget hensyn til den hierarkiske struktur.

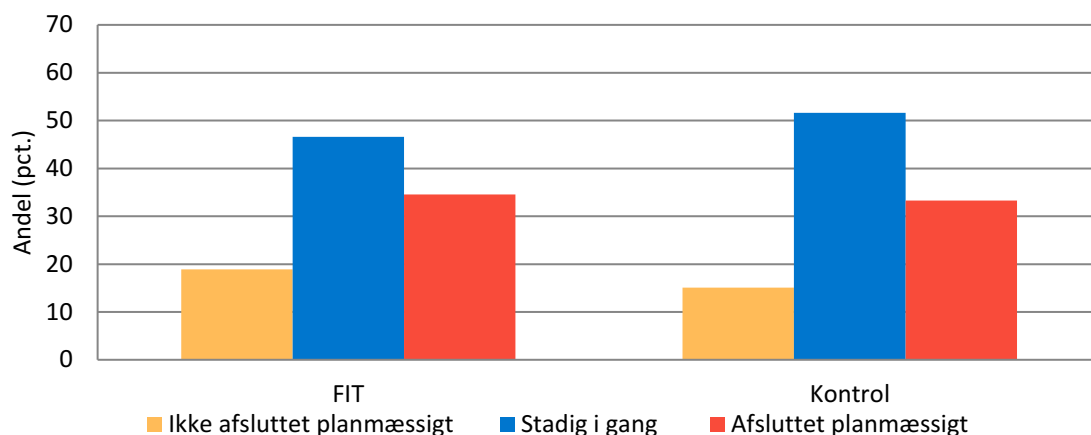
Resultaterne af de statistiske analyser af effekten af FIT på Generelt helbred, Fysisk livskvalitet og Sociale relationer er angivet i Bilag 8. Ligesom for analysen af Generel trivsel fandt vi ingen signifikant forskel på scoren i FIT- og kontrolgruppen for de tre effektmål.

Samlet set havde FIT ingen effekt på borgernes trivsel, livskvalitet og helbred.

3.2.6 Afslutningsstatus

Afslutningsstatus for borgere i FIT- og kontrolgruppen er angivet i Figur 3.7. Både andelen af borgere, der afsluttede et forløb, uden at formålet med indsatsen blev opnået, og andelen af borgere, der afsluttede et forløb planmæssigt, var større i FIT-gruppen end i kontrolgruppen. Andelen af borgere, som stadig var i gang med et forløb ved forsøgets afslutning, var mindre i FIT-gruppen end i kontrolgruppen. Der var dog tale om relativt små forskelle, og der var ikke nogen klar tendens.

Figur 3.7 Afslutningsstatus for borgere i FIT- og kontrolgruppen.



I Tabel 3.16 er angivet resultaterne for de statistiske analyser af effekten af FIT på borgernes afslutningsstatus i forsøget. Der var ikke signifikant forskel på afslutningsstatus i FIT- og kontrolgruppe ved followup, når vi kontrollerede for øvrige variable i modellen. FIT havde således ikke effekt på, om borgerne afsluttede deres forløb succesfuldt eller ej.

I en supplerende analyse undersøgte vi, om det havde betydning for resultatet, om vi tog hensyn til, hvornår borgerne startede i forløbet. Det vil sige, om borgeren allerede var i gang med sin indsats, da forsøget startede, eller om borgeren startede op med indsatsen i løbet af forsøgsperioden. Det havde ingen betydning for analysen, når vi kontrollerede for, hvornår borgeren var startet op, se Bilag 9.

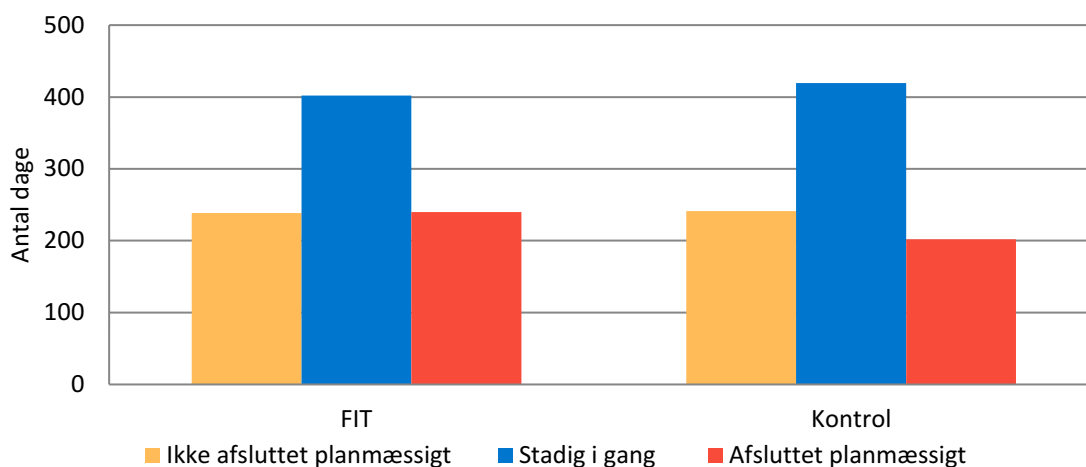
Tabel 3.16 Analyse af afslutningsstatus

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|-------------------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | |
| Intercept (Afslutningsstatus) | 1 | -0,20 | 0,31 | 0,5922 |
| | 2 | 2,24 | 0,32 | 0,0201 |
| Allokering | FIT | -0,08 | 0,16 | 0,6013 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Køn | Mand | -0,35 | 0,13 | 0,0061 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | 0,00 | 0,01 | 0,5234 |
| Random effekt | | | | |
| Ordning | | 0,00 | | |
| Enhed (Ordning) | | 0,18 | 0,12 | |
| Medarbejder (Enhed) | | 0,16 | 0,08 | |

3.2.7 Længde af forløb

Middellængden af støtteforløbene opdelt på afslutningsstatus for borgerne i FIT- og kontrolgruppen er angivet i Figur 3.8. En relativt stor andel af borgerne har været med i hele forsøgsperioden, som varede 497 dage. Af figuren ses, at middellængden af forløbene, der er afsluttet planmæssigt, er kortere i kontrolgruppen end i FIT-gruppen. Længden af succesfulde forløb i kontrolgruppen er i middel 38 dage kortere end i FIT-gruppen.

Figur 3.8 Længde af forløb for afslutningsstatus i FIT- og kontrolgruppen



Vi har i vores statistiske analyser set på, om længden af afsluttede forløb er forskellig i FIT- og kontrolgruppen. Analyserne er lavet på de afsluttede forløb, uanset om de var afsluttet succesfuldt eller ej, men har justeret afslutningsstatus i analyserne. Vi har derfor, ud over variable om køn, alder og organisatorisk struktur, justeret for, om et forløb blev afsluttet planmæssigt eller ikke planmæssigt i analyserne, Tabel 3.17. Analyserne viste, at der ikke var signifikant forskel på længden af de afsluttede forløb for FIT- og kontrolgruppen. Der var heller ikke nogen effekt af afslutningsstatus på forløbslængde i modellen.

Analysen viste også, at der var en svag signifikant effekt af medarbejder på forløbslængden. Det vil sige, at den enkelte medarbejder havde betydning for, hvor langt forløbet blev. Efterfølgende har vi beregnet intra class korrelationskoefficienten for de forskellige random effekter for at undersøge, hvor meget af variationen i forløbslængde, som skyldtes den enkelte medarbejder. Analysen viste, at 6,6 pct. af variationen kan forklares med forskellen mellem medarbejder, 2,7 pct. af variationen kan forklares med forskellen mellem enheder, mens 90,7 pct. af variationen er den individuelle variation mellem borgere. Det var således en beskeden variation i forløbslængde, som kunne forklares af variationen mellem medarbejdere.

Tabel 3.17 Analyse af længde af forløb for afsluttede forløb

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|---------------------------|----------------------------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | Pr > t |
| Intercept (Forløbslængde) | | 210 | 25 | <0,0001 |
| Allokering | FIT | 19 | 14 | 0,197 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Køn | Mand | 12 | 12 | 0,3167 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | 0,4 | 0,5 | 0,3872 |
| Afslutningsstatus | Afsluttet planmæssigt | -14 | 12 | 0,25 |
| | Ikke afsluttet planmæssigt | 0 | | |
| Random effekt | | | | Pr > Z |
| Ordning | | 0 | | |
| Enhed (Ordning) | | 436 | 542 | 0,2106 |
| Medarbejder (Enhed) | | 1.107 | 619 | 0,0368 |
| Residual | | 15.224 | 1.012 | <0,0001 |

3.2.8 Boligudsættelser

Ved manglende betalt husleje, er udlejerne forpligtet til at meddele kommunen, når de starter en fogedsag og giver lejer en varsling om boligudsættelse. Oplysninger om varsling af boligudsættelse for borgerne i undersøgelsen er angivet i Tabel 3.18. Andelen af borgere, som fik en varsling om boligudsættelse, var 2,5 pct. i FIT-gruppen og 2,0 pct. i kontrolgruppen. Vi fandt dog ikke signifikant forskel på andel af borgere med varsling om boligudsættelse i kontrol- og FIT-gruppen, se Bilag 10.

Vi har kun set på, om borgerne fik en varsling om boligudsættelse, og ikke, om de rent faktisk blev boligudsat. Det overordnede formål med alle tre indsatser var at sørge for, at borgerne kunne opretholde en dagligdag i deres egen bolig, og undgå boligudsættelser. Andelen af borgere, der fik en varsling om boligudsættelse, var relativt høj i nærværende undersøgelse. Tal fra 2010 viser, at ca. 0,5 pct. af borgerne i lejeboliger fik en varsling om boligudsættelse (Høst m.fl., 2012). Det var dog kun ca. halvdelen af fogedsagerne, som reelt endte med en boligudsættelse.

Tabel 3.18 Varsling om boligudsættelse

| | | Ingen varsling | Varsling | I alt |
|---------|---------|----------------|----------|-------|
| FIT | Antal | 517 | 13 | 530 |
| | Procent | 97,6 | 2,5 | 100 |
| Kontrol | Antal | 480 | 10 | 490 |
| | Procent | 98,0 | 2,0 | 100 |
| Total | Antal | 997 | 23 | 1.020 |
| | Procent | 97,8 | 2,3 | 100 |

3.2.9 Arbejdsmarkedsstatus

I Tabel 3.19 er angivet arbejdsmarkedsstatus for borgerne, umiddelbart før den enkelte borger starter i forsøget og ved afslutningen af forsøget i september 2016. Af tabellen ses, at der er sket en positiv udvikling fra start til slutningen af forsøget for begge grupper. Ved forsøgets afslutning var flere i arbejde, færre var ledige, flere var i gang med en uddannelse, flere var i gang med et afklaringsforløb, mens gruppen af aktivitets- og uddannelsesparate var faldet. Derimod var antallet af borgere i gruppen førtidspension/folkepension/død steget. En del af denne forskydning skyldes dog den naturlige udvikling, hvor flere borgere er gået på folkepension. Alt i alt var borgerne kommet nærmere arbejdsmarkedet i løbet af de ca. 15 måneder, forsøget varede.

Tabel 3.19 Borgernes arbejdsmarkedsstatus ved baseline og follow-up

| | Baseline | | Follow-up | |
|---------------------------------|----------|---------|-----------|---------|
| | FIT | Kontrol | FIT | Kontrol |
| I arbejde | 2,3 | 3,7 | 5,7 | 5,9 |
| Ledig | 9,6 | 8,6 | 5,7 | 6,1 |
| I gang med uddannelse | 4,0 | 3,5 | 6,8 | 4,1 |
| I afklaringsforløb | 6,4 | 6,1 | 11,5 | 12,0 |
| Uddannelsesparat | 2,3 | 2,5 | 0,6 | 1,4 |
| Aktivitetsparat | 54,3 | 54,1 | 46,0 | 45,3 |
| Selvforsørgende | 3,4 | 1,6 | 3,2 | 3,1 |
| Førtidspension/folkepension/død | 17,7 | 20,0 | 20,6 | 22,0 |
| Total | 530 | 490 | 530 | 490 |

Fordelingen af borgernes arbejdsmarkedsstatus i FIT- og kontrolgruppen var relativ ens, Tabel 3.19. Den statistiske analyse af, om FIT havde en effekt på arbejdsmarkedsstatus, viste da også, at der ikke var forskel på arbejdsmarkedsstatus for FIT- og kontrolgruppen ved forsøgets afslutning, Bilag 11. I analysen blev der justeret for køn, alder, organisatorisk struktur og arbejdsmarkedsstatus ved starten af forsøget.

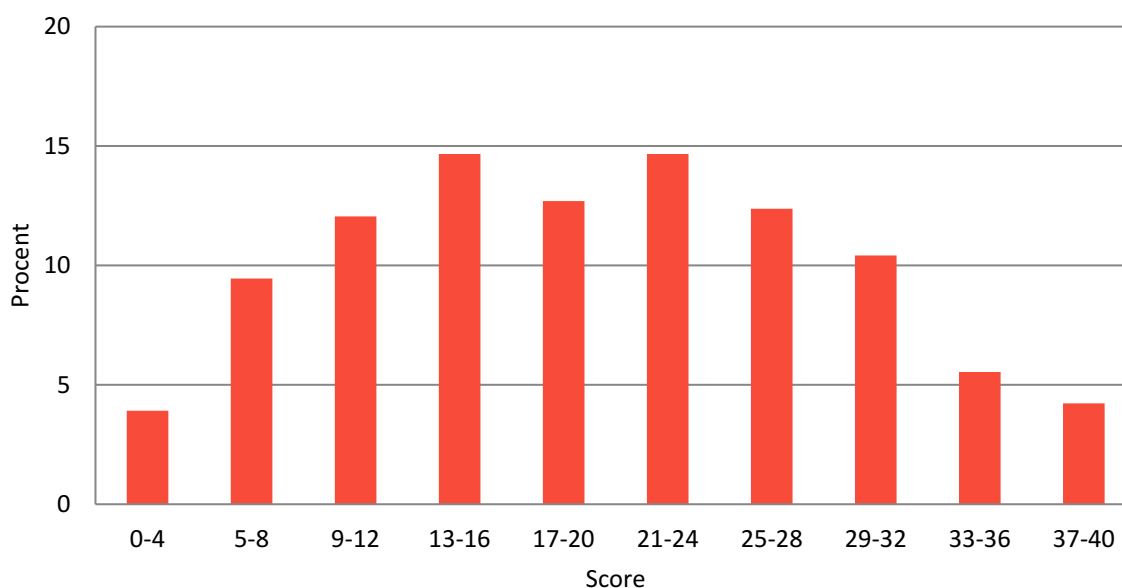
3.2.10 Skalavalidering af SRS og ORS

På baggrund af de data, som borgerne har tastet ind i FIT-værktøjet, har vi undersøgt, hvordan de to skalaer ORS og SRS har fungeret. Vi har baseret analyserne på data fra første gang, borgeren udfyldte skemaerne, da vi har ønsket at få så mange uafhængige svar som muligt. Af de 307 borgere (305 fra FIT-gruppen og 2 fra kontrolgruppen), som havde valide FIT-data – svarede alle borgere på de 4 items i ORS-skalaen ved første FIT-session, mens det for 14 borgere ikke var muligt at beregne en værdi på SRS-skalaen.

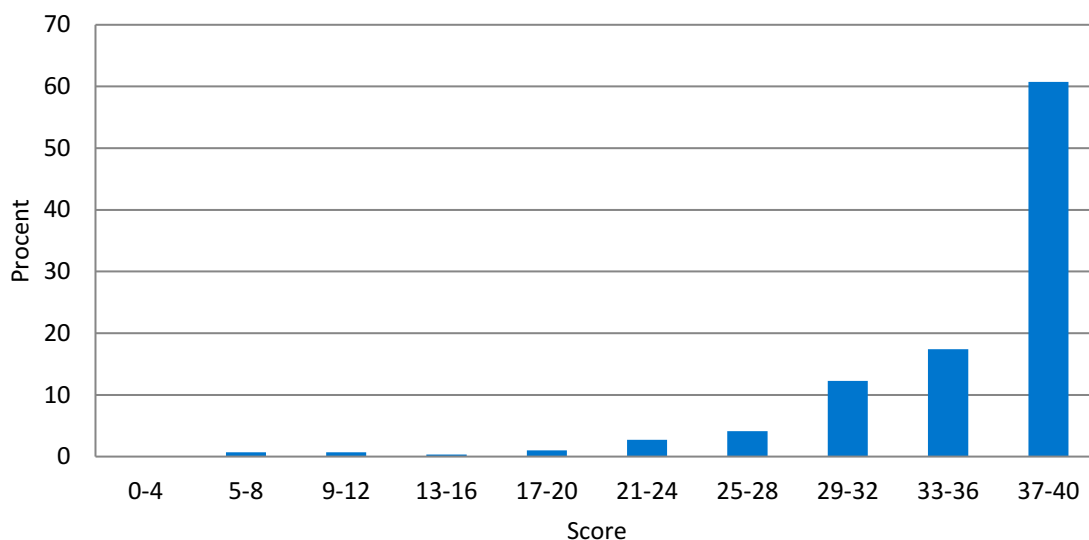
I Figur 3.9 og Figur 3.10 er angivet frekvensfordelingerne for scoren på ORS- og SRS-skalaerne. De tilsvarende frekvensfordelinger for score på enkelt item er angivet i Bilag 12 og Bilag 13.

På Figur 3.9 ses, at scoren på ORS-skalaen er normalfordelt. Tilsvarende ses i Bilag 12, at de enkelte items er tilnærmelsesvis normalfordelte, men nogen variation mellem items. For SRS-skalaen ses imidlertid, at fordelingen er meget skævt fordelt, Figur 3.10, hvilket også er tilfældet for de enkelte items i skalaen, Bilag 13. De enkelte items har en kraftig ceiling effekt, idet 61-65 pct. af borgerne scorer items i den øverste decil af skalaerne. Dette betyder, at der også er en kraftig ceiling effekt for SRS-skalaen, hvor 61 pct. af borgerne scorer mellem 37-40 point.

Figur 3.9 Frekvensfordeling for scoren på ORS-skalaen, første gang borgerne udfyldte skemaet



Figur 3.10 Frekvensfordeling for scoren på SRS-skalaen, første gang borgerne udfyldte skemaet



I Tabel 3.20 og Tabel 3.21 er angivet korrelationen mellem items. For items i SRS-skalaen har vi beregnet spearman korrelationskoefficienten, da items ikke var normalfordelte. Af tabellerne ses, at der var høj korrelation mellem de enkelte items. I den type skalaer vil man gerne have, at items korrelerer, men korrelationen må heller ikke være for høj, da man så blot måler det samme med 2 items. For SRS-skalaen er korrelationen høj mellem alle items, mens der for ORS-skalaen specielt er høj korrelation mellem de 2 items om Individually og Overall, som måler henholdsvis personlig velbefindende og generelt velbefindende.

Tabel 3.20 Korrelation (Pearson) mellem items i ORS-skalaen

| | Individually | Interpersonally | Socially | Overall |
|-----------------|--------------|-----------------|----------|---------|
| Individually | 1 | 0,55 | 0,56 | 0,84 |
| Interpersonally | | 1 | 0,48 | 0,56 |
| Socially | | | 1 | 0,66 |
| Overall | | | | 1 |

Tabel 3.21 Korrelation (Spearman) mellem items i SRS-skalaen

| | Relationship | GoalsAndTopics | ApproachOrMethod | Overall10 |
|------------------|--------------|----------------|------------------|-----------|
| Relationship | 1 | 0,78 | 0,83 | 0,77 |
| GoalsAndTopics | | 1 | 0,79 | 0,74 |
| ApproachOrMethod | | | 1 | 0,80 |
| Overall10 | | | | 1 |

I Bilag 14 har vi lavet en konfirmatorisk faktoranalyse for at se, om vi kan genfinde den faktorstruktur, som udviklerne af FIT har angivet for ORS og SRS. Vores analyser viste, at den beskrevne model med ORS og SRS er nogenlunde acceptabel. Der er dog som beskrevet ovenover stærk korrelation mellem de 2 items personlig velbefindende og generelt velbefindende, så man kunne overveje at udelade det ene. Vores analyser viste, at man ved at udelade items om generelt velbefindende fik en bedre model.

Som vist i Bilag 13, så var der stærk ceiling effekt på de enkelte items i SRS-skalaen. Det vil sige, at en meget stor del af borgerne scorer items højest på skalaen. Man kan derfor stille spørgsmålstegn ved, om det giver nogen mening at have en Visuel Analog Skala (VAS) for disse items. Når så mange borgere svarer så tæt på den yderste kategori af skalaen, så er der ingen variation i svarene, og man får ikke den information, som VAS-skalaen lægger op til.

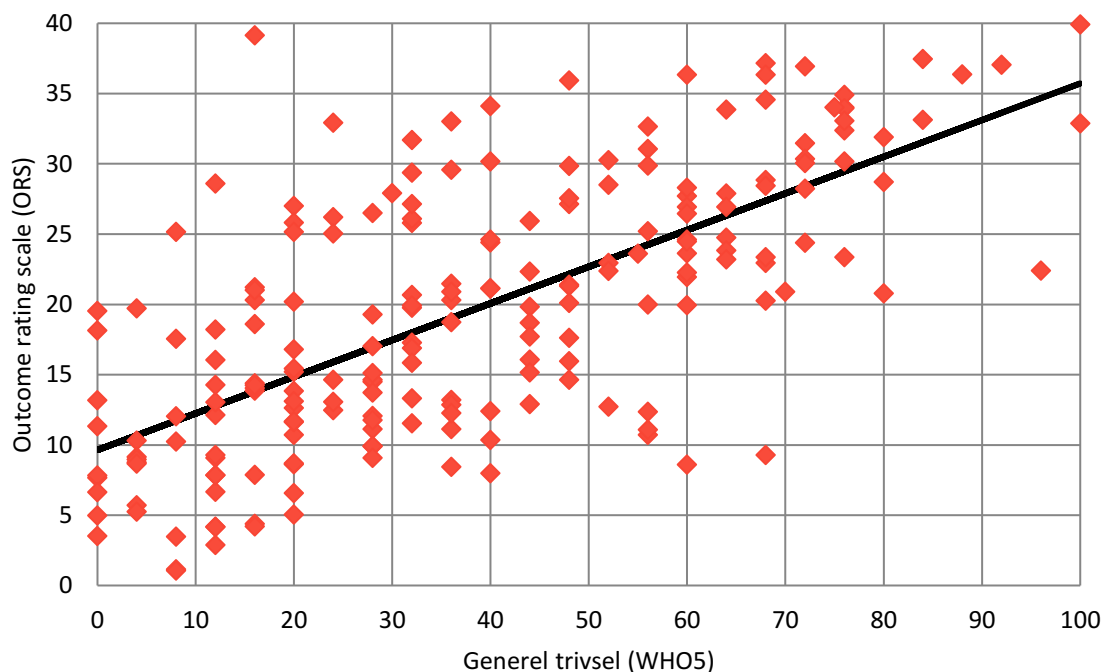
3.2.11 Sammenhæng mellem ORS og WHO5

Vi har i undersøgelsen valgt at måle borgernes generelle trivsel ved hjælp af WHO5 skalaen, hvorimod mange tidligere undersøgelser har undersøgt effekten af FIT ved at bruge ORS-skalaen som effektmål. I nogle af de tidligere undersøgelser har man således også ladet kontrolgruppen udfylde ORS-skalaen i starten af indsatsen og ved slutningen af indsatsen. Vi har imidlertid betragtet ORS-skalaen som en integreret del af FIT indsatsen og ønsket at få en uafhængig måling af borgernes generelle trivsel. Vi har derfor brugt WHO5 skalaen til at måle effekten af FIT på borgernes trivsel. WHO5 er valideret i en række undersøgelser og er brugt i mange undersøgelser med forskellige befolkningsgrupper.

The Outcome Rating Scale, ORS, omhandler spørgsmål om generel følelse af velbefindende, personligt velbefindende, nære relationer og sociale forhold. Skalaen måler således en dimension, der relaterer sig til generel trivsel. ORS er udarbejdet i forbindelse med FIT og bruges dermed hovedsagelig i studier, der omhandler FIT.

I det følgende har vi undersøgt sammenhængen mellem ORS og WHO5. Vi har set på første måling med ORS og baselinemålingen med WHO5, som er målinger, der er foretaget samtidigt, Figur 3.11.

Figur 3.11 The Outcome Rating scale (ORS) som funktion af Generel trivsel (WHO5) målt ved baseline. $Y = 0,26 * X + 10$, $R^2 = 0,47$, $N = 204$



Der er, som forventet, sammenhæng mellem ORS og WHO5, men determinationskoefficienten $R^2 = 0,47$, hvilket betegnes som en middel koefficient. Sammenhæng mellem ORS og WHO5 er således middel stærk.

3.2.12 FIT-sessioner og outcome

I det følgende har vi lavet detaljerede analyser af de forskellige FIT-forløb. FIT er i høj grad bygget op omkring udfyldelse af de to spørgeskemaer om SRS og ORS. I FIT-manualerne er det dog også beskrevet, hvordan de to spørgeskemaer skal bruges som et dialogværktøj til at forbedre terapeutisk behandling. Det at arbejde ud fra en feedback tilgang er en ny måde at arbejde på for medarbejderne i Københavns bostøtteenheder. Selvom det primære med FIT er at få en dialog mellem behandler og klient, så er det også en indsats, hvor der er meget fokus på selve målingerne. Borgerne i denne undersøgelse var meget sårbare borgere, hvor en stor andel scorede lavt på WHO5-skalaen, se Bilag 6. Det kan derfor have været svært for medarbejderne at få disse borgere til at udfylde spørgeskemaer. Selvom disse borgere ikke har udfyldt ORS- og SRS-skemaerne, så kan der godt have været en feedback-dialog mellem borger og medarbejder. På samme måde kan man godt have haft borgere, som har udfyldt ORS og SRS, men hvor der ikke har været en feedback-dialog. Det er dog sværere at argumentere for, at der har været arbejdet med feedback, når skemaerne ikke var udfyldt i forhold til borgere, som har udfyldt mange FIT-forløb. I det følgende har vi set på borgerne i FIT-gruppen og deres FIT-forløb.

I Tabel 3.22 er angivet andelen af borgere med valide FIT-data fordelt på de tre indsatser. Valide FIT-data er data, hvor alle items på ORS og SRS er scoret. Andelen af borgere med valide FIT-data var nogenlunde den samme for boligrådgiverne (61 pct.) og hjemmevejlederne (67 pct.), mens kun 47 pct. af borgerne i SKP-ordningen havde valide FIT-data. Borgerne i SKP-ordningen var også de borgere, som man ville have forventet var de mest sårbare.

Tabel 3.22 Andel af borgere med valide FIT-data fordelt på de 3 ordninger

| Ordning | Ingen valide FIT-data | Valide FIT-data | Antal (100 pct.) |
|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| Boligrådgivere | 39 | 61 | 142 |
| Hjemmevejledere | 33 | 67 | 180 |
| SKP-ordning | 53 | 47 | 208 |
| Antal | 225 | 305 | 530 |

I Tabel 3.23 er angivet fordeling af afslutningsstatus for borgere med valide FIT-data og borgere uden valide FIT-data. Der var ikke umiddelbart en entydig sammenhæng mellem afslutningsstatus og om, man har valide FIT-data eller ej. Dette blev også bekræftet af den statistiske analyse i Bilag 15, hvor vi har undersøgt, om afslutningsstatus afhang af, om borgere havde valide eller ikke valide FIT-data. Type af FIT-data (valid, ikke valid) var ikke signifikant i analysen.

Tabel 3.23 Afslutningsstatus for borgere med og uden valide FIT-data

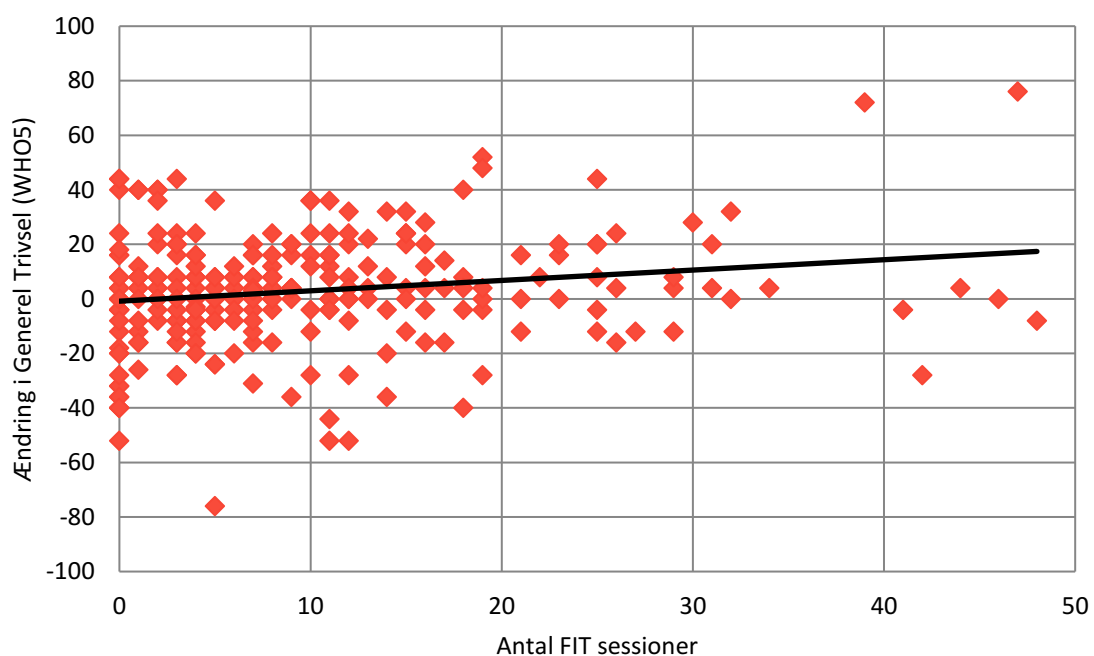
| | Ingen valide FIT-data | Valide FIT-data | Totalt antal |
|----------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| Afsluttet planmæssigt | 38 | 32 | 183 |
| Stadig i gang | 38 | 53 | 247 |
| Ikke afsluttet planmæssigt | 24 | 15 | 100 |
| I alt (100 pct.) | 225 | 305 | 530 |

Vi har desuden set på, om antallet af FIT-sessioner havde betydning for ændring i generel trivsel. Det var her hypotesen, at hvis man kun havde få FIT-sessioner, så ville den generelle trivsel ændre

sig mindre, end hvis man havde mange FIT-sessioner. I Figur 3.12 ses ændringen i Generel trivsel som funktion af antal FIT-sessioner. Der ses en meget svag sammenhæng ($R^2 = 0,03$). Ifølge Sundhedsstyrelsen regner man en ændring på 10 point på WHO5 skalaen for en klinisk ændring. I forhold til Figur 3.12 opnås en ændring på 10 point først ved 29 FIT-sessioner.

Analysen skal dog tages med et vist forbehold, idet en person, som får 29 FIT-sessioner, ikke nødvendigvis er sammenlignelig med en person, som kun har fået 5 FIT-sessioner, da antallet af sessioner også afhænger af borgerens aktuelle situation. Når vi ser på ændringen i WHO5, har vi dog herved taget højde for, at personerne kunne være forskellige, idet vi har brugt personen som sin egen kontrol. Vi kunne dog ikke vise, at antallet af FIT-sessioner havde stor betydning for ændringen i generel trivsel.

Figur 3.12 Ændring i Generel trivsel som funktion af antal FIT-sessioner, $Y = 0,38 * X - 0,84$, $R^2 = 0,03$



4 Diskussion

4.1 Review

Den systematiske litteraturgennemgang viste, at FIT havde en lille signifikant effekt på frafald, således at klienterne i FIT-gruppen deltog i flere sessioner end klienter i kontrolgruppen (Hedges' $g = 0,15$ 95 % CL 0,02-0,28). Derimod fandt vi ikke nogen signifikant effekt på klienternes trivsel, målt med et uafhængigt trivselsmål (Hedges' $g = 0,05$, 95 % CL -0,13-0,24). I analyserne med outcome målt med ORS, som er en del af FIT, fandt vi en lille til moderat positiv effekt af FIT (Hedges' $g = 0,33$ 95 % CL 0,19-0,46).

Styrken i det systematiske review var, at litteratursøgningen identificerede 11 unikke RCT-studier, som havde undersøgt effekten af FIT. Desuden var der udfaldsmål, som gik igen på tværs af studierne. Det var således muligt at foretage meta-analyser på tværs af de 11 studier. Alle studier, på nær et, havde data vedrørende den primære indsats' længde i form af, hvor mange sessioner klienterne i kontrol og indsatsgruppe havde deltaget i. De enkelte studier havde ikke medtaget dette mål som det primære udfaldsmål, selvom FIT i høj grad er udviklet for at forhindre frafald i behandlingen. Fordelen ved dette mål var, at det var uafhængigt af, at klienterne skulle svare på et spørgeskema, og der var således data for alle personer, der havde deltaget i de enkelte studier. Herved opnås størst muligt statistisk styrke i forsøget, og da alle personer deltager, er sandsynligheden for bias betydelig mindre, end når ikke alle de allokerede personer deltager i analysen.

Vi var også i stand til at finde studier, der havde anvendt uafhængige trivselsmål, det vil sige trivselsmål, som ikke var en del af interventionen. I den analyse fandt vi dog ingen signifikant effekt af FIT. Styrken var, at trivselsmålet var uafhængigt, men til gengæld var analysen kun baseret på 4 uafhængige studier. Til gengæld blev der foretaget målinger på flere tidspunkter i to af studierne, så reelt er meta-analysen baseret på 9 målinger, men således kun fra 4 uafhængige studier. Studierne har dog også den svaghed, at det ikke var muligt at lave intention to treat, da man var afhængige af, at klienterne svarede på spørgeskemaer, og at der var frafald i flere af studierne.

Vi har medtaget en meta-analyse baseret på outcome-målet ORS. I 10 af de 11 studier (16 målinger) blev ORS enten anvendt som det eneste udfaldsmål eller som supplement til øvrige udfaldsmål. Styrken i selve analysen var, at der blev anvendt det samme outcome. Svagheden ved denne analyse var, som tidligere beskrevet, at ORS er en del af interventionen, og at resultaterne kan være biased, da der kan være en læringseffekt ved gentagen brug af ORS som måleinstrument i FIT-gruppen.

Selvom de involverede studier var med forskellige målgrupper, og de undersøgte udfaldsmål ikke helt var de samme, eller der blev målt på lidt forskellige måder, så var der relativ stor homogenitet på tværs af studierne for alle 3 meta-analyser. Dette ses ved måling for heterogenitet, hvor I^2 og Tau^2 var relativt lav ved alle 3 analyser, se Figur 2.2, Figur 2.3 og Figur 2.4. I vores sensitivitetsanalyser, se Tabel 2.5, fandt vi desuden, at det stort set ikke gjorde nogen forskel, om vi baserede meta-analyserne på syntetiske effektstørrelser, eller om vi betragtede alle målinger, som om de var uafhængige. Så selvom de involverede studier var små, var vi i stand til at lave meningsfulde meta-analyser på tværs af studierne.

4.2 Effektstudie

Vi har evalueret effekten af FIT i bostøtteindsatsen i Københavns Kommune i en 15 måneders forsøgsperiode. Vi har ikke fundet effekt af FIT på de valgte effektmål i dette studie. Vi må derfor afvise vores hypoteser om, at:

- FIT kan være med til at forbedre borgernes trivsel
- FIT kan forebygge og reducere frafald i støtteforløbet
- 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 et selvstændigt liv i egen bolig.

I det følgende beskriver vi styrker og svagheder ved studiet.

Styrken ved studiet er, at det blev udført som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvilket er et af de stærkeste forsøgsdesign. Når vi således ikke kan måle forskel i FIT-gruppen og kontrolgruppen på nogen af udfaldsmålene, så kan vi med størst mulig sikkerhed sige, at FIT ikke havde nogen effekt på udfaldsmålene i dette studie. Det randomiserede kontrollerede studiedesign er det design, der med størst mulig sikkerhed kan afgøre, om den udførte intervention, i dette tilfælde FIT, har en effekt på den studerede population. Vi har således anvendt et af de bedst mulige forsøgsdesign til at undersøge effekten af FIT.

En anden styrke ved undersøgelsen er, at vi har haft en relativt stor population på 1.020 borgere. Jo større population er, jo mindre skal forskellen mellem indsats- og kontrolgruppe være, for at man statistisk er i stand til at måle forskellen. Dette studie er betydeligt større end de tidligere studier af FIT, se Tabel 2.4.

I denne undersøgelse har vi trukket lod på medarbejderniveau, ligesom vi valgte at lave blokrandomisering, der skulle sikre, at der stort set var lige mange medarbejdere i hver enhed, der blev udvalgt til henholdsvis indsats- og kontrolgruppe. Det har betydet, at man i hver enhed har haft mulighed for at oparbejde en FIT-kultur, da gruppen af FIT-medarbejdere har kunnet støtte hinanden. Desuden har cluster randomiseringen, hvor hver medarbejder enten var udtrukket til FIT-gruppen eller kontrolgruppen, minimeret risikoen for kontaminering. I flere af de tidligere studier har terapeuterne både haft klienter fra indsats- og kontrolgruppe, hvor der således var risiko for kontaminering, idet terapeuterne måske ubevidst brugte feedback, når de behandlede klienter i kontrolgruppen, se Bilag 2.

En styrke ved studiet har desuden været, at implementeringen af FIT er foregået med ekstern finansiering. Det har betydet, at der har været de nødvendige ressourcer til at implementere FIT. Forskningsprojektet var desuden godkendt på direktorniveau i forvaltningen og ligeledes godkendt i Københavns Kommunes Socialudvalg. Derudover er implementeringen også foregået i en stor organisation, som har erfaring med at udføre organisationsændringer. Der har været stor ledelsesmæssig opbakning til projektet, og der har fra projektgruppen i Socialforvaltningen været stor fokus på at fastholde ledelsen på, at implementeringen krævede løbende opbakning til projektet. Således er ledelsen blev inddraget i at fastholde fokus på implementering af FIT, og der har været klare signaler fra ledelsen om, at FIT skulle indarbejdes som en del af arbejdskulturen. På styregruppemøderne, hvor ledere af de tre bostøtteindsatser deltog, blev eventuel større forhold omkring implementeringen taget op. For eksempel havde enhederne ekstern FIT-supervision, mens der blev uddannet interne medarbejdere i FIT-supervision. Imidlertid var der samarbejdsproblemer mellem enkelte af enhederne og den eksterne supervisor, hvorfor det blev besluttet at fremskynde uddannelsen af interne supervisorer.

Socialforvaltningens projektgruppe fra den centrale administration stod for den overordnede implementering af FIT og virkede derfor som eksterne FIT-konsulenter i forhold til at implementere FIT i de enkelte enheder. Man har fra starten haft fokus på, hvad der var kernekomponenterne i FIT, og man har fulgt implementeringen tæt og foretaget nødvendige justeringer af implementeringen, når der var behov for det. Det har været en klar fordel, at den overordnede koordinering af FIT-implementeringen blev foretaget af personer, der på den ene side ikke var en del af den enkelte enhed, men på den anden side kendte enhederne og deres arbejdsrutiner godt. Projektgruppen arbejdede også tæt sammen med forskerne fra VIVE angående den praktiske udførelse af forskningsprojektet. Det har været helt afgørende for forskningsprojektets gennemførelse, at der har været en tæt kontakt mellem forskerne på VIVE og projektgruppen i Socialforvaltningen. Det har gjort det lettere at håndtere de mere praktiske problemer med at håndtere at gennemføre et RCT-studie, samtidig med at medarbejderne skulle gennemføre deres daglige arbejde.

Der har som sagt været tæt samarbejde mellem forskere og praktikere for at kunne gennemføre forskningsprojektet. Men der har også været en skarp adskillelse mellem implementeringen og evalueringen af effekt. Således har forskere fra VIVE ikke haft noget at gøre med selve implementeringen af FIT, men udelukkende stået for at evaluere effekten. Vi mener, at det er god forskningsetik at holde implementering af indsats og evaluering af effekt adskilt. Som en del af implementeringen har projektgruppen stået for at monitorere implementeringen ved hjælp af de værktøjer, der er anvist i FIT-manualerne.

Det har været de samme forskere, som har stået for lodtrækning og for analyserne, og der har således ikke været en formel blinding af forsøget, således at de forskere, der analyserer effekterne, ikke kendte allokeringen. I praksis har dataanalysen dog været blindet, idet alt oprensning af data er blevet foretaget, uden at forskerne kendte til selve allokeringen. Selve allokeringen af, om borgerne var i FIT- eller kontrolgruppen, blev koblet på data som den sidste variabel i dataoprensningen.

Vi har for de fleste af vores effektmål anvendt analyser baseret på 'intention to treat', som regnes for den gyldne standard inden for RCT-studier (Hollis & Campbell, 1999). I intention to treat analyser baseres analyserne på alle personer, som har deltaget i lodtrækningen, uanset om de har fået den undersøgte indsats (i indsats- eller kontrolgruppe) eller ej. Dette sikrer, at indsats- og kontrolgruppe er ens bortset fra tilfældig variation mellem grupperne. Dernæst sikrer det, at forskerne ikke overestimerer effekten af indsatsen, da det heller ikke vil være alle borgere eller klienter, der modtager indsatsen under normal praktisk udførelse af den pågældende indsats.

Studiet har også haft en række svagheder. En svaghed ved studiet var, at der var en relativt stor andel af borgerne, som ikke svarede på spørgeskemaet. Vi valgte at anvende et kort spørgeskema på 16 centrale spørgsmål om borgernes trivsel, livskvalitet og helbred. Ud af de 1.020 borgere svarede 535 (52 pct.) på spørgeskemaet ved forsøgets afslutning. Imidlertid var der 455 (46 pct.), som både havde svaret på baselineskemaet og på followup skemaet. Vi valgte derfor at lave analyserne på den gruppe af borgere, som havde svaret på begge spørgeskemaer, således at vi kunne justere analyserne for scoren ved baselinemålingen. Den relative lave svarprocent gør, at resultaterne baseret på borgernes trivsel, livskvalitet og helbred skal tages med et vist forbehold, da vi ikke ved, om resultaterne har en bias. Hvis vi ser på scoren ved forsøgets start, så var scoren for de to grupper relativt ens, men der kan stadig være en bias, da vi ikke ved, hvem som ikke har svaret. Øvrige udfaldsmål er dog undersøgt for hele populationen ved anvendelse af intention to treat analyser.

Hvor cluster randomiseringen med blokdesign var en fordel i forhold til at indføre en FIT-kultur blandt medarbejderne, der blev allokert til FIT-gruppen, så har cluster randomiseringen i sig selv også en række svagheder. Ved cluster randomisering er det ideelt, hvis der er mange clusters, og at antallet af individer er nogenlunde det samme i hvert cluster (Bland, 2005; Rowe m.fl., 2002). Herved får

man den største styrke i forsøget. Vi har haft et relativt stort antal clusters, men der har været meget stor variation i antallet af individer i hvert cluster, se Tabel 3.4 og Tabel 3.7. Det har betydet, at den effektive populationsstørrelse har været noget mindre end de 1.020, som reelt var med i forsøget. Imidlertid viste analyserne, hvor vi tog hensyn til cluster designet og den hierarkiske struktur, også, at variationen, der skyldtes medarbejderne, var minimal i forhold til variationen mellem borgerne, se fx Tabel 3.15 og analyse af ICC under Trivsel, livskvalitet og helbred i resultatafsnittet.

En svaghed ved cluster randomiseringen var, at det var sværere at holde styr på borgere, der kom ind i forsøget, end hvis de var blevet randomiseret individuelt. Vi var som forskere afhængige af, at medarbejderne registrerede den enkelte borger. Ved den individuelle randomisering får forskerne en liste med individer inden lodtrækning og har på den måde styr på, hvem der kommer ind i forsøget. I dette forsøg kan det tænkes, at enkelte borgere ikke er blevet registreret, selvom de reelt fik en indsats hos en medarbejder. Ved inddragelsen af nye borgere i forsøget kan vi heller ikke udelukke, at der kan være sket en eller anden form for selektering, selvom vi ikke på nogen måde har indikationer på det. I Tabel 3.8 ses, at 62 pct. af borgerne i forsøget var borgere, der var med ved start, da der blev trukket lod mellem medarbejderne. Vi antager derfor, at risikoen for, at der har været selektion i undersøgelsen, har været minimal.

En svaghed ved undersøgelsen var, at vi ikke har lavet en uafhængig evaluering af implementeringen. Implementeringen blev foretaget i de enkelte enheder med støtte fra Socialforvaltningens projektgruppe, men det er også projektgruppen, som har stået for evalueringen af implementeringen. Socialforvaltningens projektgruppe har haft størst mulig viden om implementeringen på tværs af de involverede enheder, hvilket også har medført, at man har lavet en implementeringsguide til fremtidig implementering af FIT (Københavns Kommunes Socialforvaltning, 2017). I den ideelle situation burde evalueringen være foretaget af en aktør, der både var uafhængig af den aktør, der har faciliteret implementeringen, og den aktør, der har evalueret effekterne.

I denne undersøgelse har der, som beskrevet tidligere og under Implementering af FIT i resultatafsnittet, været meget fokus på uddannelse af personale og implementering af FIT. Man er som beskrevet tidligere nået langt med implementeringer, men det fremgår også, at indførelsen af en ny praksis tager tid, hvilket er velkendt inden for interventionsforskning i organisationer (Bambra m.fl., 2007; Egan m.fl., 2007). Forskningsprojektet har haft nogle tidsmæssige restriktioner, således at forskningsprojektet er startet op, samtidig med at man var i gang med at implementere FIT. I den ideelle situation ville man have brugt mere tid på implementeringen, inden man startede på effektmålingen. Dette var dog ikke muligt med den tidshorizont, som projektet havde. Vi kan ikke afvise, at vi havde fået et andet resultat, hvis selve effektevalueringen var startet senere, således at der havde været en længere periode med implementering, inden målingerne af effekterne startede. På den anden side, så blev implementeringen startet med en intensiv planlægningsperiode og støtte til de enkelte enheder i opstartsfasen. Desuden blev selve evalueringen først sat i gang efter en 2 måneder lang pilotfase, og evalueringen havde en relativ lang forsøgsperiode på 15 måneder, hvilket var en betydelig længere periode end i de effektstudier, vi har fundet i litteraturen, se Bilag 2.

I denne undersøgelse blev FIT-data indtastet i FIT-outcome, og VIVE har efterfølgende fået data fra Socialforvaltningen. Af Tabel 3.11 fremgår det, at ca. to tredjedele af medarbejderne havde FIT-scores for mere end to tredjedele af deres borgere, og at kun en medarbejder ikke havde FIT-data for nogen af sine borgere. FIT har således været implementeret blandt stort set alle medarbejderne. Imidlertid viser FIT-data også, at der var valide FIT-data for 58 pct. af FIT-borgerne, og at i alt 51 pct. af borgerne fik to eller flere FIT-sessioner, Tabel 3.10. FIT har således været anvendt af alle medarbejdere på nær en, men det er langt fra alle borgere, der har FIT-scores. Det tyder således på, at FIT har været implementeret blandt alle medarbejdere (på nær 1), men også, at FIT ikke har

været anvendt blandt alle borgere. Fideliteten i studiet har således kun været middel, og vi kan ikke afvise, at det har haft betydning for de fundne effekter.

4.3 Samlet diskussion

Vi fandt ingen effekt af FIT på vores primære effektmål om generel trivsel i effektstudiet. Dette fund blev delvis bekræftet i det systematiske review, da meta-analysen på de uafhængige trivselsmål heller ikke kunne vise en signifikant effekt af FIT. Vores analyser var baseret på svar for 455 borgere, hvilket er sammenligneligt med meta-analysen, som var baseret på 452 klienter. Ingen af studierne i reviewet har været baseret på intention to treat analyser, da ikke alle de allokerede deltagere har svaret på de respektive spørgeskemaer.

I det systematiske review fandt vi en lille positiv effekt af FIT på antal gennemførte sessioner, men i effektstudiet var vi ikke i stand til at måle en effekt på afslutningsstatus eller forløbslængde. Effektstudiet var imidlertid også anderledes end studierne i reviewet, idet bostøtteindsatsen ikke var begrænset til en fast længde som studierne i reviewet. Desuden var bostøtteindsatsen betydeligt længere end studierne i reviewet, så relativt mange borgere fik bostøtteindsats i hele forsøgsperiodens længde. Samtidig gjorde designet, at forsøget sluttede, da kontrolgruppen startede på FIT-seminar. Det gjorde det vanskeligt at måle en effekt på længde af forløbet. Derfor konstruerede vi den kategoriske variabel, som målte, om borgene havde afsluttet forløbet som planlagt, eller om det ikke var en planmæssig afslutning, eller om borgeren stadig var i forløb. Herved fik vi en viden om, hvorvidt formålet med den primære indsats var opnået, og ikke blot viden om man havde gennemført indsatsen. Vi fandt, som beskrevet, ingen effekt af FIT på variabelen om afslutningsårsag.

At vi ikke har fundet nogen effekt i effektstudiet, kan være, fordi FIT ikke blev anvendt systematisk i alle borgerforløb, som beskrevet tidligere. Men det kan også skyldes, at FIT måske ikke er egnet til den kontekst, som bostøttemedarbejderne arbejder i. Borgerne i undersøgelsen var en sårbar gruppe af borgere. FIT er tidligere blev anvendt blandt mange forskellige målgrupper som studerende, par i terapi, psykiatriske patienter, klienter i misbrugsbehandling etc., Tabel 2.2. Disse undersøgelser omhandlede også sårbare grupper. Men fælles for de tidligere undersøgelser var, at de alle omhandlede en primær indsats, hvor klienterne kom til behandlerne og fik indsatsen. I denne undersøgelse var det medarbejderne, der kom til borgerne i deres eget hjem og udøvede den primære indsats. Nogle af disse borgere fik hjælp, fordi de var i en kaotisk situation i deres liv. Dette gjaldt især for borgerne under SKP-ordningen, og det er også den gruppe af borgere, hvor der var færrest andel af borgerne, som havde valide FIT-scores, Tabel 3.11.

En anden forklaring på, at vi ikke har fundet nogen effekt af FIT i nærværende effektstudie, kan være, at medarbejderne i bostøtteordningerne allerede bevidst eller ubevidst havde opbygget en kultur, hvor man lyttede til borgerens ønsker. Borgeren i centrum er ikke noget nyt begreb i danske kommuner og var bl.a. et af målene med Kommunalreformen i 2007 (Pedersen, 2009). I bostøtteindsatsen havde man, allerede inden forskningsprojektet startede, den kutyme, at hvis samarbejdet mellem en medarbejder og en borger ikke fungerede, så blev borgeren overført til en anden medarbejder. Det viser, at medarbejderne, allerede inden projektet startede, agerede i forhold til at optimere indsatsen for borgerne. Da dette var en del af den sædvanlige arbejdsgang, blev det ikke ændret ved indførelsen af forskningsprojektet. I forsøgsperioden måtte borgerne dog kun skifte til en medarbejder med samme allokering. Det vil sige, en borger i FIT-gruppen måtte kun skifte til en medarbejder i FIT-gruppe, og en borger i kontrolgruppen måtte kun skifte til en medarbejder i kontrolgruppen.

Resultatet fra nærværende undersøgelse blev bekræftet i en tilsvarende undersøgelse, som blev publiceret i *The Lancet* i sommeren 2018 (Delgadillo m.fl., 2018). Studiet var interessant, fordi det omhandlede 79 terapeuter og ca. 2.200 patienter, blev publiceret i et anerkendt tidsskrift, og havde et cluster design, som var meget lig designet i nærværende undersøgelse. Studiet anvendte 'Feedback Informed Treatment', men feedbacken var baseret på andre outcome mål end ORS. Der var ingen effekt af feedback på de anvendte livskvalitetsmål eller længde af forløb. Derimod fandt studiet en positiv effekt af feedback for en subgruppe af patienter, som blev karakteriseret som 'not on track'. Det vil sige, at patienterne i både feedback- og kontrolgruppen blev karakteriseret som 'on track' eller 'not on track' i forhold til den primære indsats efter nogle givne kriterier. Imidlertid er det kritisk at lave subgruppeanalyser på denne måde, da selve feedbackinterventionen kan have haft indflydelse på, hvem der var 'on track' eller 'not on track' i feedbackgruppe. Denne del af studiet var ikke længere baseret på tilfældig allokering og derfor ikke et RCT. Tilsvarende subgruppeanalyser er også lavet i andre feedbackstudier (Lambert m.fl., 2003; Schuman m.fl., 2015). Hvis man ønsker at undersøge, om feedback specielt har effekt blandt klienter, der ikke er 'on track', så skal man starte ud med en gruppe, der ikke er 'on track', og derefter allokere klienterne til feedback eller kontrol ved lodtrækning.

Det primære formål med FIT er at opbygge en feedbackkultur mellem klient og behandler (Bargmann & Robinson, 2011), men FIT er også i høj grad bygget op omkring udfyldelse af SRS og ORS og er dermed også meget fokuseret på selve målingen. En svaghed ved FIT er imidlertid, at SRS-skalaen har så store problemer med ceiling effekt, at det snarere er en dikotom skala. Dette ses ikke kun i denne undersøgelse, men kan også indirekte læses ud af det meget høje cut-off punkt (36 point), som er beskrevet i manualerne (Bargmann & Robinson, 2011). SRS er central, da det er udgangspunktet for samtalen om relationen. Det kan som beskrevet tidligere være svært at bruge en skala, hvor respondenter svarer i højeste kategori på alle spørgsmål, således at der er meget lidt information at hente fra skalaen. Det kan være svært at følge en udvikling på en skala, når der er så lidt variation på målingerne. Ved VAS-skalaer ønsker man, at endepunkter er ekstreme kategorier, således at respondenter undgår at svare i de yderste kategorier. På SRS-skalaen er der for mange, der svarer i yderste kategori. Der bør udvikles en skala om relationen, som kan erstatte SRS-skalaen.

Styrken ved FIT er, at modtageren af ydelsen bliver hørt i samarbejdet mellem behandler og klient. Derudover er styrken ved FIT, at selve feedbacken bliver systematiseret. Denne undersøgelse fandt imidlertid ingen effekt af FIT i effektstudiet og kun en lille effekt på antal sessioner i det systematiske review.

Litteratur

- Anker, M.G., B.L. Duncan & J.A. Sparks (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), s. 693-704.
- Bambra, C., M. Egan, S. Thomas, M. Petticrew & M. Whitehead (2007): "The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), s. 1028-1037.
- Bargmann, S. (2017a): *Feedback informed treatment: En grundbog*. København: Akademisk Forlag.
- Bargmann, S. (2017b): "Achieving excellence through feedback-informed supervision." I: D.S. Prescott, C.L. Maeschalck, S.D. Miller, (red.): *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence*. Washington, DC, US: American Psychological Association, s. 79-100.
- Bargmann, S. & B. Robinson (2011): *Manual 2 – Feedback-Informed Clinical Work: The Basics*. ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). Tilgængelig på: http://fit-elearning.myoutcomes.com/Content/docs/Manual_2.pdf. Senest besøgt september 2018.
- Bech, P., L.R. Olsen, M. Kjoller & N.K. Rasmussen (2003): "Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 mental health subscale and the WHO-five well-being scale". *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), s. 85-91.
- Bell, B.A., M. Ene, W. Smiley & J.A. Schoeneberger (2013): "A Multilevel Model Primer Using SAS PROC MIXED". *SAS Global Forum*, 433, s. 1-19.
- Bengtsson, S. & M. Røgeskov (2012): *Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser. SFI-rapport nr. 12:19*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bertolino, B., S. Bargmann & S. Miller (2011): *Manual 1 – What works in therapy: A primer*. ICCE manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). Tilgængelig på: http://fit-elearning.myoutcomes.com/Content/docs/Manual_1.pdf. Senest besøgt september 2018.
- Bertolino, B., R. Axsen, C. Maeschalck & S. Miller (2011): *Manual 6 – Implementing feedback-informed work in agencies and systems of care: Specific population and service settings*. ICCE manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT).
- Bjorner, J.B., M. Lyng Wolden, J. Gundgaard & K.A. Miller (2013): "Benchmarks for interpretation of score differences on the SF-36 health survey for patients with diabetes". *Value in Health*, 16(6), s. 993-1000.
- Bjorner, J.B., G.V. Wallenstein, M.C. Martin, P. Lin, B. Blaisdell-Gross, C.T. Piech & S.H. Mody (2007): "Interpreting score differences in the SF-36 Vitality scale: using clinical conditions and functional outcomes to define the minimally important difference". *Current Medical Research and Opinion*, 23(4), s. 731-739.

- Bland, J.M. (2004): "Cluster randomised trials in the medical literature: Two bibliometric surveys". *BMC Medical Research Methodology*, 4(1), s. 2-7.
- Bland, J.M. (2005): *Cluster randomised trials in the medical literature*. Talk first presented to the RSS Medical Section and RSS Liverpool Local Group, 12 November 2003. Tilgængelig på: <https://www-users.york.ac.uk/~mb55/talks/clusml.htm>.
- Bringhurst, M.D.L., C.W. Watson, S.D. Miller & B.L. Duncan (2006): "The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure". *Journal of Brief Therapy*, 5(1), s. 23-30.
- Campbell, A. & S. Hemsley (2009): "Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in Psychological Practice: Clinical Utility of Ultra-Brief Measures". *Clinical Psychologist*, 13(1), s. 1-9.
- Danmarks Statistik (2016): "Flere får boligstøtte". I: *Nyt fra Danmarks Statistik 3. marts 2016 – Nr. 101*.
- Davidson, A.H., M. Lau & S. Poulsen (2014): "Feedback versus non-feedback to improve patient outcome in group psychotherapy for eating disorders: a randomised clinical trial." *European Psychiatry*, 28(1).
- Davidson, A.H., S. Poulsen, J. Lindschou, P. Winkel, M.F. Tróndarson, M. Waadegaard & M. Lau (2017): "Feedback in Group Psychotherapy for Eating Disorders: A Randomized Clinical Trial." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), s. 484-494.
- Delgadillo, J., K. de Jong, M. Lucock, W. Lutz, J. Rubel, S. Gilbody, S. Ali, E. Aguirre, M. Appleton, J. Nevin, H. O'Hayon, U. Patel, A. Sainty, P. Spencer & D. McMillan (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), s. 564-572.
- Duncan, B.L. (2014): "For the love of the work." I: *On becoming a better therapist: Evidence-based practice one client at a time*, 2nd ed. Washington, DC, US: American Psychological Association, s. 217-236.
- Duncan, B.L., S.D. Miller, J.A. Sparks, D.A. Claud, L.R. Reynolds, J. Brown & L.D. Johnson (2003): "The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a 'Working' Alliance Measure". *Journal of Brief Therapy*, 3(1), s. 3-12.
- Egan, M., C. Bamba, S. Thomas, M. Petticrew, M. Whitehead & H. Thomson (2007): "The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), s. 945-954.
- Eldridge, S.M., D. Ashby & S. Kerry (2006): "Sample size for cluster randomized trials: Effect of coefficient of variation of cluster size and analysis method". *International Journal of Epidemiology*, 35(5), s. 1292-1300.
- Gludemans, J.A., C.M. Owens & J.D. Kromrey (2012): "MV_META: A SAS ® Macro for Multivariate Meta-Analysis". *SAS Global Forum*, Paper 210, s. 1-15.

- Hansen, B., A. Howe & P. Sutton (2015): "Impact of client feedback on clinical outcomes for young people using public mental health services: A pilot study". *Psychiatry Research*, 229(1-2), s. 617-619.
- Hansen, B.H. (2016): *Udvikling i antal modtagere af servicelovsydelser 2009-2015. KL analysenotat*. København: Kommunernes Landsforening.
- Hedges, L.V. (2007): "29 Meta-Analysis". I: C.R. Rao & S. Sinharay (red.): *Handbook of Statistics - Psychometrics* (Bd. 26) Amsterdam: Elsevier, s. 919-953.
- Hollis, S. & F. Campbell (1999): "What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials". *BMJ*, 319(7211), s. 670-674.
- Horvath, A. & L.S. Greenberg (1989): "Development and Validation of the Working Alliance Inventory". *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), s. 223-233.
- Høst, A., B. Boje-Kovacs, D.L. Stigaard & T. Fridberg (2012): *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere. SFI-rapport nr. 12:27*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997): "Self-Rated Health and Mortality : A Review of Twenty-Seven Community Studies". *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), s. 21-37.
- Janse, P.D., K. De Jong, M.K. Van Dijk, G.J.M. Hutschemaekers & M.J.P.M. Verbraak (2017): "Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback." *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(5), s. 525-538.
- Kim, S.H., S.N. Beretvas & A.R. Sherry (2010): "A validation of the factor structure of OQ-45 scores using factor mixture modeling". *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(4), s. 275-295.
- Knap, C., M. Koesters, D. Schoefer, T. Becker & B. Puschner (2009): "Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis". *British Journal of Psychiatry*, 195(1), s. 15-22.
- Københavns Kommunes Socialforvaltning (2017): *SOF FIT håndbog – En guide til implementering af FIT i SOF*. Københavns Kommunes Socialforvaltning.
- Lambert, M.J., J.L. Whipple, E.J. Hawkins, D.A. Vermeersch, S.L. Nielsen & D.W. Smart (2003): "Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), s. 288-301.
- Lambert, M.J., G.M. Burlingame, V. Umphress, N.B. Hansen, D.A. Vermeersch, G.C. Clouse & S.C. Yanchar (1996): "The reliability and validity of the outcome questionnaire". *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), s. 249-258.
- Lipsey, M.W. & D.B. Wilson (2001): *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks CA, US: Sage Publications.
- Luborsky, L., J.P. Barber, L. Siqueland, S. Johnson, L.M. Najavits, A. Frank & D. Daley (1996): "The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties." *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), s. 260–71.

- Lydick, E. & R.S. Epstein (1993): "Interpretation of quality of life changes". *Quality of Life Research*, 2(3), s. 221-226.
- Maeschalck, C. & S. Miller (2012): *Manual 3 – Feedback-Informed Supervision*. ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT).
- Maeschalck, C.L. & L.R. Barfknecht (2017): "Using client feedback to inform treatment." I: D.S. Prescott, C.L. Maeschalck, S.D. Miller: *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence*. Washington, DC, US: American Psychological Association, s. 53-77.
- Maeschalck, C., B. Rodinson, J. Tilsen & S. Miller (2011): *Manual 5 – Feedback-Informed Clinical Work: Advanced Applications*. ICCE manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT).
- Miller, S.D., B.L. Duncan, R. Sorrell & G.S. Brown (2005): "The Partners for Change Outcome Management System". *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), s. 199-208.
- Miller, S.D., B.L. Duncan, J. Brown, R. Sorrell & M.B. Chalk (2006): "Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-time Assessment Feasible". *Journal of Brief Therapy*, 5(1), s. 5-22.
- Miller, S.D., B.L. Duncan, J. Brown, J.A. Sparks & D.A. Claud (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.
- Moss, R.K. & V. Mousavizadeh (2017): "Implementing feedback-informed treatment: Challenges and solutions." I: D.S. Prescott, C.L. Maeschalck, S.D. Miller, (red.): *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence*. Washington, DC, US: American Psychological Association, s. 101-121.
- Mueller, R.M., M.J. Lambert & G.M. Burlingame (1998): "Construct Validity of the Outcome Questionnaire: A Confirmatory Factor Analysis". *Journal of Personality Assessment*, 70(2), s. 248-262.
- Murphy, K.P., C.M. Rashleigh & L. Timulak (2012): "The relationship between progress feedback and therapeutic outcome in student counselling: A randomised control trial." *Counselling Psychology Quarterly*, 25(1), s. 1-18.
- Norman, G.R., J.A. Sloan & K.W. Wyrwich (2003): "Interpretation of Changes in Health-related Quality of Life". *Medical Care*, 41(5), s. 582-592.
- Oenen, F.J. van, S. Schipper, R. Van, R. Schoevers, I. Visch, J. Peen & J. Dekker (2016): "Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial." *BMC Psychiatry*, 16(1), s. 1-11.
- Oenen, F.J. van, S. Schipper, R. Van, R. Schoevers, I. Visch, J. Peen & J. Dekker (2013): "Efficacy of immediate patient feedback in emergency psychiatry: A randomized controlled trial in a crisis intervention & brief therapy team". *BMC Psychiatry*, 13(1), s. 331.
- Pedersen, L.H. (2009): *Med borgeren i centrum*. AKF working paper. København: AKF.
Tilgængelig på: https://www.kora.dk/media/272108/udgivelser_2009_pdf_borger_i_centrum.pdf.

- Pedersen, M.U. & M.M. Pedersen (2013): *Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet.
- Pejtersen, J.H., J.B. Bjorner & P. Hasle (2010): "Determining minimally important score differences in scales of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire". *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3_suppl), s. 33-41.
- Pejtersen, J.H., T.S. Kristensen, V. Borg & J.B. Bjorner (2010): "The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire"., 38(3 Suppl), s. 8-24.
- Prescott, D.S., C.L. Maeschalck & S.D. Miller (2017): *Feedback-informed treatment in clinical practice : reaching for excellence*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reese, R.J., L.A. Norsworthy & S.R. Rowlands (2009): "Does a Continuous Feedback System Improve Psychotherapy Outcome?" *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 46(4), s. 418-431.
- Reese, R.J., M.D. Toland, N.C. Slone & L.A. Norsworthy (2010): "Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes." *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), s. 616-630.
- Reese, R.J., E.L. Usher, D.C. Bowman, L.A. Norsworthy, J.L. Halstead, S.R. Rowlands & R.R. Chisholm (2009): "Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy." *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), s. 157-168.
- Rise, M.B., L. Eriksen, H. Grimstad & A. Steinsbekk (2016): "The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial". *Patient education and counseling*, 99(1), s. 164-168.
- Rise, M.B., L. Eriksen, H. Grimstad & A. Steinsbekk (2012): "The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial". *BMC health services research*, 12(1), s. 348.
- Rowe, A.K., M. Lama, F. Onikpo & M.S. Deming (2002): "Design effects and intraclass correlation coefficients from a health facility cluster survey in Benin." *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 14(6), s. 521-523.
- Sapyta, J., M. Riemer & L. Bickman (2005): "Feedback to clinicians: Theory, research, and practice". *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), s. 145-153.
- Schuman, D.L., N.C. Slone, R.J. Reese & B. Duncan (2015): "Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment". *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(4), s. 396-407.
- Seidel, J. & S. Miller (2011): *Manual 4 - Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis and Reporting*. ICCE manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT).
- Servicestyrelsen (2011): *Lovovervågning af støtte- og kontaktpersonordningen 2007-2009*. Odense: Servicestyrelsen.

- Shimokawa, K., M.J. Lambert & D.W. Smart (2010): "Enhancing Treatment Outcome of Patients at Risk of Treatment Failure: Meta-Analytic and Mega-Analytic Review of a Psychotherapy Quality Assurance System". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), s. 298-311.
- Slone, N.C., R.J. Reese, S. Mathews-Duvall & J. Kodet (2015): "Evaluating the Efficacy of Client Feedback in Group Psychotherapy." *Group Dynamics*, 19(2), s. 122-136.
- Socialstyrelsen (2017): *Feedback Informed Treatment – En metode i vækst*. Socia lAnalyse Nr. 3 03.2017.
- Sorrell, R. (2007): "Application of an outcome-directed behavioral modification model for obesity on a telephonic/web-based platform." *Disease Management*, 10(Suppl 1), s. S23-S26.
- Stigaard, D. (2011): *Fra hjemløshed til egen bolig. SFI-rapport 11:46*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Sundhedsstyrelsen (2016): *Guide til trivselsindekset: WHO-5*.
<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>.
- Tilsen, J. & S. McNamee (2015): "Feedback informed treatment: evidence-based practice meets social construction". *Family process*, 54(1), s. 124-137.
- Wilson, D.B. (2018): *Practical meta-analysis. Effect size calculator*. Tilgængelig på:
<https://cebcp.org/practical-meta-analysis-effect-size-calculator/>. Senest besøgt september 2018.

Bilag 1 Beregning af effektstørrelse

For kontinuerte data beregnede vi standardiserede middelforskelle, når middel og standardafvigelse var opgivet. Vi anvendte Hedges' g, som er Cohen's d justeret for en faktor, som tager hensyn til studier med få deltagere. Når antallet af personer nærmer sig 100, er der meget lille forskel på Hedges' g og Cohen's d.

Hedges' g og standard error beregnes som beskrevet af (Lipsey & Wilson, 2001: s. 47-49):

$$(1) g = \left(1 - \frac{3}{4N - 9}\right) \times \left(\frac{X_1 - X_2}{S_p}\right)$$

$$(2) SE_g = \sqrt{\frac{N}{n_1 n_2} + \frac{g^2}{2N}}$$

Hvor $N = n_1 + n_2$ er den totale population for de 2 grupper n_1 og n_2 , X er middel i de 2 grupper og S_p er den pooled standardafvigelse defineret ved;

$$(3) S_p = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

Her er S_1 og S_2 standardafvigelsen for henholdsvis indsats- og kontrolgruppe.

Bilag 2 Kort beskrivelse af de inkluderede studier i det systematiske review

Outcome klassifikation

Mange af de studier, der har anvendt ORS som et af de primære outcome, har også undersøgt, om forandringen var pålidelig.

Der blev anvendt en kategorisk variabel, der opdelte klienter i 4 grupper:

- Klinisk signifikant forandring (Δ Endring i ORS >5 point og ORS ved followup >25)
- Pålidelig forandring (Δ Endring i ORS >5 point)
- Ingen forandring (Δ Endring $-5 < \text{ORS} < 5$ point)
- Forværring (Δ Endring ORS < -5 point).

I nogle tilfælde opdelte man klienter i 3 grupper:

- Pålidelig forandring (Δ Endring i ORS >5 point)
- Ingen forandring (Δ Endring $-5 < \text{ORS} < 5$ point)
- Forværring (Δ Endring ORS < -5 point).

Analyserne på den kategoriske variable er blot en anden måde at analysere på ORS. Vi har valgt kun at analysere på ORS som den kontinuerte variabel, da de 2 måder at analysere på ikke er uafhængige.

Vi har i beskrivelserne af de enkelte studier anvendt begrebet 'outcome klassifikation' om denne kategoriske variabel.

I det følgende er hvert enkelt studie kort beskrevet.

Bilagstabel 2.1 Anker, Duncan & Sparks, 2009

| Studie | |
|--|--|
| Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting (Anker, Duncan & Sparks, 2009) | |
| Journal | Journal of Consulting and Clinical Psychology |
| Forfatter | Anker, M.G.; Duncan, B.L.; Sparks, J.A. |
| År | 2009 |
| Land | Norge |
| Formål | Studiet undersøger effekten FIT i forbindelse med parterapi. Man undersøger desuden variationen i terapeuternes arbejde med parrene |
| Indsatsens målgruppe | Par i parterapi |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et RCT-design, hvor man sammenligner en kontrolgruppe med en feedbackgruppe. Man anvender en simpel randomiseringsprocedure, hvor man blander samtykkepapirer og slår plat og krone om, hvilken gruppe et par kommer i. Parrene informeres ikke om de forskellige grupper og tildeles løbende en ledig terapeut. |
| Randomisering | 453 par randomiseres til enten indsats- (230 par) eller kontrolgruppe (223 par). Par ekskluderes, hvis én i parret ikke ønsker at deltage, hvis én eller begge parter har givet udtryk for, at man ønsker at stoppe forholdet, eller hvis én eller begge ikke underskriver informeret samtykke. For at indgå i analysen skal parrene minimum deltage i to sessioner og have udfyldt outcome mål for minimum den første og sidste session. Efter frafald udgøres populationen derfor af 205 par (410 individer), der gennemfører før- og eftermålinger. I analysen indgår 102 par i kontrolgruppen og 103 par i indsatsgruppen. I alt 149 par (245 individer) svarer på followup. De samme kriterier gælder i followup analysen, hvor 74 par (32 par i kontrolgruppen og 42 par i indsatsgruppen) indgår. |
| Population | Parrene er hvide, euro-skandinaviske, heteroseksuelle og har en gennemsnitsalder på 37,83 år (med en variation mellem 20-71 år). Parrene har gennemsnitligt været sammen 11,2 år og går til parterapi pga. kommunikationsvanskeligheder, tab af følelse for partner, jalousi/utroskab, konflikt og håndtering af en partners fysiske eller psykiske problemer. Størstedelen af parrene (72,6 pct.) ønsker at opnå et bedre forhold som følge af terapiforløbet. |
| Indsatsens primære aktører | 10 terapeuter, heraf 7 kvinder og 3 mænd, deltager i undersøgelsen. Fire af terapeuterne har licens som psykologer, fem har licens som socialarbejdere, og en har licens som psykiatrisk sygeplejerske. Terapeuterne har en gennemsnitsalder på 42 år og har i gennemsnit 5,1 års erfaring med parterapi. Terapeuterne anvender forskellige tilgange til parterapien. |
| Indsatsbeskrivelse | Parrene deltager i den vanlige ambulante parterapi-tjeneste på et familierådgivningscenter, der yder gratis statsstøttede tjenester i det sydlige Norge i perioden oktober 2005 til december 2007. Det fremgår ikke af studiet, hvor lang tid den vanlige behandling varer, eller hvor mange sessioner, parrene tilbydes/forventes at deltage i. Både terapeuter og par giver skriftligt samtykke for at deltage i undersøgelsen. Parrene får at vide, at de deltager i en undersøgelse, der handler om at forbedre fordelene ved terapi. |
| Implementering | Alle terapeuter deltager i 2 dages træning (svarende til 8 timer), inden FIT implementeres. I løbet af undersøgelsen deltager terapeuterne desuden i 3x3 timers opfølgende træningssessioner. Terapeuterne får at vide, at formålet med undersøgelsen er at teste effekten af feedback i parterapi, og at de skal følge den generelle protokol i forhold til brugen af ORS og SRS. Terapeuterne arbejder simultant med par fra indsats- og kontrolgruppen med ca. 50 pct. af deres case load fra hver gruppe. Terapeuterne kan skifte par, hvis de ikke føler sig tilpas med det par, de er blevet tildelt, eller hvis de på forhånd har nogen form for kendskab til parret. Sådant et skifte sker 10 gange i løbet af undersøgelsen. Man udvikler en simpel holdnings-survey for at fastlægge terapeuternes mening om at få feedback fra parrene ved hjælp af måleinstrumenter. Ingen af terapeuterne har erfaring med at måle klienters fremskridt, og alle mener, at deres vante metode, hvor de spørger klienten og selv vurderer fremskridt, vil have samme effekt. Terapeuternes holdning til brug af systematisk feedback er enten neutral eller positiv. Man følger ikke op på integriteten i terapeuternes brug af forskellige tilgange til terapien. |
| Outcome | De primære outcome mål er ORS og The Locke-Wallace (LW) Marital Adjustment Test, som anvendes til at måle tilfredshed i partnerskab. Derudover måles der på outcome klassifikationsvariablen i 4 niveauer (forværring, ingen ændring, pålidelig ændring og klinisk signifikant ændring). Der foretages målinger ved baseline, ved afslutning af indsats (eftermåling) og 6 måneder efter sidste session (followup). Ved followup 6 måneder efter den sidste session modtager hver deltager en pakke med outcome spørgeskemaerne og andre spørgsmål om deres oplevelser med behandlingen, heriblandt et spørgsmål om, hvorvidt parret fortsat er sammen. Hvis man ikke modtager et svar inden for 3 uger, sender man en ny til deltagerne. |

| Studie | Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting (Anker, Duncan & Sparks, 2009) |
|----------------------------|---|
| Statistisk analyse | <p>Der laves multilevel model for ORS, hvor der tages hensyn til de nestede data. I model 1 ser man på data uden effekten af feedback. I model 2 kontrolleres for ORS ved baseline, og der tages hensyn til variation fra (random effekt): par, terapeut, client. I model 3 lader man også effekten af feedback variere på tværs af terapeuter (random slope).</p> <p>Outcome klassifikationsvariablen dikotomiseres til par med forbedring (begge i parret), som er par med pålidelig ændring eller klinisk signifikant ændring. Forskellen mellem grupperne analyseres ved hjælp af χ^2 test.</p> |
| Resultater | <p>Ved eftermålingen indgår 205 ud af 453 par, og ved followup er det 74 ud af 453 par.</p> <p>Man finder en effekt på ORS både ved eftermålingen og ved followup.</p> <p>Effekten af feedback ved eftermålingen er signifikant i begge modeller med en koefficient på henholdsvis 4,89 og 5,15 point.</p> <p>Tilsvarende er effekten af feedback ved followup signifikant i begge modeller med en koefficient på henholdsvis 3,97 og 3,98 point.</p> <p>Analysen på outcomeklassifikationsvariablen viser, at signifikant flere par i feedbackgruppen har forbedringer på ORS end i kontrolgruppen både ved eftermålingen (50,5 pct. vs. 22,6 pct.) og ved followup (47,6 pct. vs 18,8 pct.).</p> <p>De 149 par, som svarer ved followup, bruges dog til at analysere skilsmisseraten og LW scoren for de par, som ikke er skilt. Der er flere par i feedbackgruppen, der stadig er gift ved followup end i kontrolgruppen (82 pct. vs 66 pct.). Der er ikke signifikant forskel på LW scoren i de to grupper.</p> <p>Terapeuterne behandler mellem 4-47 par. Forskellen skyldes, at en terapeut siger op, andre terapeuter arbejder deltid og andre fuld tid. Terapeuten, der behandler flest par i forbindelse med undersøgelsen, har bedre tid i perioden.</p> <p>Antal sessioner er gennemsnitligt 5,36 (2,97) i indsatsgruppen og 4,81 (3,48) i kontrolgruppen.</p> |
| Effekt af indsats | <p>FIT har en effekt på outcome målt med ORS.</p> |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Studiets styrke er, at det er et RCT-studie, hvor der tages hensyn til den hierarkiske struktur af data i analyserne.</p> <p>Studiet har dog også en række svagheder. Der er et stort frafald i antallet af par fra randomisering til eftermålingen og ligeledes et stort frafald fra randomiseringen til followup. Resultaterne skal derfor tages med forbehold.</p> <p>Desuden bliver effekten målt med ORS-skalaen, som også er en del af FIT-metoden. ORS besvares således både i indsats- og kontrolgruppen.</p> <p>Dernæst behandler terapeuterne par fra både indsats- og kontrolgruppe, hvorfor der er risiko for kontaminering mellem grupperne.</p> |

Bilagstabel 2.2 Reese m.fl., 2010

| Studie | Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes (Reese m.fl., 2010) |
|----------------------------|---|
| Forfatter | Reese, R.J.; Toland, M.D.; Slone, N.C.; Norsworthy, L.A. |
| År | 2010 |
| Journal | Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training |
| Land | USA |
| Formål | Studiet replicerer resultaterne fra Anker m.fl. 2009 (Anker, Duncan & Sparks, 2009) med en population fra USA. Undersøgelsen fokuserer på effekten ved at bruge PCOMS med par i psykoterapi sammenlignet med en kontrolgruppe. |
| Indsatsens målgruppe | Par i parterapi. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et RCT-design. Allokeringen er ikke beskrevet, men studiet er en replikation af Anker 2009. Her blev par tildelt en terapeut og randomiseret til indsats- eller kontrolgruppe. En terapeut havde 50 pct. par fra indsats og 50 pct. par fra kontrol. |
| Randomisering | Der er 55 mulige par, men ni par (3 indsatsgruppen og 6 i kontrolgruppen) kommer af ukendte årsager ikke til en anden session. Populationen udgøres derfor af 46 heteroseksuelle par (92 individuelle klienter), der går til parterapi. |
| Population | Størstedelen af klienterne er hvide (74 pct.) og har en gennemsnitsalder på 30,18 år med en variation mellem 19-56 år. Den primære årsag til, at par søger parterapi er samlivsproblemer. |
| Indsatsens primære aktører | Alle 261 sessioner udføres af 13 (7 kvinder og 6 mænd) studerende, der er indskrevet på andet år i American Association for Marriage and Family Therapy-approved program. |
| Indsatsbeskrivelse | Undersøgelsen forløber over et akademisk år på kandidatuddannelsen. Terapeuterne mødes med parrene i en session a 50 min. varighed, typisk på ugentlig basis. Der er ingen grænser for, hvor mange sessioner man kan deltage i, og sessionerne følger ikke et bestemt behandlingsformat eller protokol. Terapeuterne anvender forskellige teoretiske orienteringer på tværs af begge behandlinger. |
| Implementering | Alle terapeuter og supervisorer i feedbackgruppen deltager i en times træningssession. I feedbackgruppen bruger man PCOMS som beskrevet i protokollen. Terapeuterne deltager i ugentlige individuel- og gruppesupervision. Alle par sessioner bliver videooptaget for at anvende det i supervisioner. Hver terapeut ser i gennemsnit tre par med en variation mellem et til otte par. Terapeuter mødes i gennemsnit med par i 5,91 sessioner med en variation mellem to og 17 sessioner. Man måler ikke behandlingsintegritet. Enkelte terapeuter i kontrolgruppen med kendskab til PCOMS udtrykker en frustration over ikke at kunne bruge det med deres klienter. Terapeuter i feedbackgruppen angiver forskellige niveauer af troskab til brugen af PCOMS. |
| Outcome | Man måler på ORS og PCOMS – de fire klassifikationer. SRS bruges som en del af feedbackprocessen, men indgår ikke i analysen. |
| Statistisk analyse | Der laver Multilevel modellering (MLM) på ORS, hvor man tager hensyn til en person er en del af et par som hører under en bestemt terapeut. Der er kontrolleret for pre-score. Antal sessioner testes med 3-niveau growth model (MLM). I analyserne har de problemer med at estimere terapeut fixed effekt pga lille antal 13. Terapeutniveauet udgår. |
| Resultater | ORS er signifikant højere i indsats- end i kontrolgruppe ved follow-up beta = 4.44 P<0,05. ES = 0.48. Outcome klassifikation er signifikant bedre i indsatsgruppe. Efter 5 sessioner er ORS højere i indsatgruppen end i kontrolgruppen. |
| Effekt af indsats | Man finder en effekt på ORS og outcome klassifikation. |
| Studiets styrker/svagheder | Det er en svaghed, at ORS er outcome mål. Mange klienter i feedbackgruppen har manglende data fra sessionerne. Alle klienter, der indgår i analysen har ORS og SRS fra minimum halvdelen af deres sessioner. Terapeuterne har både par fra indsats- og kontrolgruppe. Det er dog balanceret. |

Bilagstabel 2.3 Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009

| Studie | Does a Continuous Feedback System Improve Psychotherapy Outcome? (Reese, Norsworthy, m.fl., 2009) |
|----------------------------|---|
| Forfatter | Reese, R.J.; Norsworthy, L.A.; Rowlands, S.R. |
| År | 2009 |
| Journal | Psychotherapy (Chicago, Ill.) |
| Land | USA |
| Formål | Studierne evaluerer PCOMS i to forskellige kontekster. |
| Indsatsens målgruppe | <i>Studie 1:</i> Unge under uddannelse, studierådgivning. <i>Studie 2:</i> Folk i et lokalsamfund. Deltagere i et træningsprogram for familierådgivning |
| Studiets forskningsdesign | Undersøgelsen består af to separate RCT-studier. |
| Randomisering | <i>Studie 1:</i> RCT på individniveau. Unge randomiseres til enten feedback- eller kontrolgruppe af en ansat fra et vejledningscenter via et randomiseret blokdesign for at kontrollere for effekten af terapeuter. <i>Studie 2:</i> Cluster RCT. Terapeuterne randomiseres til enten feedback- eller kontrolgruppe. |
| Population | <i>Studie 1:</i> I udgangspunktet inkluderer studiet 131 unge, men 57 unge ekskluderes fra undersøgelsen, fordi de ikke møder op til deres anden session eller ikke lever op til kriterier for deltagelse som angivet i protokollen. Manglende besvarelser forekommer, hvis unge i feedbackgruppen ikke besvarer ORS og SRS i forbindelse med mindst 50 pct. af sessionerne, og hvis unge i kontrolgruppen ikke besvarer eftertest. I alt 113 unge bliver randomiseret til enten feedbackgruppen (n = 60) eller kontrolgruppen (n = 53). Dog består den endelige feedbackgruppe af 50 unge og kontrolgruppen af 24 unge. 74 unge modtager således individuel terapi på vejledningscentret; 53 kvinder og 18 mænd (3 unge angiver ikke deres køn). Det er uklart i studiet, hvordan gruppen reduceres fra de 131 til 113. Størstedelen af de unge er hvide (78,4 pct.). Gennemsnitsalderen er 20,17 år med en variation mellem 18-27 år. Alle de unge er nye på vejledningscentret og har ikke tidligere deltaget i tilsvarende tilbud. <i>Studie 2:</i> 96 personer (52 personer i feedbackgruppen, 44 personer i kontrolgruppe) deltager i undersøgelsen, men 22 personer ekskluderes fra analysen, fordi de ikke vender tilbage til anden session, ikke udfylder ORS og SRS kontinuerligt i feedbackgruppen eller ikke gennemfører eftermålingen i kontrolgruppen. 74 personer (51 kvinder, 21 mænd og 2, der ikke angiver køn), der deltager i individuel terapi, inkluderes i undersøgelsen. 45 personer i feedbackgruppen og 29 personer i kontrolgruppen. 17 terapeuter randomiseres, men her er fordelingen uklar. Størstedelen af populationen er hvide (79,6 pct.). Gennemsnitsalderen er 32,96 år med en variation mellem 18-69 år. |
| Indsatsens primære aktører | <i>Studie 1:</i> Terapeuterne består af 5 professionelle medarbejdere med en gennemsnitlig erfaring på 8 år og 5 praktiserende studerende på vejledningscentret. De studerende er indskrevet på andet eller tredje år af deres praktik (practicum) og enten i en master rådgivning eller et klinisk psykologiprogram. <i>Studie 2:</i> Terapeuterne er 17 andet års studerende i praktik indskrevet enten i en master rådgivning eller et klinisk psykologiprogram. Terapeuterne anvender forskellige teoretiske orienteringer. |
| Indsatsbeskrivelse | Studiet består af to mindre undersøgelser. Det første studie foregår på et vejledningscenter på et universitet, mens det andet studie foregår på et træningscenter for kandidater. Vejlednings- og træningscentret findes på samme campus. Hver undersøgelse forløber over et akademisk skoleår. <i>Studie 1:</i> Individuel studierådgivningsforløb på universitetet. <i>Studie 2:</i> Individuel terapi i et træningscenter for familieprogrammet (MFC), som foregår på samme campus som studie 1, men klienterne er personer fra lokalsamfundet. |
| Implementering | I <i>studie 1</i> afholder de professionelle terapeuter 391 ud af 540 sessioner svarende til 72,41 pct., men alle 446 sessioner i <i>studie 2</i> afholdes af praktiserende studerende. Terapeuterne modtager individuel ugentlig supervision og trænes i at administrere, score og give feedback til de unge via træningsmanualer for ORS og SRS. Førsteforfatteren gennemfører 1 times træning for terapeuter og praktiserende studerende. I forbindelse med træningen arbejder man med to cases, hvor man prøver PCOMS. Terapeuterne får en opsummerende instruktion. I feedbackindsatsen overvåger man de unges udvikling uge for uge. Man måler ikke på behandlingsintegritet, dvs. man måler ikke, hvor godt PCOMS bliver implementeret. Terapeuter overholder angivelser fra protokollen sammen med nogle, men ikke sammen med andre, fx fordi de glemmer det eller havde travlt. Nogle terapeuter giver udtryk for en frustration over at have kendskab til PCOMS, men ikke må anvende det i forbindelse med kontrolgruppen, der kunne have glæde af det. |
| Outcome | Man måler på ORS. Outcome klassifikation analyseres med 3 niveauer og antal sessioner. |

| Studie | Does a Continuous Feedback System Improve Psychotherapy Outcome? (Reese, Norsworthy, m.fl., 2009) |
|----------------------------|--|
| Statistisk analyse | <p><i>Studie 1:</i> Hvis den unge ikke gennemfører behandlingen, når det akademiske skoleår er afsluttet, bruger man den sidste ORS som eftermåling i feedbackgruppen. I kontrolgruppen besvarer man en ORS som eftermåling.</p> <p>Der anvendes Repeated measures Anova på ORS-scoren med interaktion for tid og allokering.</p> <p><i>Studie 2:</i> Kontrolgruppen besvarer ORS i starten af hver session. Terapeuterne ser og scorer ikke ORS-resultaterne og deles ikke med klienterne.</p> <p>Der anvendes Repeated measures Anova på ORS-scoren med interaktion for tid og allokering. Terapeut medtages som kovariat.</p> |
| Resultater | <p>ORS har større ændring i indsats- end i kontrolgruppen for begge studier.</p> <p>Der er ingen effekt af FIT på antal sessioner. Outcome klassifikations variable er signifikant i begge studier</p> |
| Effekt af indsats | <p>Man finder en effekt på ORS og på output klassifikation. Til gengæld finder man ingen effekt på antal sessioner.</p> |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Det er en styrke, at begge studier anvender et RCT-design. Det er dog en svaghed, at randomiseringen og dermed allokeringen er uklart beskrevet i begge studier.</p> <p>Potentielt kan 237 unge deltage, men 89 unge er ikke inkluderet i undersøgelsen. 34 unge i kontrolgruppen gennemfører ikke ORS efter indsatsen.</p> <p>I <i>studie 2</i> får man kontrolgruppen til at besvare ORS efter hver session, hvilket giver lidt flere besvarelser.</p> <p>Ti unge ekskluderes, fordi de ikke besvarer ORS og SRS i forbindelse med mindst halvdelen af deres sessioner. 28 klienter i feedbackgruppen på tværs af de to studier mangler data for mindst en session.</p> <p>I <i>studie 1</i> er der et stort frafald i kontrolgruppen (50 pct.), mens fordelingen mellem indsats- og kontrolgruppe ikke er beskrevet i <i>studie 2</i>.</p> <p>Det er en svaghed, at ORS bruges som effektmål. Specielt i det ene studie får kontrolgruppen ORS ved hver session.</p> |

Bilagstabel 2.4 Murphy, Rashleigh & Timulak, 2012

| Studie | |
|---|--|
| The relationship between progress feedback and therapeutic outcome in student counselling: A randomised control trial (Murphy, Rashleigh & Timulak, 2012) | |
| Journal | Counselling Psychology Quarterly |
| Forfatter | Murphy, K.P.; Rashleigh, C.M.; Timulak, L. |
| År | 2012 |
| Land | Irland, Dublin |
| Formål | Studiet undersøger effekten af at bruge feedback i en vejledningspraksis i forhold til studerendes progression. Man undersøger feedback i forhold til almindelig vejledning uden feedback om progression. |
| Indsatsens målgruppe | Studerende, der deltager i et studievejledningsforløb på et universitet. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et RCT-design. |
| Randomisering | De studerende randomiseres til vejledning med eller uden feedback. Inden den første session modtager hver studerende et dokument med information om vejledningsforløbet og et optagsskema, som de skal udfylde. Dokumenterne er på forhånd randomiseret til enten feedback- eller kontrolgruppe af førsteforfatteren ved at angive enten et 1-tal eller 2-tal i hjørnet af dokumentet. De studerende har lige stor mulighed for at komme i enten den ene eller anden gruppe. De studerende randomiseres til deres terapeut ud fra først-til-mølle og vejledernes tilgængelighed. |
| Population | 180 studerende randomiseres ved optag til enten indsats- eller kontrolgruppe, men 31 studerende indgår ikke pga. manglende samtykke, eller fordi de ikke lever op til kriterierne for deltagelse. En studerende trækker sit samtykke tilbage, og derfor giver 149 studerende deres samtykke til at deltage og gennemfører mindst en ORS i starten af første session. For at indgå i den statistiske analyse skal de studerende have gennemført mindst to ORS. Som følge heraf ekskluderes yderligere 39 studerende, heraf 18 fra indsatsgruppen og 21 fra kontrolgruppen. I analysen indgår derfor 110 studerende fordelt mellem 59 studerende i indsatsgruppen og 51 studerende i kontrolgruppen. De studerendes gennemsnitsalder er 24 år med en variation mellem 18-59 år. 41,8 pct. af de 110 studerende er mænd, og 58,2 pct. er kvinder. Primære udfordringer er angst (29,1 pct. af den samlede population), depression (29,19 pct.), forhold/relationer (19,1 pct.) og øvrige (22,7 pct.). |
| Indsatsens primære aktører | Alle otte ansatte studentervejledere deltager i undersøgelsen. Tre af vejlederne er mænd, og fem er kvinder. Alle har en formel efteruddannelse i vejledning og har opnået uddannelse minimum på kandidatniveau i vejledende psykologi, psykoterapi, socialt arbejde eller familierapi. Terapeuterne har mellem 2 og 25 års erfaring og bruger en variation af forskellige terapeutiske tilgange. |
| Indsatsbeskrivelse | Undersøgelsen gennemføres på et universitet i Dublin. De studerende deltager i universitetets vejledningstjeneste i perioden november 2008 til februar 2009. Der bliver givet en tilladelse fra et relevant forskningsetisk udvalg i oktober 2008 til at gennemføre undersøgelsen. Vejledere og studerende skal underskrive en samtykkeerklæring for at deltage. Vejledningen består af en session hver fjortende dag. Der er op til 8 sessioner i alt med mulighed for forlængelse. Man anvender udelukkende ORS og ikke SRS. Feedback er derfor baseret på ORS-scoren og ikke på SRS, der måler på terapeutisk alliance. |
| Implementering | Vejlederne får input om brugen af PCOMS ved at læse kapitler fra The Heroic Client og har anvendt ORS med deres studerende via ASIST (en PC-version af ORS) i et år før undersøgelsens start. Inden undersøgelsen starter, briefes og trænes vejlederne desuden i procedurerne i grupperne og får et resumé med de vigtigste ting, de skal huske. To af forskerne står til enhver tid til rådighed for vejlederne, hvis det er nødvendigt. Vejlederne har frihed til at vælge, hvordan de inkorporerer og bruger feedback baseret på den progression, ORS-graferne viser. Man monitorerer ikke, hvorvidt der reelt opstår en drøftelse mellem den studerende og vejlederen i forbindelse med feedbackresultaterne under hver session. Vejlederne arbejder både med studerende fra indsats- og kontrolgruppe. |
| Outcome | ORS anvendes til at måle effekten og indgår derfor ved hver session i både indsats- og kontrolgruppe. Der måles desuden på antallet af studerende, der opnår pålidelige forandringer målt på ORS. Der laves en kategorisk variabel, der opdeler de studerende i 3 grupper: Pålidelig forandring (Ændring i ORS >5 point) Ingen forandring (Ændring -5<ORS<5 point) Forværring (Ændring ORS<-5 point) Endelig måler man på antal sessioner. |

| Studie | The relationship between progress feedback and therapeutic outcome in student counselling: A randomised control trial (Murphy, Rashleigh & Timulak, 2012) |
|----------------------------|--|
| Statistisk analyse | Forskellen mellem grupperne er undersøgt ved anvendelse af variansanalyse baseret på repeated measures. Missing er håndteret ved last observation carried forward. Dataanalyse sker i SPSS. Der laves χ^2 test for at undersøge, om andelen med de forskellige forandringer er forskellig mellem de to grupper. Længden af behandlingen (antal sessioner) bliver analyseret ved hjælp af t-test. Der er desuden lavet forskellige subgruppeanalyser. |
| Resultater | <p>Resultaterne viser, at der ikke er en signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppe. Begge grupper forbedrer sig terapeutisk. Indsatsgruppen har en større effektstørrelse (0,85 mod 0,64), hvilket tyder på, at man med en større population kunne have opnået statistisk signifikans.</p> <p>Der er ikke en betydelig forskel blandt studerende klassificeret som pålidelig forandring, uændret eller forringet. Studerende med angst, der deltager i indsatsgruppen, viser signifikant bedre resultater i slutningen af behandlingen end studerende i kontrolgruppen.</p> <p>De studerende deltager i gennemsnit i 3,7 sessioner med en variation ml. 2-9 sessioner. Der er ikke forskel på antallet af sessioner mellem indsats- og kontrolgruppe.</p> |
| Effekt af indsats | Man finder ingen statistisk signifikant forskel på outcomes mellem studerende i indsats- og kontrolgruppen. Feedback til vejlederne om de studerendes progression har en lille effekt på forbedring af behandlingsresultatet. |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Det er en styrke, at studiet anvender et RCT-design.</p> <p>Til gengæld er det en svaghed i studiet, at man ikke anvender SRS som en del af indsatsen.</p> <p>Det er desuden en svaghed, at vejlederne kontrollerer deres eget arbejde, og at vejledernes faktiske overholdelse af feedbackprotokollen ikke bliver målt. Man kan derfor ikke afgøre, om den beskedne forskel stammer fra mulig manglende overholdelse.</p> <p>Resultaterne i kontrolgruppen kan være biased, fordi vejlederne har fået øget bevidsthed om feedback gennem gentagen brug af ORS i indsatsgruppen. Der kan således ske en kontaminering til kontrolgruppen. Ud fra samtaler med vejlederne efter undersøgelsen konkluderer man dog, at der ikke er sket en bevidst kontaminering.</p> |

Bilagstabel 2.5 Slone m.fl., 2015

| Studie | Evaluating the Efficacy of Client Feedback in Group Psychotherapy (Slone m.fl., 2015) |
|----------------------------|---|
| Journal | Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, American Psychological Association |
| Forfatter | Slone, N.C.; Reese, R.J.; Mathews-Duvall, S.; Kodet, J. |
| År | 2015 |
| Land | USA |
| Formål | Studiet evaluerer effekten af feedback i gruppepsykoterapi. Forfatterne har særligt fokus på, hvorvidt feedback fremmer behandlingsresultater og fastholdelse i behandlingen. |
| Indsatsens målgruppe | Unge studerende med angst, stress og depression, der deltager i gruppeterapi. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et randomiseret clusterdesign. |
| Randomisering | Randomiseringen sker på gruppeniveau, og de studerende randomiseres enten til indsats- eller kontrolgruppe. Det er ikke muligt at randomisere de studerende og gruppeledere individuelt, fordi både gruppelederes og de unges skemaer skal passe sammen. Der er 10 clusters, 5 i indsatsgruppen og 5 i kontrolgruppen. |
| Population | I alt 90 studerende bliver randomiseret. 5 studerende ønsker ikke at deltage, og en studerende ekskluderes, da hun ikke tager spørgeskemaerne alvorligt. Den endelige population er derfor 84 studerende fordelt mellem 43 studerende i indsatsgruppen og 41 studerende i kontrolgruppen. To studerende har deltaget i gruppeterapi inden undersøgelsen. De deltager først i kontrolgruppen og herefter i indsatsgruppen. Over halvdelen (64,3 pct.) er kvinder, og størstedelen er hvide (84,5 pct.). De fleste studerende er single (66,7 pct.) og heteroseksuelle (85,7 pct.). Over halvdelen af de studerende (knap 60 pct.) har deltaget i individuel terapi inden undersøgelsen. Forfatterne ved dog ikke, hvornår denne terapi har fundet sted. Primære behandlingsområder er angst (68 pct.), stress (64 pct.) og depression (58 pct.). De unge er førsteårsstuderende (23,8 pct.), andetårsstuderende (14,3 pct.), tredjeårsstuderende (21,4 pct.), sidsteårsstuderende (17,9 pct.) og ph.d.-studerende (22,6 pct.). De unge er mellem 18-28 år (gennemsnitsalder på 21,5 år). |
| Indsatsens primære aktører | 20 gruppeledere deltager i undersøgelsen. Gruppelederne er primært hvide (85 pct.) kvinder (80 pct.) med en gennemsnitsalder på 32,1 år. Otte gruppeledere har en doktorgrad, og 12 er ph.d.-studerende. Gruppeledere har i gennemsnit 4,8 års erfaring med gruppepsykoterapi og har i gennemsnit arbejdet med 4,5 grupper inden undersøgelsen. Deres teoretiske orientering er primært integrativ (65 pct.). Der udpeges to gruppeledere til hver behandlingsgruppe af vejledningscentrets koordinator. |
| Indsatsbeskrivelse | Undersøgelsen foregår på et vejledningscenter på et amerikansk universitet i perioden januar til december 2012. De unge er henvist og deltager ud fra inklusions- og eksklusionskriterier efter vejledningscenterets politikker. Alle studerende, der er henvist til gruppeterapi, bliver introduceret til gruppeprocessen af deres gruppeledere under en screeningssession, sådan de kan diskutere gruppens normer og forventninger samt etablere mål for behandlingen. Der er i alt 10 grupper, hvoraf man bruger feedback i 5 af grupperne, mens de 5 andre grupper fungerer som kontrolgruppe og gennemfører gruppeterapien som vanligt. Studiet beskriver ikke i detaljer antal sessioner i gruppeterapien. Grupperne sammensættes for et semester ad gangen, og intensiteten er en ugentlig session af 1,5 times varighed i et 10 ugers forløb. I undersøgelsen tilbydes de studerende således 10 ugentlige sessioner. Grupperne lukkes og tager ikke nye ind, når de først er lavet. Der starter nye grupper hvert semester. Hver gruppe tilknyttes to gruppeledere, hvoraf en af lederne har mere erfaring med at arbejde med grupper end den anden. En gruppekoordinator, der arbejder på vejledningscentret og er en licenseret psykolog på ph.d.-niveau, bestemmer sammensætningen af gruppelederpar i begyndelsen af hvert semester forud for, at grupperne randomiseres til undersøgelsen. |
| Implementering | Gruppeledere får en 1-times træningssession i brug af PCOMS, og hvordan de skal informere de unge om undersøgelsen afhængigt af gruppe. Koordinatoren tilbyder 1,5 times supervision med alle gruppeledere hver uge. Alle gruppeledere får den samme mængde supervision i løbet af undersøgelsen og deltager uanset behandlingsgruppe i den samme supervisionsgruppe. I supervisionen drøfter man udelukkende fidelitet, og gruppeledere i indsatsgruppen anmodes om at vende andre udfordringer omkring brugen af feedback (FIT) uden for supervisionen. Efter den tredje og hver efterfølgende session laver forfatterne et system til gruppelederne i feedbackgruppen, der kategoriserer de unges fremskridt ifølge manuelle procedurer (Duncan, 2011). Systemet er designet til at advare gruppeledere om unge, der ikke opnår fremskridt. Forfatterne laver nogle indekserede farvekort. Gult kort er lig med ingen forandring, rødt kort er lig med betragtelig tilbagegang, blå kort er lig med betragtelig (positiv) forandring, og grønt kort er lig med signifikant klinisk forandring. |

| Studie | Evaluating the Efficacy of Client Feedback in Group Psychotherapy (Slone m.fl., 2015) |
|----------------------------|--|
| | <p>De unges fremskridt bliver bestemt ved at vurdere ændringen fra den igangværende gruppesession i forhold til den første gruppesession. Gruppelederne er instrueret i at gennemgå signaler før hver gruppesession og diskutere med hinanden, hvordan man indarbejder feedbacken i næste session. Gruppelederne implementerer herefter i næste gruppesession deres beslutninger for at kunne understøtte en positiv udvikling hos de unge.</p> <p>Man overvåger ikke formelt implementering af FIT. Man får mundtlige tilkendegivelser fra gruppeledere om, at de følger metoden. Derudover afholder man ugentlige supervisioner for at overvåge, hvordan gruppelederne arbejder med feedback resultaterne og for at indgå i dialog omkring indsatsen.</p> |
| Outcome | <p>ORS blev anvendt til at måle effekten af FIT.</p> <p>Der måles desuden på antallet af studerende, der opnår pålidelige forandringer målt på ORS. Der laves en kategorisk variabel, der opdeler de studerende i fire grupper.</p> |
| Statistisk analyse | <p>Der anvendes multilevel metoder, hvor der tages hensyn til, at de studerende er underlagt gruppeniveauet (nested). Der konstrueres tre multilevel modeller bl.a. for at undersøge, hvor stor en del af variationen der skyldes clusterstrukturen. Der bliver desuden justeret for ORS-score og Distress Index score ved baseline.</p> <p>Der laves χ^2 test for at undersøge, om andelen med de forskellige forandringer er forskellig mellem de to grupper.</p> <p>Længden af behandlingen (antal sessioner) bliver analyseret ved hjælp af t-test.</p> |
| Resultater | <p>Der er signifikant forskel på ORS ved followup, når der kontrolleres for baseline ORS og den nede struktur (fuld model $p = 0,023$). Studerende i feedbackgruppen scorer i gennemsnit 2,9 point højere på ORS-skalaen end studerende i kontrolgruppen.</p> <p>Andelen af studerende med klinisk signifikante og pålidelige ændringer er signifikant højere i feedbackgruppen end i kontrolgruppen.</p> <p>Grupperne gennemfører i gennemsnit i 10 ugentlige sessioner af halvanden times varighed. Studerende i indsatsgruppen deltager i 10,4 sessioner, og studerende i kontrolgruppen deltager i 9,6 sessioner (Effektsize for ORS $ES = 0,41$). Hver gruppe omfatter i gennemsnit 8,5 studerende.</p> <p>Studerende i feedback gruppen deltager i signifikant ($p < 0,05$) flere sessioner (7,33) end kontrolgruppen (6,6).</p> |
| Effekt af indsats | <p>De studerende i indsatsgruppen har signifikant højere forbedringer på før- og eftermålingerne samt en højere pålidelighedsrate i forhold til signifikant klinisk forandring, når man sammenligner på ORS med studerende i kontrolgruppen.</p> |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Det er en svaghed ved studiet, at populationen er lille, og at der er relativt få clusters (5 + 5). Resultatet skal derfor tages med et forbehold. Desuden er populationen homogen – alle hvide, heteroseksuelle kvinder – hvilket begrænser generaliseringsmuligheder af studiets resultater.</p> <p>Halvdelen af de studerende (58,3 pct.) har modtaget individuel terapi, inden gruppeterapien sættes i gang, hvilket kan påvirke resultaterne i en før- og eftermåling af deres tilstand.</p> <p>Endelig er det en svaghed ved studiet, at effekten måles med ORS, som således også gives til kontrolgruppen.</p> |

Bilagstabel 2.6 Rise m.fl., 2012

| Studie | The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial (Rise m.fl., 2012) |
|----------------------------|---|
| Journal | BMC health services research |
| Forfatter | M.B., Rise; L., Eriksen; H., Grimstad; A. Steinsbekk |
| År | 2012 |
| Land | Norge, Trondheim |
| Formål | Studiet undersøger kortvarige effekter af feedback i behandling af mental sundhed 6 uger efter påbegyndelse af behandlingsforløbet sammenlignet med behandling som vanligt (treatment as usual). |
| Indsatsens målgruppe | Patienter, der efter henvisning er tilbudt behandling mellem 6 uger og 3 måneder ved en ambulant enhed. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet er et åben parallelgruppe randomiseret kontrolleret forsøg. Randomisering af patienterne gennemføres af universitetets internetbaserede computertjeneste. |
| Randomisering | 395 patienter henvises til behandling og inviteres til at deltage i undersøgelsen. 75 patienter randomiseres til enten indsatsgruppen (n = 37) eller kontrolgruppen (n = 38). Flere patienter deltager ikke som beskrevet i protokollen (fx deltager nogle patienter i mindre end tre sessioner), hvilket betyder, at 27 patienter får indsatsen i indsatsgruppen, og 34 patienter får treatment as usual i kontrolgruppen. I analysen efter 6 uger indgår 37 (36) patienter i indsatsgruppen og 38 (35) patienter i kontrolgruppen (Intention-to-treat). Ifølge per protokol indgår 26 patienter i indsatsgruppen og 32 patienter i kontrolgruppen. Analyserne er baseret på intention to treat, men der er også et lille antal, som ikke besvarer eftermålingen (lost to followup). |
| Population | Man bruger ikke nogen eksklusionskriterier. Patienter underskriver en samtykkeerklæring for at deltage og kan trække sig fra undersøgelsen, hvis de har lyst. Undersøgelsen er godkendt af den regionale komite for medicinsk forskningsetik, og dataindsamlingen bliver gennemført fra februar 2010 til marts 2011. |
| Indsatsens primære aktører | 29 terapeuter hos patientenheden, der er tilknyttet den individuelle behandling, er berettiget til at deltage i undersøgelsen. Som en del af undersøgelsen tilbydes terapeuterne træning i brug af PCOMS på to specifikke dage. I alt 10 terapeuter melder sig frivilligt til at deltage i undersøgelsen, men kun 8 terapeuter har mulighed for at deltage i træningen på de givne tidspunkter. De 2 terapeuter, der ikke kan deltage i træningssessionerne, og 6 andre terapeuter deltager i kontrolgruppen. De 6 terapeuter, der ikke melder sig frivilligt, bliver spurgt af enhedsleder, om de vil deltage. Terapeuterne i kontrolgruppen udvides til 17 personer. Ud over træningen kan terapeuterne til enhver tid kontakte instruktøren. |
| Indsatsbeskrivelse | Undersøgelsen bliver udført i en ambulant enhed i et psykiatrisk sygehus i Norge. Enheden behandler patienter med alle former for mentale sundhedsdiagnoser, der ikke kræver hospitalsindlæggelse. Patienterne modtager ambulant klinisk behandling på psykiatrisk hospital. Studiet varer 6 uger, og derfor er den primære behandling tilsvarende 6 uger. |
| Implementering | Terapeuterne modtager 12 timers træning i PCOMS over 2 dage. Desuden har terapeuterne mulighed for at kontakte instruktøren. For at sikre fidelitet i indsatsgruppen bliver spørgeskemaerne indsamlet efter hver konsultation. Antallet af spørgeskemaer bliver herefter sammenlignet med det samlede antal af konsultationer registreret på hver patient i klinikkens administrative datasystem. Skalaerne bliver brugt i 92 pct. af konsultationerne, hvilket vidner om, at indsatsen er gennemført som planlagt. Terapeuter i kontrolgruppen bliver gentagne gange instrueret i at undgå at bruge feedbackskalaer i konsultationerne. Konsultationerne er ikke overvåget, men man finder ingen indikationer på, at feedback-skalaer er anvendt til behandling i kontrolgruppen. Terapeuter i indsatsgruppen behandler i gennemsnit 4,4 patienter hver (median 5, område 1-7), mens terapeuter i kontrolgruppen behandler 2,4 patienter. |
| Outcome | Primære effektmål er Treatment Alliance Scale (TAS) og Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). Øvrige outcomes er Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32), Patient Activation Measure (PAM), Patient Motivation (PM), Patient participation (PP) samt The Mental Component Score (MCS) og the Physical Component Score (PCS) fra the Short Form-12v2 (SF-12). Desuden anvendes ORS og SRS som en del af FIT. |
| Statistisk analyse | For alle skalaer er der beregnet en score, hvis mindst 50 pct. af items er besvaret. Ved missing er der anvendt last observation carried forward (baseline), eller hvis der ikke er en baseline, anvendes middel af allokeringsgruppen. |

| Studie | The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial (Rise m.fl., 2012) |
|----------------------------|---|
| | <p>For de outcomes, hvor der ikke er baseline data, er forskellen mellem grupper undersøgt ved t-test (TAS, CSQ, SRS og PP). For de øvrige outcomes er anvendt kovarians analyse, hvor der er justeret for baseline.</p> <p>Der laves både intention to treat og per protokol analyser.</p> |
| Resultater | <p>Der er ikke signifikant forskel på grupperne i forhold til de primære outcomes terapeutisk alliance eller tilfredshed, hverken i intention to treat eller per protokol analyserne.</p> <p>Patienter i indsatsgruppen har en højere motivation for behandling efter 6 uger end patienter i kontrolgruppen. For øvrige outcomes er der ingen signifikant forskel mellem grupperne.</p> <p>Man finder dog en positiv forandring på ORS og PAM fra baseline til 6 ugers opfølgning i indsatsgruppen.</p> <p>Både indsats- og kontrolgruppen får i gennemsnit 3,8 konsultationer. I indsatsgruppen med en variation mellem 1-9 konsultationer og i kontrolgruppen mellem 1-10 konsultationer.</p> |
| Effekt af indsats | <p>Man finder ingen effekt af FIT på de undersøgte outcomes.</p> |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Styrken ved studiet er, at de primære outcomes (terapeutisk alliance og klient tilfredshed) måles med skalaer, som ikke er en del af FIT, ligesom der anvendes intention to treat analyser.</p> <p>Det er dog en svaghed, at man også anvender ORS og især SRS i kontrolgruppen, ligesom det er en mindre svaghed, at de primære outcomes ikke er målt ved baseline. Populationsstørrelsen kan desuden udgøre en begrænsning i forhold til resultaterne.</p> |

Bilagstabel 2.7 Rise m.fl., 2016

| Studie | The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial (Rise m.fl., 2016) |
|----------------------------|---|
| Forfatter | Rise, M.B.; Eriksen, L.; Grimstad, H.; Steinsbekk, A. |
| År | 2016 |
| Journal | Patient Education and Counseling |
| Land | Norge, Trondheim |
| Formål | Studiet undersøger den langsigtede effekt (efter 6 og 12 mdr.) på psykiske symptomer og patientaktivering ved at sammenligne en indsatsgruppe med en kontrolgruppe, hvor patienterne ikke får feedback som en del af behandlingen. |
| Indsatsens målgruppe | Patienter, der henvises til en ambulant klinik på et psykiatrisk hospital. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet er et åben (ikke blindet) parallelgruppe randomiseret kontrolleret forsøg. |
| Randomisering | Randomisering af patienterne gennemføres af universitetets internetbaserede computertjeneste. |
| Population | <p>Studiet bygger på samme population som Rise 2012.</p> <p>395 patienter, der mellem 6 uger og 3 måneder efter henvisning er tilbudt behandling ved den ambulante enhed, inviteres til at deltage i undersøgelsen. 320 patienter inkluderes ikke i undersøgelsen af forskellige årsager, så som manglende telefonnummer, at patienterne i øvrigt ikke er til at få fat på eller ikke ønsker at deltage.</p> <p>75 patienter randomiseres derfor til enten indsatsgruppen (n = 37) eller kontrolgruppen (n = 38). Størstedelen af patienterne (62,7 pct.) er kvinder, og gennemsnitsalderen er 29,9 år. Lidt under en tredjedel bor alene (30,7 pct.).</p> <p>Flere patienter deltager ikke som beskrevet i protokollen (fx deltager nogle patienter i mindre end tre sessioner), hvilket betyder, at 27 patienter får indsatsen i indsatsgruppen og 34 patienter treatment as usual i kontrolgruppen.</p> <p>I analysen efter 6 måneder indgår 32 patienter i indsatsgruppen og 32 patienter i kontrolgruppen (Intention-to-treat). Ifølge per protokol indgår 22 patienter i indsatsgruppen og 28 patienter i kontrolgruppen.</p> <p>I analysen efter 12 måneder indgår 32 patienter i indsatsgruppen og 31 patienter i kontrolgruppen (Intention-to-treat). Ifølge per protokol indgår 22 patienter i indsatsgruppen og 27 patienter i kontrolgruppen.</p> |
| Indsatsens primære aktører | <p>25 terapeuter, der er tilknyttet enheden og tilbyder individuel behandling, deltager i undersøgelsen. 8 terapeuter deltager i indsatsgruppen, mens 17 terapeuter deltager i kontrolgruppen.</p> <p>Størstedelen af terapeuterne er kvinder (64 pct.), og gennemsnitsalderen er 41,4 år. En overvægt af terapeuterne (76,2 pct.) er psykologer, mens resten er psykiatriske sygeplejersker (23,8 pct.). Terapeuterne kan frit vælge behandlingstilgang for deres patienter. Deres valg monitoreres ikke.</p> |
| Indsatsbeskrivelse | <p>Undersøgelsen bliver udført i en ambulant enhed i et psykiatrisk sygehus i Norge. Enheden behandler patienter med alle former for mentale sundhedsdiagnoser, der ikke kræver hospitalsindlæggelse. Undersøgelsen er godkendt af den regionale komite for medicinsk forskningsetik.</p> <p>Patienter modtager ambulant klinisk behandling på et psykiatrisk hospital. Den primære behandling er ikke beskrevet i detaljer. Der er dog en fodnote og en henvisning til det tidligere studie (se Anker 2012), som omhandler de første 6 uger af behandlingen. Det må antages, at selve behandlingen og dermed FIT-indsatsen varer 6 uger.</p> |
| Implementering | Terapeuter i indsatsgruppen modtager 12 timers træning i administration af PCOMS fra en erfaren ekstern instruktør. |
| Outcome | <p>De primære effektmål er spørgeskemaerne Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32) og Patient Activation Measure (PAM). Sekundære outcomes er The Treatment Alliance Scale (TAS), the Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ), PCS og MCS fra the Short Form-12v2 (SF-12), Patient motivation (PM), Patient participation (PP), ORS og SRS.</p> <p>Målingerne bliver foretaget ved baseline og efter 6 og 12 måneders followup.</p> |
| Statistisk analyse | <p>Analyserne ved followup (6 og 12 måneder) baseres både på intention-to-treat og analyser per protokol (dvs. dem, der får indsatsen efter protokollen).</p> <p>Man scorer udelukkende spørgeskemaer, hvor mindst 50 pct. af spørgsmålene er besvaret. Man foretager både intention-to-treat og per protokol analyser. Kriterier i protokollen er bl.a., at patienterne skal deltage i mindst tre sessioner, og at SRS og ORS skal være benyttet i mindst to tredjedele af sessionerne.</p> <p>Der anvendes analyse af kovarians (ANCOVA), hvor der justeres for baselinescores for de primære output. For nogle af de sekundære outcomes anvendes t-test.</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Studie | The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial (Rise m.fl., 2016) |
| Resultater | <p>Terapeuterne behandler i gennemsnit 5 patienter i indsatsgruppen, mens terapeuter i kontrolgruppen i gennemsnit behandler 1,5 patienter.</p> <p>Intention-to-treat analyser finder ikke en forskel på indsats- og kontrolgruppe på de primære outcomes hverken efter 6 eller 12 måneder.</p> <p>På de sekundære outcomes finder man efter 12 måneder en positiv signifikant forskel på SRS i indsatsgruppen. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Der er en forbedring på patientaktivering i indsatsgruppen efter 12 måneder.</p> <p>I forhold til mentale symptomer viser begge grupper forbedring. Fysisk livskvalitet forbedres signifikant i indsatsgruppen. Psykisk livskvalitet og ORS-score forbedres i begge grupper, men ingen af forbedringerne er signifikante efter analyse med multiple imputationer.</p> <p>Per protokol analyser finder en ikke signifikant forskel på patientaktivering i indsatsgruppen efter 12 måneder samt en signifikant forskel på SRS, også i indsatsgruppen. Efter flere analyse med multiple imputationer er sidstnævnte ikke signifikant.</p> <p>Både indsats- og kontrolgruppen får i gennemsnit 3,8 konsultationer. I indsatsgruppen med en variation mellem 1-9 konsultationer og i kontrolgruppen mellem 1-10 konsultationer.</p> |
| Effekt af indsats | Der er ikke signifikant forskel på indsats- eller kontrolgruppen for nogen af de undersøgte outcomes. |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Styrken ved studiet er, at de primære outcomes måles med skalaer, som ikke er en del af FIT, ligesom der anvendes intention to treat analyser.</p> <p>ORS bruges ikke som et primær outcome mål, men kun som et sekundært outcome. Manglen på randomisering af terapeuterne og forskellen mellem de to terapeutgruppers størrelse udgør endnu en svaghed. Antallet af sekundære outcomes indebærer, at resultaterne skal behandles med forsigtighed.</p> |

Bilagstabel 2.8 van Oenen m.fl., 2016

| Studie | Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial (van Oenen m.fl., 2016) |
|----------------------------|--|
| Forfatter | van Oenen, F.J.; Schipper, S.; Van, R.; Schoevers, R.; Visch, I.; Peen, J.; Dekker, J. |
| År | 2016 |
| Journal | BMC Psychiatry |
| Land | Holland, Amsterdam |
| Formål | Studiet undersøger effekten af feedback i akut behandling af psykiatriske problemer. |
| Indsatsens målgruppe | Patienter med svære akutte psykiatriske eller psykosociale problemer. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et RCT-design, hvor man sammenligner en gruppe, der modtager feedback med en kontrolgruppe. Se evt. studieprotokol (van Oenen m.fl., 2013). |
| Randomisering | <p>Man foretager en præ-randomisering i forhold til patienter, der skal indgå i Crises Intervention & Brief Therapy team (CIBT team), og de patienter, der henvises til andre behandlingsmiljøer. Eftersom det er et akutcenter, vil en del af de randomiserede patienter blive ekskluderet fra forsøget.</p> <p>Man genererer en tilfældig allokeringsskvens ved at bruge SPSS' tilfældighedsgenerator. Patienter randomiseres til enten indsats- eller kontrolgruppen af forskerteamet, som kender allokeringsskvensen, men ikke har information om patienterne.</p> <p>Det er ikke helt klart, hvornår randomiseringen foregår. Beskrivelsen af præ-randomiseringen lægger op til, at alle 861 patienter randomiseres, men at der således er en stor gruppe, som ekskluderes af de førnævnte grunde. I studiets resumé må man forstå, at 370 patienter er tilgængelige for undersøgelsen, og at 83 patienter ekskluderes.</p> <p>Man kan dog ikke måle resultater for alle 287 patienter ved henholdsvis sjette og tolvte uge, og efter yderligere frafald deltager i alt 129 patienter enten i kontrolgruppen (57 patienter) eller indsatsgruppen (72 patienter) ved tolvte uge.</p> |
| Population | <p>I alt 861 patienter bliver anvist til akutcenteret. 222 patienter udfylder ikke indskrivningsspørgeskemaet, og 269 patienter tilbydes en session, inden de akut indskrives på et psykiatrisk hospital eller til patientens egen læge/terapeut. Disse patienter ekskluderes fra undersøgelsen.</p> <p>370 patienter er derfor tilgængelige for undersøgelsen. Som følge af, at 83 patienter afslutter deres behandling inden for 6 uger (så man ikke kan måle deres fremskridt), er undersøgelsens population således 287 patienter.</p> <p>Gruppen består af patienter med svære psykiatriske og psykosociale problemer, herunder primærdiagnoserne justeringsdiagnoser/stressresponsyndrom (21 pct.), depression (19 pct.) og psykose (15 pct.). Ud af 287 patienter er 135 mænd og 152 kvinder. Ca. 40 pct. af patienterne er af nederlandsk herkomst, og omkring 45 pct. lever alene.</p> |
| Indsatsens primære aktører | Terapeuterne er 6 fastansatte psykiatere, 10 socialpsykiatriske sygeplejere, 2 psykologer og 1 familie- og ægteskabsterapeut. Desuden arbejder 8 erfarne læger og superviserede læger i gang med speciallægeuddannelsen i psykiatrien sammen med CIBT-teamet i en 6 måneders periode. 32 superviserede læger deltager i løbet af 3 år. |
| Indsatsbeskrivelse | <p>Indsatsen gennemføres af Crises Intervention & Brief Therapy team (CIBT team) i Amsterdam. Patienterne bliver anvist til et psykiatrisk akutcenter i perioden mellem 2009 og 2012 og behandles i op til 6 måneder. Undersøgelsen er godkendt i 2009 af den etiske komite for Dutch Mental Health Institutions.</p> <p>Patienterne deltager frivilligt i undersøgelsen og henvises af læge, sundhedsmedarbejdere og politiet. Patienter optages ambulante, enten fordi patienten selv eller den, der henviser, oplever et akut behov for hjælp, dvs. en krise, hvor patienten har brug for hjælp inden for 24 timer, fx pga. selvmordsforsøg.</p> <p>Alle patienter deltager i en fuld klinisk psykiatrisk eksamination, og behandlingen kan indebære psykiatriske eller psykosociale problemer samt en udvidet behandling, hvis det er nødvendigt. Behandlingen varer i op til 6 måneder. Antallet af sessioner og varigheden af behandlingen er udledt af patientregistrering i Arkin Mental Health Care i Amsterdam. Patienterne bliver tildelt en terapeut uafhængigt af diagnoser og terapeuternes fagdisciplin.</p> <p>CIBT teamet arbejder ud fra en transdiagnostisk tilnærmelse, dvs. at terapeuterne arbejder med patienterne ud fra en overordnet præsentation af symptomer og ikke udelukkende ud fra diagnostisk kategorisering. Patienternes behov for akuthjælp eller behandling integreres med en screening, og indsatsen initieres med det samme, hvis det er nødvendigt.</p> |
| Implementering | <p>Terapeuter trænes til at administrere patienternes feedback og resultater i ORS og SRS i henhold til manualerne.</p> <p>Der afholdes opfølgende supervisionssessioner med terapeuterne for at besvare efterlevelse af feedback i behandlingen. Hvis en patients ORS-scoring ikke viser fremskridt i løbet af de første sessioner, er terapeuten forpligtet til at konsultere kollegaer og overveje alternative behandlingsmuligheder.</p> <p>51 terapeuter (19 ansatte og 32 læger i gang med speciallægeuddannelsen) besvarer et spørgeskema ved opstart og efter endt undersøgelse. Skemaet indeholder 19 forskellige udsagn om deres holdning til PCOMS før og efter FIT.</p> |

| Studie | Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial (van Oenen m.fl., 2016) |
|----------------------------|--|
| | <p>Efter et år, dvs. halvvejs inde i undersøgelsen, besvarer terapeuterne et anonymt spørgeskema, hvor de svarer på, i hvilket omfang de har været i stand til at anvende feedback som tiltænkt. Terapeuterne angiver, hvor meget tid de har brugt på at diskutere henholdsvis ORS og SRS samt pct. af sessioner, hvor de angiver feedback resultater.</p> <p>I spørgeskemaet angiver 67 pct. af de ansatte terapeuter, at de har anvendt PCOMS som tiltænkt i mere end 70 pct. af sessionerne. I gennemsnit estimerer terapeuterne (n = 21), at de bruger 3,5 min. på ORS og 4 min. på SRS. Næsten alle patienter gennemfører ORS og SRS. Kun en patient udfylder ikke en eneste ORS, og to patienter udfylder ikke en eneste SRS.</p> <p>Behandlingerne varierer i varighed og intensitet, og i nogle tilfælde skifter man terapeuter i forløbet.</p> |
| Outcome | <p>Ved baseline indsamler man data om køn, alder, livssituation, etnicitet og DSM IV.</p> <p>Patienter i begge grupper besvarer Brief Symptom Inventory (BSI), som måler psykopatologi, og The Outcome Questionnaire 45 (OQ45) ved optag og herefter hver sjette uge op til 24 uger. Desuden anvendes ORS som outcome mål. GSI (Global Severity Index) ligger til grund for power analysen, som således er det primære outcome.</p> <p>Data om antal og varighed af sessionerne får man fra registerdata om patienter.</p> |
| Statistisk analyse | <p>Outcomes for de to behandlingsgrupper analyseres ved brug af repeated measures MANCOVA, hvor der justeres for antal sessioner.</p> <p>Der laves desuden supplerende analyser på et datasæt, hvor der er justeres for missing ved hjælp af last observation carried forward, og der laves en supplerende analyser med multilevel analyse for at undersøge krydsvariation mellem tid og outcome.</p> |
| Resultater | <p>Studiet finder ikke en positiv effekt på akut feedback efter 12 uger, idet forbedringen af symptomer (GSI score målt med BSI) ikke er signifikant forskellig i de to grupper, $p = 0,505$ (FB ES 0,60) (TAU ES 0,71).</p> <p>Effekten er negativ efter 6 uger, idet der er signifikant mindre fremskridt i feedbackgruppen (ES 0,56) end i kontrolgruppen (ES 0,31), $p = 0,019$. Der er heller ikke forskel på de to grupper efter 18 og 24 uger.</p> <p>I gennemsnit tilbydes alle patienter 9,3 sessioner. Den gennemsnitlige varighed af behandling er 105 dage (variation 0-231 dage). Der er ingen signifikant forskel i varighed af behandling mellem de to grupper.</p> <p>Størstedelen af patienterne (49,9 pct.) afslutter deres behandling inden for 3 måneder, to tredjedele af patienterne (55,8 pct.) afslutter deres behandling inden for otte sessioner, og halvdelen af patienterne (49,5 pct.) gennemfører 4-8 sessioner. Man finder ikke nogen relation mellem diagnose og varigheden af behandling.</p> <p>Resultaterne fra kontrolgruppen i dette studie er højere end kontrolgruppen i andre studier (ES = 0,71 efter 12 uger). Det kan være, at der ikke er en passende margin for forbedringer i grupperne.</p> |
| Effekt af indsats | <p>Studiet finder ingen signifikant forskel på outcome for indsats- eller kontrolgruppen. Patienter med psykiatriske problemer, der søger akut hjælp, har ikke fordel af feedback.</p> |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Det er en styrke, at studiet er baseret på en protokol. Det er desuden en styrke ved studiet, at man anvender uafhængige outcome mål, BSI og OQ45, da det styrker validiteten i patienternes progression.</p> <p>I studiet undersøger man ikke betydningen af længden af indsatsen, men kun resultater i form af patienternes symptomer. Det er også en svaghed, at ORS anvendes i kontrolgruppen, samt at ORS anvendes til sekundære analyser.</p> <p>Det er desuden en svaghed, at studiet er baseret på præ-randomiseringen, således at en stor andel af de randomiserede patienter (i begge grupper) efterfølgende ekskluderes. De ekskluderes dog i forhold til noget, der ikke har med indsatsen at gøre. En større svaghed er det, at ud af 287 patienter, så kan man kun analysere på 129 klienter pga. lost to followup.</p> |

Bilagstabel 2.9 Davidsen m.fl., 2017

| Studie | Feedback in Group Psychotherapy for Eating Disorders: A Randomized Clinical Trial (Davidsen m.fl., 2017) |
|----------------------------|--|
| Forfatter | Davidsen, A.H., Poulsen, S., Lindschou, J., Winkel, P., Tróndarson, M.F., Waadegaard, M. & Lau, M. |
| År | 2017 |
| Journal | Journal of Consulting and Clinical Psychology |
| Land | Danmark, København |
| Formål | Studiet undersøger effekten af feedback i gruppepsykoterapi i forhold til fremmøde og behandlingsresultater for patienter med spiseforstyrrelser. |
| Indsatsens målgruppe | Patienterne er voksne (18 år eller derover), der søger ambulante behandling for en spiseforstyrrelse på et psykiatrisk hospital. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et RCT-design. Se evt. protokol (Davidsen, Lau & Poulsen, 2014). |
| Randomisering | <p>Randomisering af patienterne foretages af Copenhagen Trial Unit (CTU) på baggrund af en computer-generet allokeringssekvens med varierende blokstørrelse på henholdsvis 4, 6 og 8. Allokeringssekvensen stratificeres i henhold til diagnose (BN, BED, ENOS) og behandlingstype (basis eller udvidet). Allokeringssekvensen og blokstørrelsen er skjult for forskerteamet.</p> <p>Forskereteamet kontakter CTU for at allokere en patient, hvorefter CTU randomiserer en patient til enten indsats- eller kontrolgruppe, imens man har en fra forskereteamet med over telefon. Patienter og terapeuter er opmærksomme på randomiseringen, men man fastholder blinding, idet terapeuterne ikke videregiver patientinformation til forskerteamet. Forskereteamet har ingen kontakt med patienterne i deres psykoterapiforløb. Den statistiske analyse gennemføres blindet med to grupper kodet som enten X eller Y.</p> |
| Population | <p>256 patienter screenes for deltagelse. 97 patienter bliver ekskluderet, heriblandt 31 patienter, der ikke lever op til inklusionskriterierne, og 66 personer, som ikke ønsker at deltage. 159 patienter indgår derfor i undersøgelsen, hvoraf 80 patienter deltager i indsatsgruppen, og 79 patienter er i kontrolgruppen. De 159 indgår i analyserne baseret på intention-to-treat, mens 129 patienter (I = 64, K = 65) indgår i analyserne baseret på spørgeskemaer.</p> <p>Patienterne skal have bulimi (BN), tvangsoverspisning (BED) eller en anden form for spiseforstyrrelse (EDNOS) (anerkendt på DSM-IV) som deres primære diagnose. Derudover skal patienterne have en BMI på eller under 20. Størstedelen af patienterne er single kvinder under uddannelse uden børn. Eksklusionskriterier er bl.a. svær depression, og hvis patienten er akut selvmordstruet.</p> |
| Indsatsens primære aktører | Behandlingen udføres af 15 terapeuter, hvoraf størstedelen er kvinder, og gennemsnitsalderen er 44,3 år. 6 ud af de 15 terapeuter har licens som socialarbejdere, 3 har licens som psykologer, 4 er i træning som psykiatrisk læge, og 2 har licens som fysioterapeuter. Deres primære teoretiske orientering er systemisk og narrativ. Når muligt, er terapeuterne placeret i både indsats- og kontrolgruppe. |
| Indsatsbeskrivelse | <p>Alle patienter, der deltager i gruppepsykoterapi på et psykiatrisk hospital i København i perioden august 2012-februar 2014, inviteres til at deltage i undersøgelsen. Patienterne skal give informeret samtykke for at deltage. Undersøgelsen er godkendt af Region Hovedstadens etiske komite og det danske datatilsyn. Dataindsamlingen løber over 18 måneder.</p> <p>Den sædvanlige behandling, enten basis eller udvidet, tilbydes i både indsats- og kontrolgruppe. Det inkluderer mellem 20-25 gruppesessioner, der gennemføres ugentligt. Desuden tilbydes patienterne terapi med fx kostvejledere og socialarbejdere.</p> <p>Grupperne er rullende, dvs. åbne for optag af nye patienter løbende, og for at andre patienter afslutter deres gruppeforløb. Centralt for behandlingen er en kostdagbog, som patienterne diskuterer i forbindelse med sessionerne. Patienterne vejes inden hver session. Deres vægt adresseres i tilfælde af større udsving. Patienterne opmuntres til at sætte personlige mål for deres behandling.</p> <p>Den udvidede behandling er mere omfattende og varer mellem 12-14 måneder, mens basisbehandlingen varer 10 måneder. Patienter i den udvidede behandling tilbydes en udvidet medicinsk vurdering og flere sessioner med pårørende og kostvejledere. Patienternes behandlingsstatus kan diskuteres ved ugentlige teamkonferencer. Der er syv patienter og to terapeuter i hver gruppe.</p> |
| Implementering | <p>Terapeuterne deltager i to træningssessioner a 3 timer om FIT. Træningen foretages af en certificeret PCOMS-træner og assistent på the International Center for Clinical Excellence. Terapeuterne bliver introduceret til FIT, inden patienterne bliver inkluderet i undersøgelsen. To af terapeuterne har tidligere arbejdet med PCOMS.</p> <p>FIT implementeres, samtidig med at dataindsamlingen begynder. Idet terapeuterne ikke har erfaring med metoden på forhånd, er starten af perioden kendetegnet ved, at terapeuterne skal lære at bruge ORS og SRS i deres behandling.</p> <p>For at understøtte implementeringsprocessen og sikre, at terapeuterne følger feedback metoden, suppleres deres indledende træning af 1 times PCOMS case supervision hver måned i den periode, hvor dataindsamlingen finder sted, dvs. i 18 måneder.</p> |

| Studie | Feedback in Group Psychotherapy for Eating Disorders: A Randomized Clinical Trial (Davidsen m.fl., 2017) |
|----------------------------|--|
| | <p>Implementeringen af PCOMS tilpasses de specifikke gruppemiljøer. Man monitorerer ikke implementeringen, men man tjekker løbende FIT-outcomes for at sikre, at patienterne udfylder ORS før og efter hver session.</p> <p>Terapeuterne besvarer desuden en kort survey om, hvor ofte de bruger ORS og GSRS, samt hvor anvendelig de finder PCOMS. Efter anden træningssession, besvarer terapeuterne en holdnings-survey om, hvorvidt de tror på, om det at arbejde med ORS og SRS vil gøre en positiv forskel i deres terapeutiske arbejde. De svarer på surveyen igen, inden de begynder at bruge måleredskaberne i forbindelse med indsatsen.</p> <p>Resultaterne indikerer, at terapeuterne rutinemæssigt tjekker patienternes ORS- og GSRS-score, men at dette ikke fører til diskussion med den anden terapeut i gruppen, og at patienternes score sjældent diskuteres i forbindelse med teamkonferencer. Selvom terapeuterne gennemgår patienternes score regelmæssigt, finder de ikke resultaterne særligt brugbare. Desuden finder studiet, at brugen af feedback i behandlingen ikke får terapeuterne til at tilbyde patienterne færre eller flere sessioner end til patienter i kontrolgruppen.</p> <p>Terapeuter efterspørger løbende mere tid til at arbejde med feedback i behandlingen. Grundet organisatoriske faktorer er dette ikke muligt at efterkomme i undersøgelsesperioden. Terapeuterne ved fra start, at negativ feedback fra deres patienter ikke får konsekvenser for dem som terapeuter, fordi deres teamledere ikke har adgang til resultaterne.</p> <p>Terapeuterne bruger FIT på gruppeniveau, snarere end individuelt og tilpasser ikke behandlingen til den enkelte patient løbende.</p> |
| Outcome | <p>Det primære outcome er fremmøde i forbindelse med sessionerne. Man forventer, at patienter i indsatsgruppen vil deltage i mindst tre sessioner mere end patienter i kontrolgruppen.</p> <p>Det sekundære outcome er sværhedsgraden af patienternes spiseforstyrrelse målt på the Eating Disorder Examination (EDE).</p> <p>Man måler desuden på en række eksplorative variable som fx patienternes oplevelse af egen velfindende, psykologiske problemer, funktionssvigt og selvskade.</p> <p>Der foretages målinger ved baseline for de fleste spørgeskemamål og en eftermåling på spørgeskema samt opgørelse af antal sessioner.</p> |
| Statistisk analyse | <p>Man anvender intent-to-treat analyse. 30 patienter (16 patienter i indsatsgruppen og 14 patienter i kontrolgruppen) modtager ikke den planlagte behandling. I de fleste tilfælde skyldes dette, at patienterne ikke møder op til behandlingen, at de ikke længere ønsker behandling, eller at de ikke længere lever op til inklusionskriterierne. 7 af patienterne starter i forkerte grupper, enten fordi de bliver fejllanceret af personalet (n = 4), eller fordi patienterne ikke har mulighed for at deltage i behandling den pågældende ugedag (n = 3).</p> <p>Outcome blev analyseret ved hjælp af regressionsanalyse, hvor der blev anvendt en binær indikator for indsatsen (feedback vs ingen feedback) og kontrolleret for stratificeringsvariablene diagnose og behandlingstype, samt baseline værdi i de tilfælde, hvor de blev målt. Afhængigt af outcome er der anvendt regression med poisson model, binomial model eller ikke-parametrisk test, hvis ingen af de to første modeller fittede data. For de kontinuerte variable blev der anvendt proc calis i SAS, og hvor der kan tages hensyn til missing values.</p> |
| Resultater | <p>Der bliver ikke fundet signifikant forskel på raten af fremmøde i indsats- og kontrolgruppe eller på graden af spiseforstyrrelse målt med EDE. Tilsvarende finder man ingen signifikant effekt på de eksplorative variable (Symptom Checklist, -90-R, ORS, Sheehan Disability Scale, Self-harm inventory).</p> <p>I begge omgange af surveyen svarer terapeuterne, at GSRS og ORS vil forbedre deres kliniske arbejde og synliggør terapeutens troværdighed.</p> <p>52 ud af 64 patienter i indsatsgruppen og 51 ud af 65 patienter i kontrolgruppen kategoriseres som NOT (not-on-track). En subgruppeanalyse viser ikke nogen signifikant forskel i fremmøde mellem NOT patienter i indsats- og kontrolgruppe.</p> |
| Effekt af indsats | <p>Feedback hverken øger fremmøde eller forbedrer behandlingsresultater for patienterne i gruppepsykoterapi målt på ED symptomer.</p> |
| Studiets styrker/svagheder | <p>Studiet har et stærkt design, idet forsker teamet laver analyser og konklusion blindet over for randomisering og indsats.</p> <p>Det er en svaghed, at en stor del af de randomiserede patienter ikke starter i den planlagte gruppe (frafald).</p> |

Bilagstabel 2.10 Pedersen & Pedersen, 2013

| Studie | |
|--|--|
| Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug (Pedersen & Pedersen, 2013) | |
| Forfatter | Pedersen, M.U.; Pedersen, M.M. |
| År | 2013 |
| Journal | Rapport Aarhus Universitet |
| Land | Danmark |
| Formål | Studiet undersøger effekten af metoden Client-Directed Outcome-Informed (CDOI*) i forhold til klienternes fremmøde, fastholdelse, stop af misbrug og tilbagefald efter afsluttet behandling. |
| Indsatsens målgruppe | Klienter i ambulans behandling for hashmisbrug. |
| Studiets forskningsdesign | Der er tale om et RCT-studie, hvor der foretages en urne randomisering, dvs. en betinget randomisering for at undgå ubalance i små populationer. |
| Randomisering | I alt 100 klienter med hashmisbrug som primært rusmiddelproblem lader sig indskrive i ambulans behandling og ønsker at deltage i undersøgelsen. Ud af de 100 klienter randomiseres 51 klienter til indsatsgruppen, og 49 klienter randomiseres til kontrolgruppen. Klienterne underskriver informeret samtykke, inden de deltager i undersøgelsen. Randomiseringen foregår ved, at behandlerne stiller klienterne 10 spørgsmål fx om tidligere misbrug. En kontaktperson på Center for Rusmiddelforskning taster herefter svarene ind i et program, der fordeler klienterne i enten indsats- eller kontrolgruppe (urne-randomisering). Behandlerne får herefter at vide, hvilken gruppe den enkelte klient er kommet i. Ud af de 100 personer, der accepterer at deltage i undersøgelsen, får 18 personer aldrig første samtale. Derfor indgår 82 klienter i analysen ligeligt fordelt mellem indsats- og kontrolgruppe. Der er dog fortsat et frafald, hvilket betyder, at der er valide data for 50 af de 82 klienter i andet interview (61,0 pct.) og fra 40 af de 82 klienter i tredje interview (48,7 pct.). |
| Population | 23 ud af de 100 deltagende klienter er kvinder og har et aldersgennemsnit på 26,5 år. Gennemsnittalderen for mænd er et år lavere. Patienterne har i gennemsnit haft et hashforbrug i 23,6 dage i måneden op til behandlingen. Mellem 36 og 41 pct. af klienterne bor alene og 28-29 pct. bor sammen med en partner. 37 pct. af klienterne oplever symptomer på depression i måneden op til indskrivning, mens 48 pct. oplever angst og 89 pct. koncentrationsvanskeligheder. |
| Indsatsens primære aktører | Behandlerne afholder interview med klienter i både indsats- og kontrolgruppe. |
| Indsatsbeskrivelse | Ambulant behandling af hashmisbrugere. Personer i både indsats- og kontrolgruppe tilbydes en ugentlig samtale i 8 uger. Efter de 8 uger har personer i begge grupper mulighed for at fortsætte behandlingen, hvis der er behov for det. Klienter i kontrolgruppen udfylder hverken ORS eller SRS. |
| Implementering | Alle behandlere deltager i træningsseminarer over flere omgange. De deltager i et 2-dages introkursus, hvor de introduceres til undersøgelsen og til CDOI-metoden. Herefter deltager de i et 2-dages seminar med Scott Miller. Afdelingen, hvor undersøgelsen gennemføres, får desuden supervision to gange, og behandlerne afholder månedlige sparringsmøder i undersøgelsesperioden. 29 sessioner på tværs af indsats- og kontrolgruppe bliver lydoptaget for at kunne måle fidelitet i indsatsen. Der spores ikke en forskel i samtalerne i grupperne. I samtaler med behandlerne fremgår det, at behandlerne ikke kan se forskel på, om de bruger ORS/SRS eller ej, og derfor falder engagementet i forhold til at bruge ORS i undersøgelsesperioden. |
| Outcome | Man måler på Working Alliance Inventory (WAI), antal gennemførte behandlinger og indskrivningslængder. Dernæst måler man på reduktion i forbrug hash og Stof-ASI. Klienterne bliver interviewet ved indskrivning, efter 3 måneder og igen 6 måneder efter indskrivning. Resultaterne inddeles i tre kategorier: fastholdelse, ophør/reduktion i forbrug og reduktion i anden belastning. |
| Statistisk analyse | Det er ikke klart beskrevet i detaljer, men formodentlig er analyserne repeated measures ANOVA, som er beskrevet for nogle af analyserne. Analyser med og uden last observation carried forward. |
| Resultater | I løbet af de første fire måneder gennemfører 56,1 pct. i indsatsgruppen mindst 5 samtaler, mens det er 46,3 pct. i kontrolgruppen. Henholdsvis 17,1 pct. i indsatsgruppen og 12,2 pct. i kontrolgruppen deltager i de planlagte 8 samtaler inden for de første 4 måneder af behandlingsforløbet. Enkelte klienter deltager i flere end 8 samtaler inden for perioden, men man finder ingen signifikante forskelle mellem grupperne. 24,4 pct. i indsatsgruppen og 29,6 pct. kontrolgruppen gennemfører hele behandlingsforløbet, heri inkluderet eventuelle samtaler efter de 8 eksperimentsamtaler. Forskellen er ikke signifikant mellem de to grupper. |

| Studie | Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug (Pedersen & Pedersen, 2013) |
|--------------------------|---|
| | <p>20-35 pct. i kontrolgruppen stopper med at bruge hash mindst i måneden op til tredje interview, mens det samme er tilfældet for mellem 22-35 pct. for indsatsgruppen. Der er altså ingen forskel i reduktion i hashforbrug mellem de to grupper.</p> <p>Den gennemsnitlige indskrivningslængde for indsatsgruppen er 159 dage, mens den for kontrolgruppen er 2 dage mindre. Der er således ingen forskel på indskrivningslængde mellem de to grupper. Ud fra figur 3 kan antal samtaler beregnes. Disse resultater er anvendt i meta-analysen.</p> <p>Antal sessioner indsatsgruppe. Middel 4,61, stdafv = 2,42.</p> <p>Antal sessioner kontrolgruppe, Middel 4,37, stdafv = 2,34.</p> <p>Man finder ingen forskel på Stof-ASI eller i WAI mellem de 2 grupper.</p> |
| Effekt af indsats | Man finder ingen statistisk signifikant effekt mellem indsats- og kontrolgruppe på nogle af udfaldsmålene. |
| Studiets fordele/ulemper | <p>Det er en styrke, at studiet anvender et RCT-design.</p> <p>Det er dog en svaghed, at knap hver femte klient ikke deltager i første samtale og sorteres fra efter randomiseringen. Frafaldsanalysen peger på, at det er fleste unge arbejdsløse under 25 år, som tidligere har været i behandling for deres stofmisbrug, og som har tendens til at være mest kriminelle (selvom det stadig er moderat), der falder fra.</p> |

Note: *CDOI svarer til PCOMS.

Bilagstabel 2.11 Schuman m.fl., 2015

| Studie | Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment (Schuman m.fl., 2015) |
|----------------------------|---|
| Journal | Psychotherapy Research: journal of the Society for Psychotherapy Research |
| Forfatter | Schuman, D.L.; Slone, N.C.; Reese, R.J.; Duncan, B. |
| År | 2014 |
| Land | USA |
| Formål | Studiet undersøger, hvorvidt feedback med afsæt i en forkortet udgave af PCOMS forbedrer behandlingsresultater for soldater i gruppeterapi i et ambulant misbrugsbehandlingsprogram (Army Substance Abuse Outpatient Treatment Program – ASAP). Der anvendes ikke SRS. |
| Indsatsens målgruppe | Soldater, der deltager i et misbrugsprogram. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et RCT-design. |
| Randomisering | Soldaterne bliver randomiseret til enten indsats- eller kontrolgruppe og tildeles en af de 10 terapeuter, afhængigt af hvornår den enkelte terapeut har ledig tid i sin kalender. |
| Population | <p>300 soldater inviteres til at deltage i undersøgelsen. 37 soldater melder ikke tilbage efter den første kontakt, og derfor deltager i alt 263 soldater i undersøgelsen. 137 soldater bliver randomiseret til indsatsgruppen, og kontrolgruppen består af 126 soldater.</p> <p>Soldaterne gennemfører en triage og deltager i et interview med en af 6 triage terapeuter. Hvis triagen indikerer, at soldaterne misbruger eller er afhængige af stoffer, skal de desuden gennemføre en evaluering "The Department of Substance Abuse Services Clinical Assessment Form" (DSAS) for at etablere, hvorvidt de møder kriterierne for misbrug eller afhængighed.</p> <p>Soldaternes primære misbrug er alkohol (67 pct.) efterfulgt af cannabis (14 pct.) og kokain (12 pct.). Soldaterne er ofte henvist af deres øverstbefalende efter hændelser med dårlig adfærd foranlediget af alkohol- eller stofmisbrug.</p> <p>De deltagende soldater i undersøgelsen er hovedsagligt mænd (88 pct.) med en gennemsnitsalder på 27,13 år. 43,3 pct. af soldaterne er single/har aldrig været gift, 38,4 pct. er gift, og 18,3 pct. er separeret eller skilt. Omkring 80 pct. af soldaterne er af juniorrang i militæret, og næsten 37 pct. har deltaget i mindst en kampindsættelse.</p> <p>61,2 pct. af soldaterne deltager i behandling efter udsendelse, og ca. 36,9 pct. skal udsendes til enten Afghanistan eller Irak. Man måler ikke, hvor længe siden, det er, at soldaterne er vendt tilbage, eller hvor lang tid, der er til, at soldaterne skal udsendes.</p> |
| Indsatsens primære aktører | <p>10 terapeuter, som alle er ansat af militæret, deltager i undersøgelsen. Terapeuterne randomiseres ikke til grupperne, men fordeles ud fra tilgængelighed. En terapeut leder alle 10 grupper.</p> <p>Terapeuternes erfaring med misbrugsbehandling varierer fra nyligt certificeret til mange års erfaring, og de trækker på en variation af teoretiske perspektiver i behandlingen. Der indsamles ikke yderligere demografiske data om terapeuterne.</p> |
| Indsatsbeskrivelse | <p>Undersøgelsen gennemføres i et militærmiljø, hvor soldaterne er indskrevet på programmet i perioden mellem august 2007-november 2008. En videnskabelig assistent mødes med alle soldater for at informere soldaterne om undersøgelsen og få samtykke til deltagelse. Soldaterne får at vide, at de deltager i en undersøgelse om feedback, men får på intet tidspunkt at vide, hvorvidt de er randomiseret til enten feedback- eller kontrolgruppen. Terapeuterne får desuden at vide, at de ikke må afsløre det over for soldaterne.</p> <p>Soldaterne deltager i gruppeterapi for misbrugsbehandling. Soldaterne fordeles i 10 grupper, der har rullende optag, så soldater kan stoppe og optages i en gruppe løbende. Soldaterne tilbydes fem gruppesessioner.</p> <p>Man anvender en åben proces og er åben over for, hvad soldaterne gerne vil tale om. Man taler således ikke udelukkende om stofmisbrug, selvom det er soldaternes primære udfordring. Gruppesessioner varer 1,5 time og omfatter mellem 8-12 forskellige kombinationer af gruppe-medlemmer ved hver session.</p> <p>Alle soldater uanset gruppe besvarer ORS inden en session. Soldaterne ser ikke resultaterne af deres svar, med mindre en terapeut vælger at dele det. Efter hver session får terapeuterne en udviklingsgraf på de soldater, der deltager i feedbackgruppen.</p> |
| Implementering | <p>Terapeuterne modtager ingen særlig træning i PCOMS eller feedback.</p> <p>Undersøgelsen indeholder ikke et fidelitetstjek, manualer for gennemførelse eller monitorering af terapeuternes adfærd. Man ved derfor ikke, om terapeuterne har anvendt feedback på en hensigtsmæssig måde.</p> |
| Outcome | <p>ORS anvendes til at måle outcome. Før-målingen sker, en uge inden gruppebehandlingen begynder, og eftermålingen sker enten ved den sidste session, en soldater deltager i, eller den femte session. Den sidste session soldaterne deltager i, betragtes således som deres ORS-eftermåling.</p> <p>Der måles ligeledes på, hvor mange sessioner soldaterne deltager i.</p> |

| Studie | Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment (Schuman m.fl., 2015) |
|----------------------------|--|
| | Der indsamles en progressionsrapport foretaget af både terapeut og øverstbefalende i forbindelse med et rehabiliteringsmøde, når en soldat har deltaget i sin sidste session. Terapeuterne har i forbindelse med ratingen kendskab til, hvilken gruppe soldaterne har deltaget i, mens øverstbefalende foretager ratingen uden at vide det. Disse målinger bruges som supplement til soldaternes egen måling via ORS. |
| Statistisk analyse | For at kontrollere for terapeuternes effekt består hver gruppe af lige mange feedback- og kontrolklienter. Man måler på signifikante kliniske forandringer (χ^2) og på frafaldsraten samt antal sessioner (t-test). Man anvender en univariat analyse af kovarians (ANCOVA) for at analysere forskelle i ORS-scoren mellem de to grupper ved followup, hvor der samtidig kontrolleres for baselinescoren. |
| Resultater | Indsats- og kontrolgruppe varierer ikke signifikant fra hinanden på ORS ved optag. Resultaterne viser, at soldaterne i feedbackgruppen opnår signifikant bedre resultater på ORS end soldater i kontrolgruppen, ES = 0.28. Soldater i indsatsgruppen deltager i gennemsnit i flere sessioner (4,16) end soldater i kontrolgruppen (3,55). Dette er en signifikant forskel. Desuden er der flere i indsatsgruppen, der gennemfører alle fem sessioner, end der er i kontrolgruppen. Her er der også tale om en signifikant forskel på de to grupper. Signifikant færre soldater i indsatsgruppen frafalder behandlingen. Man finder dog ingen signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppe i forhold til NOT (not on track) soldater. Mindre end 44 pct. af soldaterne i kontrolgruppen deltager fortsat i behandlingen ved femte session. Til sammenligning deltager 67 pct. af soldaterne i indsatsgruppen. Forskellen opstår efter anden session, hvor feedback implementeres, hvor 69 pct. deltager i behandlingen i kontrolgruppen og 85 pct. i indsatsgruppen. Der er altså uoverensstemmelse i deltagelsesraten mellem de to grupper, inden feedback implementeres. Terapeuter rater 116 ud af 138 soldater svarende til 84 pct. i indsatsgruppen til at have fornuftige eller gode behandlingsresultater, mens de rater 76 ud 124 soldater svarende til 61 pct. i kontrolgruppen til tilsvarende resultater. Øverstbefalende, der ikke kender randomiseringen, rater 82 pct. i indsatsgruppen til at have fornuftige eller gode behandlingsresultater og 51 pct. i kontrolgruppen. Desuden opnår soldater i feedbackgruppen højere rater af klinisk signifikant forandring og bedre ratings fra både terapeut og øverstbefalende. |
| Effekt af indsats | Studiet finder en positiv effekt på ORS. Soldater i feedbackgruppen deltager i flere sessioner end soldater i kontrolgruppen og fastholdes således i behandlingen i længere tid. |
| Studiets styrker/svagheder | Det er en styrke, at studiet anvender et RCT-design. Til gengæld er det en svaghed, at GSRS ikke er del af undersøgelsen. GSRS var ikke udviklet på det tidspunkt, hvor undersøgelsen blev implementeret, og man kan derfor ikke måle på terapeuternes indflydelse på resultaterne, dvs. terapeuternes alliance med soldaterne. Der måles udelukkende på ORS, som soldaterne selv udfylder, og rating system, som terapeuter og soldaternes øverstbefalende udfylder. Her er det værd at bemærke, at terapeuternes rating af soldaternes behandlingsresultater kan være biased, i kraft af at de kender soldaternes randomisering. |

Bilagstabel 2.12 Hansen, Howe & Sutton, 2015

| Studie | Impact of client feedback on clinical outcomes for young people using public mental health services: A pilot study (B. Hansen, Howe & Sutton, 2015) |
|----------------------------|---|
| Journal | Psychiatry Research |
| Forfatter | B., Hansen; A., Howe; P., Sutton |
| År | 2015 |
| Land | Australien |
| Formål | Studiet undersøger, hvorvidt feedback som et supplement til rutinemæssig klinisk pleje giver bedre behandlingsresultater. |
| Indsatsens målgruppe | Unge, der opfylder kriterierne for at være på et Child & Youth Mental Health Service (CYMHS). De unge har moderate til svære mentale/psykiske udfordringer. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet består af en før- og eftermåling, hvor ændringen i indsatsgruppen sammenlignes med en ikke randomiseret kontrolgruppe. |
| Randomisering | De unge randomiseres ikke til enten indsats- eller kontrolgruppe, fordi ORS og SRS bliver brugt som led i en feedback kultur. Man forventer i forlængelse heraf, at terapeuterne vil have vanskeligt ved at skifte mellem indsatserne. |
| Population | Populationen består først af en kontrolgruppe (n = 35 unge) og senere en indsatsgruppe (n = 38 unge), hvor ORS og SRS indgår. Kontrolgruppen består af 40 pct. kvinder og 60 pct. mænd. De unge har et aldersspænd mellem 9-17 år. I indsatsgruppen er aldersspændet 10-17 år, og der er lige mange piger og drenge. De mest almindelige diagnoser i begge grupper er humørsvingninger og angstlidelser. |
| Indsatsens primære aktører | CYMHS case managers/terapeuter. Studiet giver ikke yderligere oplysninger om aktørerne i behandlingen. |
| Indsatsbeskrivelse | Indsatsen bliver gennemført i CYMHS i Queensland, Australien. CYMHS er en del af Queensland Public Health System og er finansieret til at imødekomme behov for behandling hos unge med moderat til svære psykiske problemer. Data er indsamlet med etisk godkendelse mellem 2009 og 2012. Tilladelse til at anvende ORS og SRS til forskningsformål gives i 2006. Case manager/terapeut og de unge deltager frivilligt i undersøgelsen. De unge bliver informeret om de væsentligste tiltag og begrundelsen for feedback inden den første behandling. Dette anvendes herefter til at guide sessionerne. |
| Implementering | Inden indsatsen begynder, bliver CYMHS case managers instrueret i brugen af ORS og SRS som beskrevet i Duncan et al. (2004, s. 97-103). Studiet beskriver ikke eksplicit, hvordan FIT implementeres. Det bliver dog bemærket, at det vil være en god ide at samarbejde med et universitet (red. eller en anden forskningsinstitution) for at sikre et solidt forskningsdesign og valide resultater. Derudover må man læse ud af studiet, at implementeringen er meget afhængig af de udførende aktører, dvs. terapeuterne, i forhold til at sikre fidelitet i implementering i indsatsgruppe, men også som helhed. |
| Outcome | Man måler på fire forskellige udfaldsmål: The Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA), The Childrens' Global Assessment Scale (CGAS) og The Strengths and Difficulties Questionnaire udfyldt af både forældre og unge (SDQP, SDQY). Der foretages en førmåling i begyndelsen af behandlingen, og en eftermåling efter de første 3 måneder, eller når behandlingen afsluttes – afhængigt af, hvad der kommer først. |
| Statistisk analyse | Der anvendes multivariat analyse, hvor der kontrolleres for baselinemåling. |
| Resultater | Der er signifikant forskel på grupperne for alle fire udfaldsmål. For HoNOSCA er der tale om en klinisk signifikant forbedring. Outcomes er moderate og måles i en population, hvor størstedelen fortsat er i behandlingen og ikke er klar til at stoppe en behandling. De unge deltager i gennemsnit i 8 sessioner. ORS og SRS benyttes i gennemsnit fire gange med de unge i indsatsgruppen. |
| Effekt af indsats | FIT har effekt på outcomes, som bliver rated af en læge. |
| Studiets fordele/ulemper | Studiet er ikke randomiseret, hvorfor resultaterne skal tages med et vist forbehold. Studiet er meget lille og ikke særligt godt beskrevet. Det er eksempelvis ikke beskrevet, hvad HoNOSCA og CGAS egentlig måler. Man anvender SDQ data i analysen, men man opnår 30 pct. i svarprocent, hvilket er meget lavt. Det er ikke beskrevet, hvor mange der svarer for de øvrige udfaldsmål. Det er desuden en svaghed, at der er stor forskel på, i hvor høj grad terapeuterne indgår i undersøgelsen. Tre terapeuter deltager i størstedelen af behandlingerne på tværs af de to grupper, mens mange |

| | |
|---------------|--|
| Studie | Impact of client feedback on clinical outcomes for young people using public mental health services: A pilot study (B. Hansen, Howe & Sutton, 2015) |
| | terapeuter rapporterer, at de er optaget af kerneopgaver og kun har lidt tid til at deltage i undersøgelsen. Dette har både betydning i forhold til rekruttering af terapeuter til undersøgelsen, og i forhold til, at man ikke får udnyttet flere tilfælde, hvor SRS og ORS skulle have været i spil. |

Bilagstabel 2.13 Janse m.fl., 2017

| Studie | Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback (Janse m.fl., 2017) |
|----------------------------|---|
| Journal | Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research |
| Forfatter | Janse, P.D.; De Jong, K.; Van Dijk, M.K.; Hutschemaekers, G.J.M.; Verbraak, M.J.P.M. |
| År | 2017 |
| Land | Holland |
| Formål | Studiet undersøger effekten af FIT i forbindelse med cognitive-behavioural therapy (CBT). |
| Indsatsens målgruppe | Klienter med mentale problemer, der er ambulant tilknyttet sundhedsvæsenet. |
| Studiets forskningsdesign | Studiet anvender et praksisorienteret longitudinalt ikke-ækvivalent kontrolgruppedesign, hvor en baselinemåling og en opfølgende måling for indsats- og kontrolgruppen kan sammenlignes. I den første fase i 2010 måles kontrolgruppen. Den anden fase i 2011 begynder, efter at feedback er introduceret. |
| Randomisering | I første fase (kontrolgruppe) har 1.960 klienter mulighed for at deltage i undersøgelsen. 587 klienter svarende til 30 pct. ønsker at deltage i undersøgelsen. I anden fase (indsatsgruppe) ønsker 483 klienter (24 pct.) ud af 2.009 mulige klienter at deltage i undersøgelsen. De klienter, der ikke deltager i undersøgelsen i første fase, har lidt mildere symptomer indledningsvis, end de klienter, der deltager. I anden fase er der ingen forskel mellem de klienter, der deltager i undersøgelsen, og dem, der ikke gør. 1.070 klienter på tværs af indsats- og kontrolgruppe ønsker således at deltage i undersøgelsen. Dog modtager 64 klienter ikke behandling og bliver ekskluderet fra undersøgelsen. Den samlede population er derfor 1.006 klienter, hvoraf 545 klienter deltager i kontrolgruppen, og 461 klienter deltager i indsatsgruppen. 42 klienter i kontrolgruppen og 22 klienter i indsatsgruppen springer fra undersøgelsen efter randomiseringen og indgår ikke i analysen. |
| Population | Klienterne er henvist af deres læge og diagnosticeres via semistruerede interview. Klienterne søger primært behandling for mentale problemer. Klienternes alder varierer mellem 18-73 år med en gennemsnit alder på 42,6 år. Klienterne er en smule ældre i indsatsgruppen end i kontrolgruppen. Der er en overvægt af kvinder i både indsats- og kontrolgruppe. Klienter, der er selvmordstruede, psykotiske eller har brug for indlæggelse, ekskluderes fra deltagelse. Desuden ekskluderer man klienter i parterapi, klienter, der ikke har brug for behandling ved undersøgelsens opstart samt børn. |
| Indsatsens primære aktører | Klienterne tilses af 85 terapeuter, der som minimum har en master i psykologi og basis træning i CBT. 88 pct. af terapeuterne har fået avanceret træning i CBT. Terapeuterne bruger specifikke behandlingsguider for specifikke diagnoser, heriblandt fx PTSD, alkoholisme, bulimi og angst. Størstedelen af terapeuterne (82,6 pct.) er kvinder. Terapeuterne har en gennemsnitsalder på 31,7 år og tilser mellem 2-37 patienter i løbet af undersøgelsen. Lidt over halvdelen (55,8 pct.) af terapeuterne deltager i begge faser. |
| Indsatsbeskrivelse | Behandlingen foregår i kontekst af en hollandsk organisation for mental sundhed. Undersøgelsen varer 2 år fra 2010-2011. Klienter deltager i kognitiv adfærdsterapi CBT (cognitive-behavioural therapy) ifølge hollandske tværfaglige guidelines. Det fremgår ikke af studiet, hvor mange sessioner den almindelige behandling består af, eller hvor mange sessioner klienterne i undersøgelsen tilbydes/forventes at deltage i i den enkelte fase. Desuden ved vi ikke, hvor lang tid en enkelt session varer eller intensiteten af sessionerne. Alle klienter på tværs af grupperne udfylder ORS og SRS i forbindelse med hver session. Terapeuterne ser ikke skemaerne for klienter i kontrolgruppen. |
| Implementering | Førsteforfatteren og en videnskabelig assistent modtager basis og avanceret træning i ORS og SRS og gennemfører i starten af anden fase af undersøgelsen en halvdags træning i brugen af ORS og SRS for terapeuterne. Der er adskillige opfølgende træningsmøder for at diskutere terapeuternes oplevelser med at bruge feedback. Der måles ikke på behandlingsfidelitet i studiet. Man laver dog et integritetstjek i forhold til, hvorvidt feedback anvendes i indsatsgruppen. Dette gør man ved fysisk at tjekke 89 pct. af klienternes papirer i indsatsgruppen, hvilket viser, at terapeuterne anvender feedback i 76,8 pct. af tilfældene. Man kender ikke årsagen til, hvorfor der er forskel på effekten mellem terapeuterne, fordi man ikke har undersøgt det. Terapeuterne har særligt fokus på klienternes udvikling i løbet af de første fem sessioner, fordi disse kan være forudsigende for behandlingsresultater. |
| Outcome | Den afhængige variable og det primære outcome er the Global Severity Index (GSI) fra Symptoms Checklist-90-R (SCL-90). Outcome måles også forhold til antal sessioner pr. deltager. ORS anvendes som anden afhængig variabel. Man anvender The Mini Plus 5.0.0-R til at screene for Axis-I disorder. |

| Studie | Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback (Janse m.fl., 2017) |
|--------------------------|--|
| | <p>The Assessment for DSM-IV Personality Disorder Questionnaire anvendes til at screene for Axis-II disorder.</p> <p>ASIST bruges til at score ORS og SRS.</p> |
| Statistisk analyse | <p>En frafaldsanalyse viser Missing At Random (MAR). 27 pct. missing på SCL-90. Der laves multiple imputationer. Der laves multi-level analyse med repeated measures, hvor der tages hensyn til effekt af terapeut.</p> |
| Resultater | <p>Studiet finder ingen signifikant effekt på GSI, men til gengæld finder man effekt på ORS (ES på GSI kan beregnes, ORS er vanskeligere, fordi de ser på ændringer).</p> <p>Antallet af sessioner i indsatsgruppen er signifikant lavere end i kontrolgruppen. Klienter i indsatsgruppen deltager i gennemsnit i 14 sessioner, mens klienter i kontrolgruppen i gennemsnit deltager i 16 sessioner.</p> <p>Indsats- og kontrolgruppe afviger ikke signifikant i forhold til klienter, der dropper ud af behandlingen før tid. Klienter i indsatsgruppen dropper ud af behandlingen tidligere end klienter i kontrolgruppen.</p> |
| Effekt af indsats | <p>Studiet peger overordnet på, at FIT ikke har en effekt i forbindelse med CBT-behandling.</p> |
| Studiets fordele/ulemper | <p>Det er en styrke, at studiet anvender et afhængigt outcome mål, der ikke indgår som en del af interventionen.</p> <p>Til gengæld indeholder studiets design en svaghed, fordi man ikke kan være helt sikker på, at de to grupper er sammenlignelige, hvilket betyder noget for studiets validitet. Muligheden for at generalisere resultaterne er i øvrigt begrænset, fordi der er en lav tilslutning til at deltage i begge faser af undersøgelsen.</p> |

Bilag 3 Milepælsplan for implementering af projekt i Socialforvaltningen

Bilagstabel 3.1 Milepælsplan for implementering af projekt i Socialforvaltningen

| År | Måned | |
|------|-----------|---|
| 2013 | Aug | Udfærdigelse af ansøgning |
| | Nov | Afslag fra Trygfonden |
| | Dec | Møde med Trygfonden vedrørende ny ansøgning |
| 2014 | Jan | Start på ny ansøgning |
| | Feb | Indsendelse af ny ansøgning |
| | Nov | Bevilling fra Trygfonden |
| | Dec | Opstart af projekt |
| 2015 | Jan | Deltagelse i personalemøder orientering om FIT og projekt |
| | Jan | Deltagelse i ledermøder orientering om FIT og projekt |
| | Feb | Informationsmateriale til medarbejdere |
| | Mar 2 | Kickoff møde med alle medarbejdere |
| | Mar 3 | Lodtrækning af medarbejdere |
| | Mar 11 | FIT-faglig Opstartsday med ekstern FIT-supervisor |
| | Mar | Pilotfase med FIT af 1 borger pr. medarbejder |
| | Apr | Pilotfase med FIT af 1 borger pr. medarbejder |
| | Apr 14/15 | FIT-supervision i pilotfase |
| | Apr 23/24 | To dages Scott Miller seminar |
| | Apr 30 | Baselinespørgeskemaer sendes til enheder |
| | Maj | Baselinespørgeskemaer udfyldes af igangværende borgere |
| | Maj | FIT startes op for alle borgere i FIT-gruppen |
| | Maj 11/12 | Supervision hver 14. dag starter, lederne deltager så vidt muligt i supervision |
| | Jun | FIT-dag, hvor der erfaringsudveksles. FIT-planer introduceres af ekstern supervisor |
| | Aug | Supervision overgår til interne supervisorer |
| | Nov 1 | 6 mdrs. skema til borgere |
| 2016 | Feb 5 | Fællesmorgenmad med FIT-gruppe, status |
| | Feb 22 | |
| | Jun 1 | Followup skema |
| | Sep 9 | Kontrolgruppe på Scott Miller seminar. Forskningsperiode stopper |

Bilag 4 Styrkeberegning

I forbindelse med designet af forsøget blev der indledningsvis foretaget en styrkeberegning for at kunne vurdere, hvor lille stikprøven kunne være, for at en given effektstørrelse var statistisk signifikant. Vi anvendte vores primære effektmål, generel trivsel målt med WHO 5, til at bestemme stikprøvestørrelsen. Undersøgelsen var designet som et cluster randomiseret forsøg. I det ideelle cluster design er der mange clusters med få personer i hvert cluster; clusterstørrelsen er den samme i alle clusters, og intra class korrelationen er lille. Vi beregnede først stikprøvestørrelsen, som om forsøget var randomiseret på borgerniveau, og justerede derefter i forhold til, at forsøget var et clusterdesign (Bland, 2005; Rowe m.fl., 2002).

Vi havde ikke et tidligere randomiseret forsøg, som vi kunne designe stikprøvestørrelsen på baggrund af, så vi var derfor nødt til at lave nogle designantagelser. Mange studier fokuserer udelukkende på, om en given ændring er statistisk signifikant, og ser helt bort fra, om en given ændring har nogen relevant klinisk betydning (Lydick & Epstein, 1993), men det er lige så interessant at se på, om en given ændring på en skala har klinisk relevans (Bjorner m.fl., 2007, 2013; Pejtersen, Bjorner & Hasle, 2010). I et review, hvor man har set på mange forskellige Quality of Life instrumenter, har forfatterne vist, at en halv standardafvigelse regnes for et konservativt estimat for mindste relevante ændring på denne type skalaer (Norman, Sloan & Wywich, 2003). En effektstørrelse på 0,5 svarer også til de middel effektstørrelser, der er fundet i de hidtidige FIT-studier (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Reese m.fl., 2009; Reese m.fl., 2010). Vi designede derfor forsøget ud fra, at vi vil opnå en effektstørrelse på en halv standardafvigelse for WHO5-skalaen (Bech m.fl., 2003). Det danske valideringsstudie af WHO5 viste, at på skalaen, der går fra 0-100, kan man forvente en standardafvigelse på 19 point (Bech m.fl., 2003). Med en power på 80 pct. og et signifikansniveau på 5 pct. svarede dette til, at vi skulle bruge 64 borgere i indsatsgruppen og 64 borgere i kontrolgruppen for at kunne måle en difference på $0,5 \cdot 19 = 9,5$ point. For at kompensere for clustereffekten skal man multiplicere stikprøvestørrelsen med designeffekten, som afhænger af intra class korrelationskoefficienten (ICC) og den gennemsnitlige clusterstørrelse (Bland, 2005; Rowe m.fl., 2002).

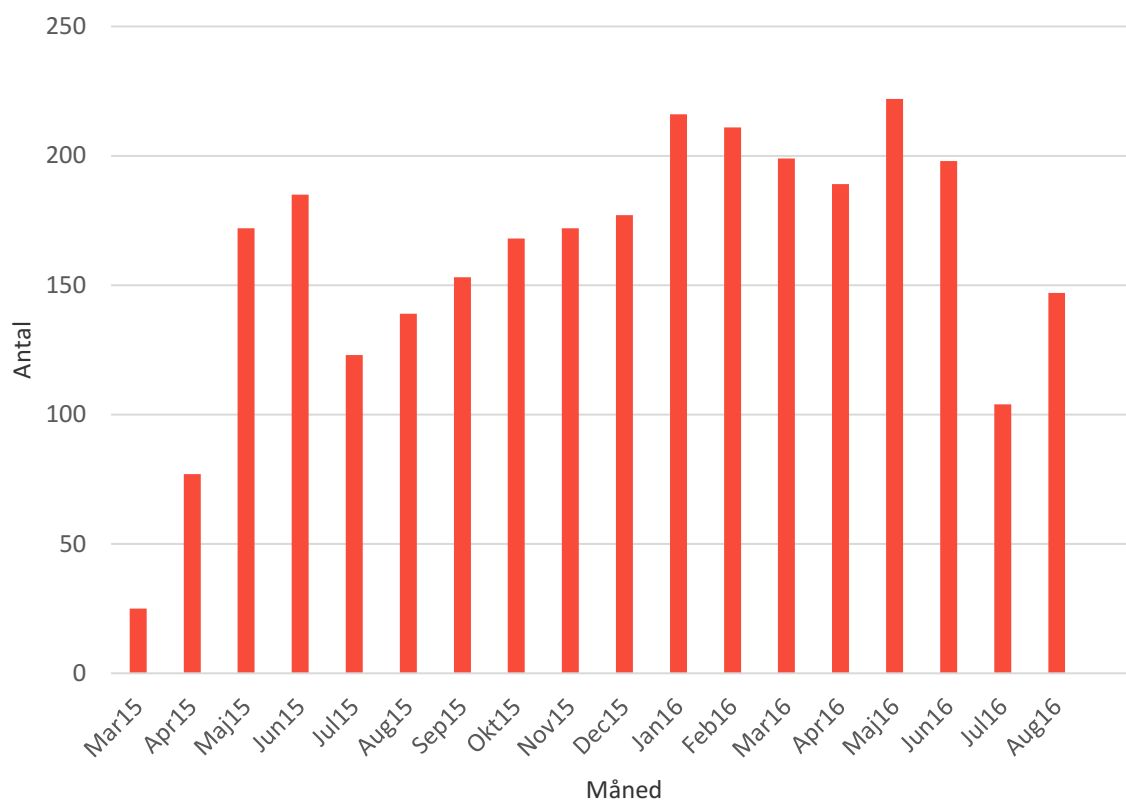
ICC er et mål for, i hvor høj grad borgerne ligner hinanden inden for hvert cluster i forhold til på tværs af clusters. Vi havde ikke et lignende studie, hvorfra vi kunne estimere ICC. I britiske studier af cluster RCT's foretaget inden for lægepraksisser var medianværdien for ICC 0,04 (Eldridge, Ashby & Kerry, 2006). Dette er en ofte anvendt designværdi, der viser, at de personer, der går til den samme læge, kun i begrænset omfang ligner hinanden. Vi brugte denne værdi i vores beregninger. Vi skulle desuden tage hensyn til, hvor mange personer der var i de enkelte clusters. Tal fra Københavns Kommune viste, at der inden for de 3 målgrupper var henholdsvis 28, 12 og 25 medarbejdere til henholdsvis 312, 212 og 425 borgere. Dette gav i gennemsnit henholdsvis 11, 18 og 17 borgere pr. medarbejder. Vi antog, at antal borgere pr. medarbejder ville variere med +/- 2 borgere, og at dette ville være ligeligt fordelt inden for de 3 målgrupper. Vi regnede således med, at clusterstørrelsen kunne variere fra 9 til 19 borgere på tværs af målgrupperne. Den vægtede gennemsnitlige clusterstørrelse blev hermed 15,7 borgere pr. medarbejder.

Når vi tog hensyn til både ICC og clusterstørrelse fik vi en designeffekt på 1,59, hvilket betød, at vi skulle bruge $1,59 \cdot 64 = 102$ borgere i hver gruppe. Da vi i alt regnede med ca. 949 borgere i målgruppen, betød det, at vores studie ville være stort nok til at måle en effekt.

Bilag 5 FIT-scores i undersøgelsesperioden

I Bilagsfigur 5.1 er angivet antal FIT-målinger opgjort pr. måned i forsøgsperioden. Marts og april 2015 var pilotfasen, hvor medarbejderne kun lavede FIT for 1 medarbejder. Figuren viser, at efter en start med mange målinger i maj og juni 2015, så falder antal målinger drastisk i juli 2015. Nedgangen i antal FIT-målinger i juli og august kan nok forklares ved, at det er en periode, hvor medarbejderne holder sommerferie, for vi ser et tilsvarende fald i juli og august 2016. Henover efteråret og vinteren 2015 stiger antal af FIT-målinger støt, og i første halvår af 2016 er antallet af FIT-målinger nogenlunde konstant på ca. 200 målinger pr. måned.

Bilagsfigur 5.1 Antal FIT-målinger pr. måned i forsøgsperioden



Note: August 16 er inklusive data frem til 9. september.

Bilag 6 Populationens generelle trivsel

At populationen i denne undersøgelse er en sårbar gruppe, fremgår af Bilagstabel 6.1. Ifølge Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2016) vil en person, som ligger i intervallet 0-35, være i reel risiko for depression eller langvarig stress. Der var 44 pct. af den samlede population, der havde en score på 35 eller under, og 3,6 pct. angav scoren 0. Den gennemsnitlige score for befolkningen er 68 point med en nedre grænse på 50. Det vil sige, at en person skal have en score på over 50 point, for at man kan sige, at man ikke har en lavere score end gennemsnittet af befolkningen. Dette gælder kun for 36 pct. af borgerne i denne undersøgelse.

Bilagstabel 6.1 Populationens score på WHO5 ved baseline

| WHO5 | Antal | Procent |
|-------|-------|---------|
| 0-35 | 198 | 44 |
| 36-50 | 90 | 20 |
| >50 | 163 | 36 |
| Total | 451* | 100 |

Note: *For 4 personer kan ikke der udregnes en score pga. missing values på items.

Tolkning af resultater (fra Sundhedsstyrelsen)

Standard: Gennemsnittet for befolkningen som helhed er 68 pointtal, men ved pointtal over 50 er testpersonen ikke umiddelbart i risiko for depression eller langvarig stressbelastning:

Pointtal mellem 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning

Pointtal mellem 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning

Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning.

Et pointtal på 50 eller derover kan derfor anvendes som et mål, som borgerne gerne skal tilnærme sig – fx med hjælp fra sundheds- og sociale indsatser. I forbindelse med kliniske indsatser regnes en forøgelse (eller forringelse) på 10 pointtal for en klinisk signifikant forskel, det vil sige, en forskel i trivsel, der er så stor, at den kan tilskrives indsatsen.

Bilag 7 Middelscore og standardafvigelse for skalaer om livskvalitet

Middelscore og standardafvigelse for de 4 skalaer om livskvalitet målt ved baseline og followup for FIT- og kontrolgruppen er angivet i Bilagstabel 7.1.

Bilagstabel 7.1 Middelscore og standardafvigelse for de 4 skalaer om livskvalitet målt ved baseline og followup

| Allokering | | Baseline | | | Followup | | |
|---------------------|---------|----------|--------|-------------------|----------|--------|-------------------|
| | | Antal | Middel | Standardafvigelse | Antal | Middel | Standardafvigelse |
| Generel trivsel | FIT | 255 | 39,0 | 24,8 | 255 | 41,8 | 23,2 |
| | Kontrol | 196 | 42,3 | 24,4 | 198 | 44,7 | 24,0 |
| Generelt helbred | FIT | 255 | 34,6 | 25,7 | 255 | 38,2 | 26,2 |
| | Kontrol | 199 | 40,7 | 28,8 | 199 | 41,3 | 27,1 |
| Fysisk livskvalitet | FIT | 255 | 50,1 | 21,9 | 255 | 52,6 | 22,5 |
| | Kontrol | 200 | 52,0 | 23,0 | 200 | 54,7 | 23,0 |
| Sociale relationer | FIT | 255 | 56,1 | 22,3 | 255 | 58,7 | 21,4 |
| | Kontrol | 200 | 57,0 | 20,7 | 200 | 59,6 | 19,6 |

Bilag 8 Statistisk analyse af effekten af FIT på generelt helbred, fysisk livskvalitet og sociale relationer

Resultaterne af den statistiske analyse af effekten af FIT på borgernes generelle helbred er angivet i Bilagstabel 8.1. Der er ikke signifikant forskel på borgernes helbred for FIT- og kontrolgruppe ved followup, når vi tager hensyn til de andre variable i modellen. FIT havde således ikke signifikant effekt på borgernes helbred. Borgernes helbred ved baseline havde betydning for deres helbred ved followup, ligesom alder havde betydning for deres helbred ved followup, Bilagstabel 8.1.

Bilagstabel 8.1 Analyse af Generelt helbred (scoret fra 1-5)

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|-------------------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | |
| Intercept (Generelt helbred) | 1 | -1,34 | 0,44 | 0,0923 |
| | 2 | 0,72 | 0,44 | 0,2422 |
| | 3 | 2,85 | 0,46 | 0,0247 |
| | 4 | 4,90 | 0,51 | 0,0108 |
| Allokering | FIT | -0,01 | 0,19 | 0,9757 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Generelt helbred ved baseline | 1 | -4,68 | 0,58 | <0,0001 |
| | 2 | -3,88 | 0,38 | <0,0001 |
| | 3 | -2,58 | 0,30 | <0,0001 |
| | 4 | -1,39 | 0,27 | <0,0001 |
| | 5 | 0 | | |
| Køn | Mand | 0,13 | 0,18 | 0,4938 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | 0,03 | 0,01 | 0,0008 |
| Random effekt | | | | |
| Ordning | | 0,01 | 0,03 | |
| Enhed (Ordning) | | 0 | | |
| Medarbejder (Enhed) | | 0,06 | 0,10 | |

Resultaterne af den statistiske analyse af effekten af FIT på borgernes fysiske livskvalitet er angivet i Bilagstabel 8.2. Der er ikke signifikant forskel på borgernes Fysiske livskvalitet for FIT- og kontrolgruppe ved followup, når vi tager hensyn til de andre variable i modellen. FIT havde således ikke effekt på borgernes fysiske livskvalitet. Borgernes Fysiske livskvalitet ved baseline og deres alder havde betydning for deres score ved followup Bilagstabel 8.2.

Bilagstabel 8.2 Analyse af Fysisk livskvalitet

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|----------------------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | |
| Intercept | | 30,4 | 4,1 | <0,0001 |
| Allokering | FIT | -0,8 | 1,5 | 0,6128 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Fysisk livskvalitet ved baseline | | | | |
| Køn | Mand | 0,0 | 1,6 | 0,9987 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | -0,2 | 0,1 | 0,0024 |
| Random effekt | | | | Pr > Z |
| Ordning | | 0 | | |
| Enhed (Ordning) | | 11,5 | 11,4 | 0,1561 |
| Medarbejder (Enhed) | | 0 | | |
| Residual | | 263,3 | 17,7 | <0,0001 |

Resultaterne af den statistiske analyse af effekten af FIT på borgernes Sociale relationer er angivet i Bilagstabel 8.3. Der er ikke signifikant forskel på borgernes Sociale relationer for FIT- og kontrolgruppe ved followup, når vi tager hensyn til de andre variable i modellen. FIT havde således ikke effekt på borgernes sociale relationer. Borgernes score på Sociale relationer ved baseline havde betydning for deres score ved followup Bilagstabel 8.3.

Bilagstabel 8.3 Analyse af Sociale relationer

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|---------------------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | |
| Intercept | | 32,6 | 3,7 | <0,0001 |
| Allokering | FIT | -0,4 | 1,6 | 0,8268 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Sociale relationer ved baseline | | | | |
| Køn | Mand | -0,7 | 1,6 | 0,6798 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | -0,1 | 0,1 | 0,3314 |
| Random effekt | | | | Pr > Z |
| Ordning | | 0 | | |
| Enhed (ordning) | | 0 | | |
| Medarbejder (Enhed) | | 0 | | |
| Residual | | 293,8 | 19,5 | <0,0001 |

Bilag 9 Analyse af afslutningsstatus, når der kontrolleres for, om borgeren var med fra start eller startede op under forsøget

Resultaterne af den statistiske analyse af, om der er forskel på afslutningsstatus i kontrol- og FIT-gruppen, når der ud over de organisatoriske strukturer (ordning, enhed, medarbejder) tages hensyn til køn, alder, og om borgeren er startet i indsats under forsøget eller allerede var i gang med indsats ved forsøgets start Bilagstabel 9.1. Analysen viste, at der ikke var signifikant forskel på, om borgerne startede op før forsøget eller under forsøget.

Bilagstabel 9.1 Analyse af afslutningsstatus kontrolleret for borgers starttidspunkt

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|-------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | |
| Intercept (Afslutningsstatus) | 1 | -0,35 | 0,33 | 0,4059 |
| | 2 | 2,09 | 0,34 | 0,0254 |
| Allokering | FIT | -0,08 | 0,16 | 0,6116 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Køn | Mand | -0,35 | 0,13 | 0,0072 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | 0,00 | 0,01 | 0,4246 |
| Borgerstart | Før forsøg | 0,28 | 0,15 | 0,0689 |
| Borgerstart | Under forsøget | 0 | | |
| Random effekt | | | | |
| Ordning | | 0,00 | | |
| Enhed (Ordning) | | 0,22 | 0,14 | |
| Medarbejder (Enhed) | | 0,17 | 0,08 | |

Bilag 10 Andel af borgere, som fik en varslings om boligudsættelse i FIT- og kontrolgruppen

Vi har undersøgt, om der var forskel på andelen af borgere, som fik en varslings om boligudsættelse i kontrol- og FIT-gruppen. I analysen blev der justeret for køn, alder og organisatorisk struktur. Imidlertid var der problemer med modellen, og da den variationen på det øverste organisatoriske niveau var lig med 0, har vi fjernet dette niveau i den efterfølgende model.

Resultatet af de statistiske analyser af, om der var forskel på andelen af borgere, som fik en varslings om boligudsættelser i kontrol- og FIT-gruppen, er vist i Bilagstabel 10.1. I analysen blev der justeret for køn, alder og organisatorisk struktur (enhed og medarbejder). Der var ikke signifikant forskel på andelen med varslings om boligudsættelser i kontrol- og FIT-gruppen.

Bilagstabel 10.1 Analyse af, om der var forskel på andelen af borgere med en varslings om boligudsættelse i løbet af forsøgsperioden i FIT- og kontrolgruppen

| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|-----------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | Pr > t |
| Intercept (varslings) | | 4,26 | 0,89 | 0,002 |
| Allokering | FIT | -0,14 | 0,45 | 0,7558 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Køn | Mand | -0,75 | 0,50 | 0,133 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | 0,00 | 0,02 | 0,8583 |
| Random effekt | | | | |
| Enhed | | 0,20 | 0,27 | |
| Medarbejder (Enhed) | | 0,17 | 0,63 | |

Bilag 11 Analyse af arbejdsmarkedsstatus for borgerne i FIT- og kontrolgruppen

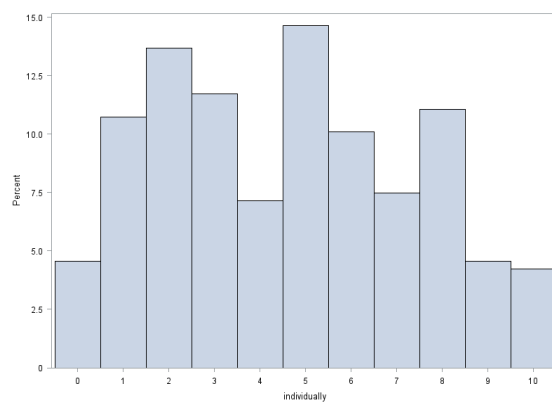
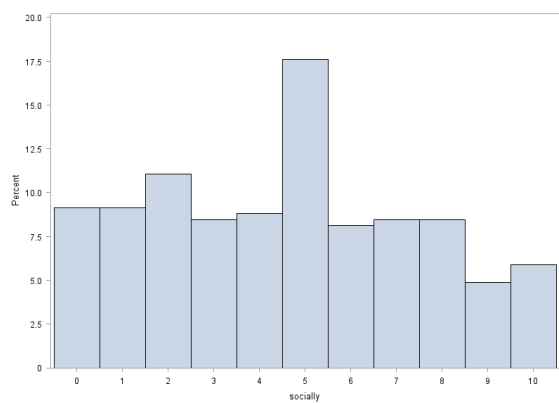
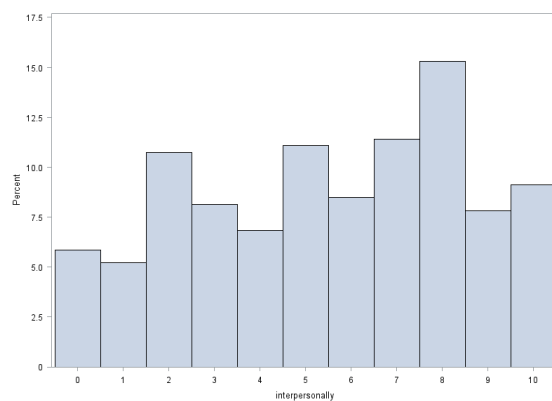
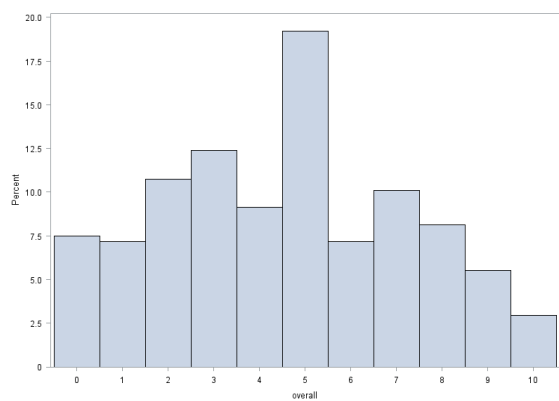
Resultatet af de statistiske analyser af arbejdsmarkedsstatus for borgerne i FIT- og kontrolgruppen er vist i Bilagstabel 11.1. Analysen viser, at der ikke er signifikant forskel på arbejdsmarkedsstatus for FIT- og kontrolgruppen. I analysen blev der justeret for køn, alder, organisatorisk struktur og arbejdsmarkedsstatus ved starten af forsøget.

Bilagstabel 11.1 Analyse af arbejdsmarkedsstatus for borgerne i FIT- og kontrolgruppen

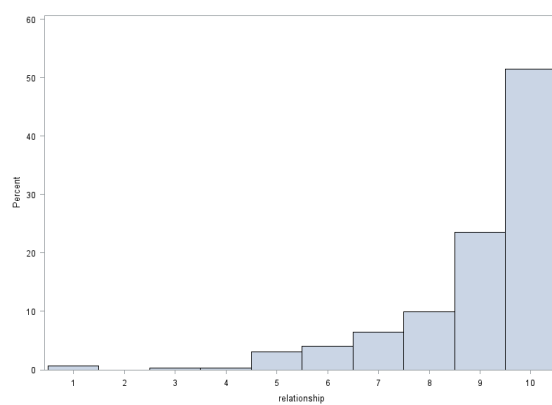
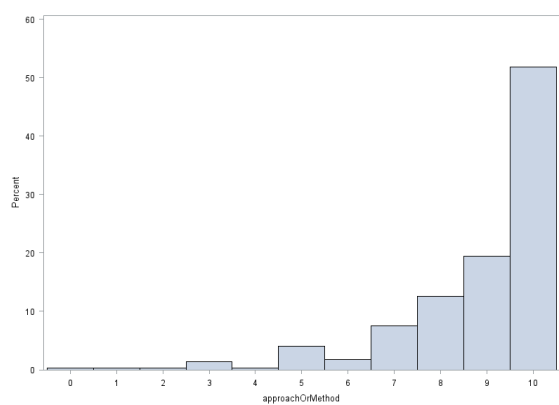
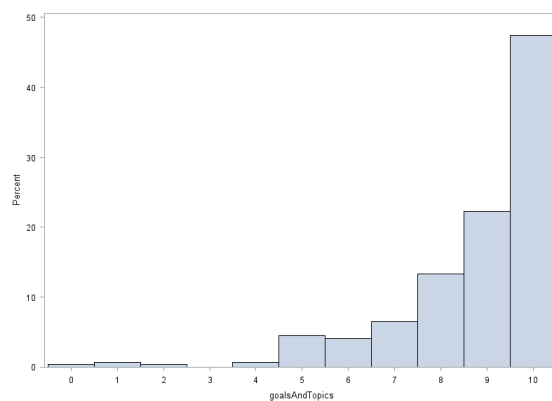
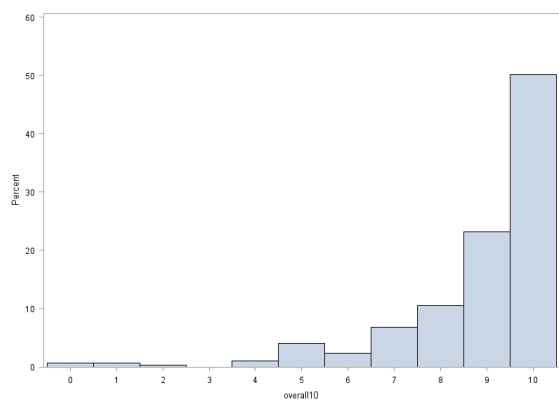
| Effekt | | Estimat | Standard Error | Pr > t |
|-----------------------------------|---------|---------|----------------|---------|
| Fixed effekt | | | | Pr > t |
| Intercept (Arbejdsmarkedsstatus) | 1 | -24,16 | 1,33 | 0,003 |
| | 2 | -22,94 | 1,32 | 0,0033 |
| | 3 | -22,18 | 1,30 | 0,0034 |
| | 4 | -21,05 | 1,26 | 0,0036 |
| | 5 | -20,97 | 1,26 | 0,0036 |
| | 6 | -17,19 | 1,24 | 0,0051 |
| | 7 | -16,28 | 1,23 | 0,0057 |
| Allokering | FIT | 0,07 | 0,16 | 0,6902 |
| | Kontrol | 0 | | |
| Arbejdsmarkedsstatus ved baseline | 1 | 25,92 | 0,51 | <0,0001 |
| | 2 | 23,61 | 0,28 | <0,0001 |
| | 3 | 22,50 | 0,36 | <0,0001 |
| | 4 | 22,35 | 0,24 | <0,0001 |
| | 5 | 21,17 | 0,53 | <0,0001 |
| | 6 | 20,43 | 0 | <0,0001 |
| | 7 | 18,92 | 0,43 | <0,0001 |
| | 8 | 0 | | |
| Køn | Mand | -0,05 | 0,21 | 0,7963 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | -0,02 | 0,02 | 0,2143 |
| Random effekt | | | | |
| Ordning | | 0,03 | 0,06 | |
| Enhed (Ordning) | | 0 | 0,18 | |
| Medarbejder (Enhed) | | 0 | | |

Note: Kategorierne for arbejdsmarkedsstatus: 1: I arbejde, 2: Ledig, 3: I gang med uddannelse, 4: I afklaringsforløb, 5: Uddannelsesparat, 6: Aktivitetsparat, 7: Selvforsørgende, 8: Førtidspension/folkepension/død.

Bilag 12 Frekvensfordeling for items i ORS-skalaen



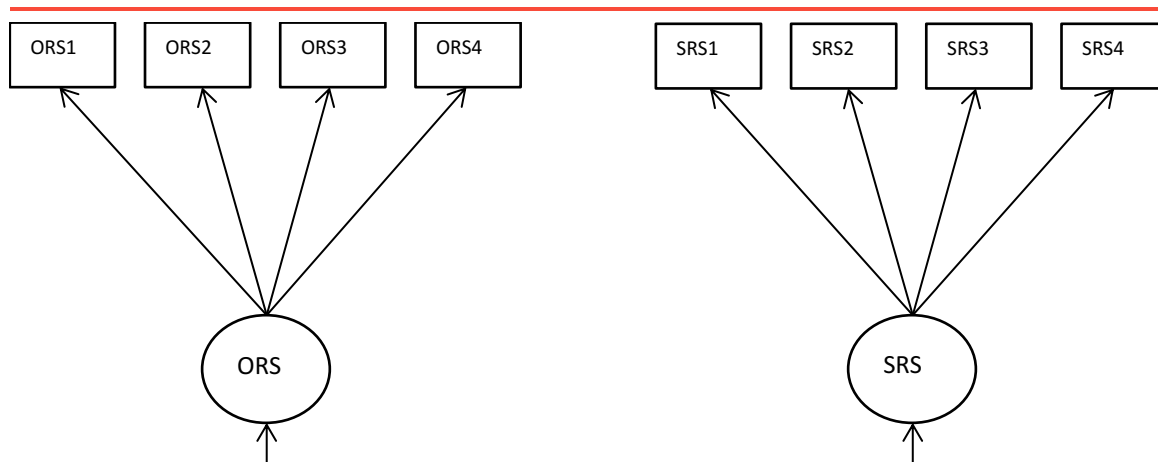
Bilag 13 Frekvensfordeling for items i SRS-skalaen



Bilag 14 Konfirmatorisk faktoranalyse af ORS og SRS

Vi har lavet skalavalidering af de 2 skalaer ORS og SRS ved hjælp af konfirmatorisk faktoranalyse. Det vil sige, at vi har undersøgt, om vi kunne genfinde den faktorstruktur, som beskrives ved hjælp af ORS og SRS og de enkelte items på vores data. Modellen med 2 latente variable er angivet i Bilagsfigur 14.1.

Bilagsfigur 14.1 Model med 2 latente variable



De 4 items for SRS-skalaer er som beskrevet i Bilag 13 meget skævt fordelte. Analysen forudsætter, at items er normalfordelte. Vi har derfor transformeret de enkelte item for SRS-skalaen med funktionen $Y = 1/(11-x)$. Dette retter i nogen grad op på problemet, men vi kan heller ikke helt undgå den skæve fordeling, da vi har den kraftige ceiling effekt.

Vi har anvendt PROC CALIS i SAS. For at kunne identificere modellen har vi sat variansen for de to latente variable ORS og SRS til 1. Modellens FIT-statistik er angivet i Bilagstabel 14.1.

Bilagstabel 14.1 FIT-statistik for modellen

| Fit Summary | |
|-------------------------------|---------|
| Chi-Square | 32,2235 |
| Chi-Square DF | 19 |
| Pr > Chi-Square | 0,0295 |
| Standardized RMR (SRMR) | 0,0422 |
| RMSEA Estimate | 0,0488 |
| Bentler Comparative Fit Index | 0,9921 |

Vi får afvist modellen i forhold til chi-square test, mens RMR, RMSEA og Bentler indikerer en acceptabel model. Korrelation mellem de 2 latente variable er lav (0,22). R-square i Bilagstabel 14.2 viser andel af variansen, som den enkelte variabel deler med den samlede faktor. Vi ser, at item *Overall* har en meget høj værdi, hvilket indikerer, at det er god indikator for den samlede faktor. Det betyder imidlertid også, at der ikke er så meget yderligere information ved at tage dette item med. Omvendt hvis man ønsker at beskrive skalaen med et item, så ville man vælge items *Overall*, da det item har størst varians som item deler med den samlede faktor.

Bilagstabel 14.2 Korrelationer

| Squared Multiple Correlations | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------|
| Variable | Error Variance | Total Variance | R-Square |
| Individually | 1,76 | 7,49 | 0,77 |
| Interpersonally | 5,52 | 8,64 | 0,36 |
| Socially | 4,53 | 8,25 | 0,45 |
| Overall | 0,67 | 7,02 | 0,90 |
| Relationship | 0,01 | 0,08 | 0,82 |
| GoalsAndTopics | 0,02 | 0,09 | 0,76 |
| ApproachOrMethod | 0,01 | 0,08 | 0,84 |
| Overall10 | 0,02 | 0,08 | 0,76 |

Vi har lavet en analyse, hvor vi har fjernet item *Overall*. Resultatet af model FIT er angivet i Bilagstabel 14.3.

Bilagstabel 14.3 Model FIT

| Fit Summary | |
|-------------------------------|---------|
| Chi-Square | 12,4913 |
| Chi-Square DF | 13 |
| Pr > Chi-Square | 0,4878 |
| Standardized RMR (SRMR) | 0,0223 |
| RMSEA Estimate | 0 |
| Bentler Comparative Fit Index | 1 |

Vi kan nu ikke afvise modellen, og øvrige FIT-statistikker angiver også, at det er en god model.

I de foregående analyser antog vi, at de transformerede items i SRS-skalaen tilnærmelsesvis var normalfordelte, selvom vi ikke helt kunne transformere ceiling effekten væk. I det følgende har vi lavet analyser, hvor vi har antaget, at items i SRS-skalaen er dikotome. Det vil sige, at vi har antaget, at enten er man tilfreds, eller også er man utilfreds. Vi har lagt cutpointet på 9 point. Dette svarer groft sagt til 36 point på den samlede skala, hvis man svarer ens på de 4 item. I FIT-manualerne regnes 36 point som klinisk cutpoint, for at man bør gøre noget.

Vi har således lavet en model (se Bilagsfigur 14.1), hvor de 4 items om SRS betragtes som dikotome og de 4 items for ORS som kontinuerte. Resultaterne af analysen på den samlede model er angivet i Bilagstabel 14.4.

Bilagstabel 14.4 Model FIT

| Fit Summary | |
|-------------------------------|---------|
| Chi-Square | 39,6582 |
| Chi-Square DF | 19 |
| Pr > Chi-Square | 0,0036 |
| Standardized RMR (SRMR) | 0,0463 |
| RMSEA Estimate | 0,061 |
| Bentler Comparative Fit Index | 0,9723 |

Analysen viser, at vi får afvist modellen i forhold til chi-square, mens RMR, RMSEA, Bentler indikerer en acceptabel model. Tilsvarende analysen ovenover har vi set på R-square i Bilagstabel 14.5. R-

square angiver andelen af variation, som variabelen deler med den samlede faktor, og igen ser vi, at Overall har en meget høj værdi (0,92).

Bilagstabel 14.5 Korrelationer

| Variable | Error Variance | Total Variance | R-Square |
|------------------|----------------|----------------|----------|
| Individually | 1,57 | 7,52 | 0,79 |
| Interpersonally | 5,14 | 8,76 | 0,41 |
| Socially | 4,05 | 8,25 | 0,51 |
| Overall | 0,59 | 7,01 | 0,92 |
| Relationship | 0,06 | 0,23 | 0,74 |
| GoalsAndTopics | 0,07 | 0,23 | 0,70 |
| ApproachOrMethod | 0,04 | 0,23 | 0,83 |
| Overall10 | 0,07 | 0,23 | 0,70 |

Vi har derfor lavet analyser af en model, hvor vi har fjernet item *Overall*. Resultatet af analysen er angivet i Bilagstabel 14.6.

Bilagstabel 14.6 Model FIT

| Fit Summary | |
|-------------------------------|---------|
| Chi-Square | 15,0861 |
| Chi-Square DF | 13 |
| Pr > Chi-Square | 0,302 |
| Standardized RMR (SRMR) | 0,0312 |
| RMSEA Estimate | 0,0234 |
| Bentler Comparative Fit Index | 0,9959 |

Resultatet viser, at vi ikke kan afvise modellen, og at SRMR, RMSEA og Bentler indikerer, at det er en god model. Vi får således samme resultat som ved modellerne, hvor vi transformererede items fra SRS-skalaen.

Overordnet viser analyserne, at den oprindelige model med 4 items for både SRS og ORS er nogenlunde acceptabel. Man får dog en bedre model ved at fjerne item *overall* om generel følelse af velbefindende.

Bilag 15 Afslutningsstatus som funktion af FIT-data (valide, ikke valide)

Statistisk analyse af Afslutningsstatus som funktion af FIT-data. Der er justeret for alder, køn og organisatoriske strukturer (ordning, enhed, medarbejder) Bilagstabel 15.1. Analysen viste, at der ikke var forskel på afslutningsstatus afhængig af, om borgeren havde valide eller ikke valide FIT-data.

Bilagstabel 15.1 Statistisk analyse af Afslutningsstatus som funktion af FIT-data. Der er justeret for alder, køn og organisatoriske strukturer (ordning, enhed, medarbejder)

| Effekt | | Estimate | | Standard Error |
|-------------------------------|--------------|----------|------|----------------|
| Fixed effekt | | | | Pr > t |
| Intercept (Afslutningsstatus) | 1 | -0,56 | 0,36 | 0,1642 |
| | 2 | 1,65 | 0,37 | 0,0029 |
| FIT-data | Ingen valide | -0,11 | 0,18 | 0,5284 |
| | Valide | 0 | | |
| Køn | Mand | -0,18 | 0,18 | 0,2993 |
| | Kvinde | 0 | | |
| Alder | | 0,00 | 0,01 | 0,6035 |
| Random effekt | | | | |
| Enhed | | 0,12 | 0,10 | |
| Medarbejder(enhed) | | 0,11 | 0,09 | |

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD