

Assessment of Core CBT Skills (ACCS)

www.accs-scale.co.uk

Norsk versjon

Brukermanualen

Endelig versjon (3) - juli 2014

Bidragstere: Kate Muse, Freda McManus, Sarah Rakovshik og Helen Kennerley

Oversatt - 2025 Thomas Pedersen & Peter Prescott



Denne forskningen ble støttet av et stipend fra British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP) tildelt Kate Muse og Freda McManus og ble utført i tilknytning til University of Oxfords psykiatriske avdeling og Oxford Cognitive Therapy Center (OCTC).

Med spesiell takk til de som deltok i utviklingen og evalueringen av ACCS, spesielt ansatte ved OCTC, First Step, University of Derby KAT, og South of Scotland KAT.

Innholdsfortegnelse

Generelle retningslinjer	2
Område 1 - Agendasetting	6
1.1. Egnede agendapunkter	6
1.2. Gjennomførbar agenda	7
Område 2 - Kasusformulering	8
2.1. Sammenhengende og dynamisk formulering	8
Område 3 - KAT-intervensjoner	9
3.1. Passende intervensjonsmål	9
3.2. Valg av egnede intervensjoner:	10
3.3. Begrunnelse for intervensjoner	11
3.4. Implementering av intervensjoner	12
3.5. Vurdering av intervensjoner	13
Område 4 - Hjemmeoppgaver	14
4.1. Gjennomgang av hjemmeoppgaver	14
4.2. Velge passende hjemmeoppgaver	15
4.3. Begrunnelse for hjemmeoppgaver	16
4.4. Planlegge hjemmeoppgaver	17
Område 5 - Vurdering av endring	18
5.1. Velge egnede måling	18
5.2. Implementering av måling	19
Område 6 - Effektiv bruk av tid	20
6.1. Tempo	20
6.2. Tidsstyring	21
6.3. Opprettholdt fokus	22
Område 7 - Fremme terapeutisk relasjon	23
7.1. Mellommenneskelig stil	23
7.2. Empatisk forståelse	24
7.3. Samarbeid	25
Område 8 - Effektiv toveiskommunikasjon	26
8.1. Tilbakemelding fra pasienter	26
8.2. Reflekterende oppsummering	27
Vurdering av pasientens kompleksitet	28
Referanser	29

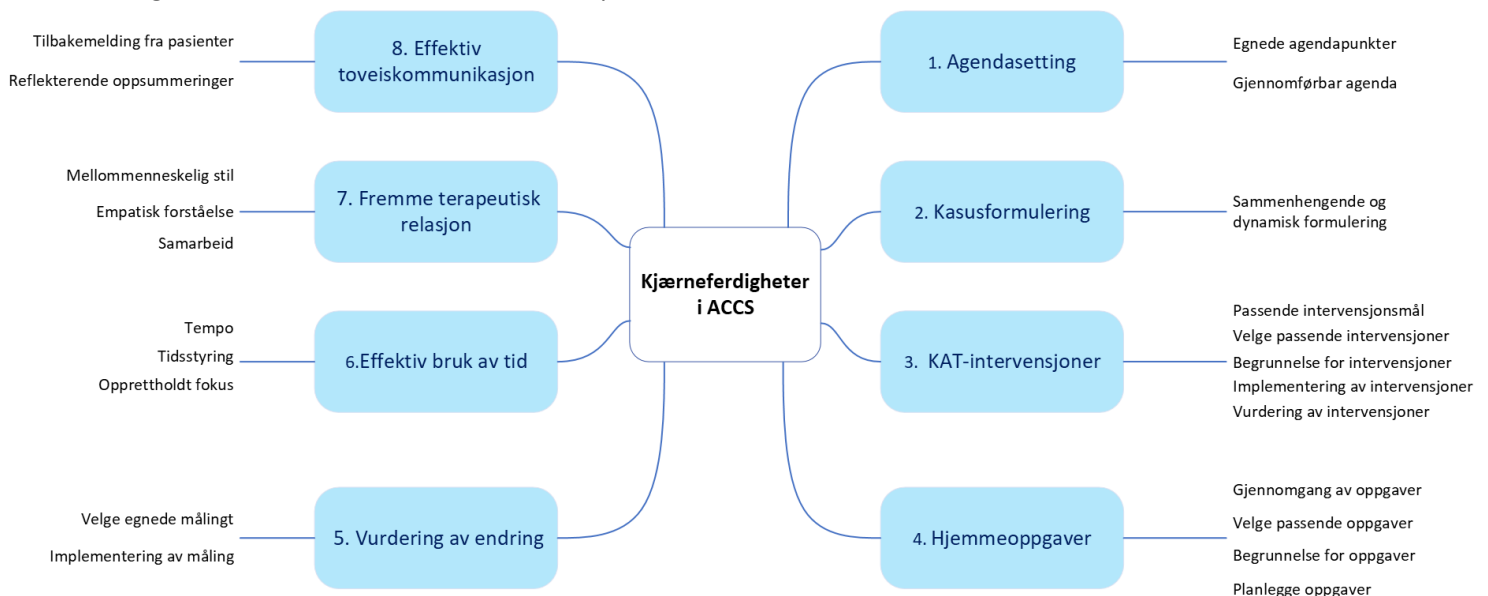
Generelle retningslinjer

Skala omfang

Assessment of Core CBT Skills (ACCS) brukes for å vurdere observerbare terapeutferdigheter og å gi en oversiktlig og formativ tilbakemelding til KAT-behandleren. Skalaen vurderer både generelle og KAT-spesifikke terapeutferdigheter som kreves ved individuell behandling med kognitiv atferdsterapi for voksne med psykiske problemer. Skalaen har fokus på transdiagnostisk KAT kompetanse, fremfor spesifikke terapeutferdigheter ved bestemte lidelser eller behandlingsprotokoller. Skalaen er ment å vurdere en behandlingstime under et behandlingsforløp (altså ikke første eller siste samtale). Skjemaet inkluderer derfor ikke ferdigheter som ikke forekommer i de fleste aktive behandlingsøkter (f.eks. målsetting, tilbakefallsforebygging osv.).

Kjernekompetansene ble inkludert i skalaen på bakgrunn av en gjennomgang av relevant litteratur. Spesielt takk til forfatterne av Cognitive Therapy Scale (CTS, eller Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS, www.beckinstitute.org), Cognitive Therapy Scale-Revised (CTS-R: Blackburn et al., 2001) og Roth og Pillings (2007) kompetanserammeverk.

Som vist i figuren nedenfor, har skalaen åtte kompetanseområder, som hver inkluderer to til fem elementer:



Skalaen gir en totalpoengsum og et samlet gjennomsnitt for alle de 22 elementene, som gir et helhetsbilde av terapeutens kompetanse i behandlingstimen. Antall poeng for hvert element gir en detaljert tilbakemelding om terapeutens spesifikke styrker og svakheter. I tillegg er det mulig å gi skriftlige kommentarer i tilbakemeldingsskjemaet, for eksempel hva terapeuten kan gjøre for å videreutvikle sin kompetanse. Skalaen kan brukes til å vurdere om terapeuter har tilstrekkelig kompetanse (nyttig for akkreditering, evaluering av effekten av opplæring, utvelgelse og måling av forskning). Gjentatte målinger kan bidra til å identifisere terapeutens progresjon og utvikling (nyttig innen veiledning og opplæring, for kontinuerlig utvikling som KAT-terapeut og for å undersøke ferdighetstilleggelse).

Slik bruker du ACCS

Brukermanualen beskriver hvordan en kan bedømme kvaliteten eller dyktigheten av terapeutens utøvelse av KAT ved hjelp av ACCS-tilbakemeldingsskala. Det anbefales at den som bedømmer terapeutens kompetanse (veileder, kollega eller terapeuten selv) bruker tid på å lese og sette seg inn i brukermanualen. Til å begynne med bør man gå gjennom skalaen punkt for punkt når man fyller ut tilbakemeldingsskjemaet. Etter hvert som man blir kjent med skalaen, kan brukermanualen konsulteres når spørsmål eller usikkerhet oppstår. Det anbefales at man med jevne mellomrom gjennomgår manualen på nytt for å forhindre «assessor drift» (dvs. at man over tid gradvis endrer sine standarder eller kriterier for vurdering av skalaens elementer).

Trinn 1: Gi poeng for hvert element

Hvert av de åtte områdene har fra ett til fem elementer som skåres på en skala fra 1 til 4. Det er mulig å gi 1/2-poeng (dvs. 1.5, 2.5 eller 3.5). Overordnede definisjoner av skalaen:

Kompetansenivå**Definisjon****1. Begrenset**

- Terapeut fremviser ikke ferdighetene beskrevet i elementet.
- Eler terapeuten viser en betydelig mangel på ferdighetene eller har en feilaktig fremgangsmåte som vil sannsynligvis ha negative terapeutiske konsekvenser.

2. Grunnleggende

- Terapeutens ferdigheter er til en viss grad i overensstemmelse med elementet. Det blir demonstrert en viss grad av dyktighet.
- Åpenbare problemer eller mangler forekommer.

3. God

- Terapeuten viser et godt kompetansenivå uten store problemer.
- Det er imidlertid mindre problemer eller noen uregelmessigheter i terapeuten arbeid.

4. Avansert

- Terapeuten viser konsekvent et høyt ferdighetsnivå med bare svært få og ubetydelige problemer.

For hvert element blir det gitt konkrete eksempler på de fire kompetansenivåene. Disse eksemplene skal hjelpe en å fastslå terapeuten prestasjon på de ulike elementene. Det kan imidlertid være tilfeller der terapeuten viser ujevn eller varierende kompetanse for et element. I slike tilfeller skal de overordnede definisjonene anvendes for å bestemme kompetansenivå. For eksempel, ved elementet "Avtale egnete hjemmeoppgaver", kan terapeuten ha kommet fram til relevante oppgaver knyttet til viktige tema drøftet i behandlingstimen (nivå 4), men hjemmeoppgaven var for vanskelig for pasienten. Hjemmeoppgaver som er for utfordrende for pasienten defineres som et "åpenbart problem", slik at kompetansenivået til terapeuten settes til «2. Grunnleggende». Ved kvalitativ (skriftlig eller muntlig) tilbakemelding kan bedømmeren forklarer hvorfor «2. Grunnleggende» ble gitt, samtidig som man nyanserer bildet og gir tilbakemelding om at det også ble fremvist ferdigheter på nivå «4. Avansert».

Tilbakemeldingsskjemaet skal brukes til å gi en tallmessig vurdering for hvert element på skalaen. Ved å legge poengene for alle elementene får man en totalsum for behandlingstimen. En gjennomsnittlig sum for behandlingstimen gis ved å dele totalsummen med 22 (antall elementer i skalaen).

OBS

- Brukermanualen kan ikke ramse opp alle mulige observerbare eksempel på de forskjellige kompetansenivåene. Dessuten vil vurdering av kompetansenivå innebære en viss grad av subjektivitet. For å sikre at ulike bedømmere vurderer elementene likt, er det viktig at vurderingene i størst mulig grad baseres på eksemplene på de fire kompetansenivåene når det er mulig.
- Det kan være nyttig for bedømmer å fortløpende gjøre skriftlige notater om terapeuten kompetanse på de ulike elementene. Imidlertid bør bedømmere vente med å sette skårer til at hele behandlingstimen er gjennomgått.
- "Halo-effekten" dreier seg om at en vurdering av terapeuten ulike delferdigheter blir farget av et helhetsinntrykk av terapeuten (Cooper, 1981). Dette kan føre en gjennomgående høy eller lav vurdering uten nevneverdig variasjon, i stedet for en spesifikk vurdering av de ulike elementene hver for seg med henblikk på terapeuten styrker og svakheter. Husk at terapeuten ferdighetsnivå kan variere – Terapeuten kan prestere dårlig på ett kompetanseområde og veldig godt på et annet. Det er derfor viktig å bedømme hvert element uavhengig av andre elementer. Unngå å la et samlet globalt inntrykk av behandlingstime farge bedømming av de enkelte elementene.

Trinn 2: Gi kvalitativ tilbakemelding for hvert område

Etter å ha gitt poeng for område, har bedømmeren anledning til å trekke fram terapeutens styrker og læringsbehov. Bedømmeren kan sammenligne terapeutens intervensjoner og atferd med det som ansees som god behandling i den aktuelle timen og gi eksempler på både det som var vellykket og det som var mindre vellykket. Der terapeuten har svakheter, kan bedømmeren foreslå andre måter å gå fram på slik at terapeuten får mulighet til å forbedre sine ferdigheter. Konkrete tilbakemeldinger av denne typen er til stor nytte for terapeutens videreutvikling og progresjon.

Trinn 3: Gi en helhetlig nivåbedømmelse for hele timen

Terapeutens kompetansenivå for hele timen vurderes fra 1 til 4 på skalaen for kompetansenivå. Nivået bør gjenspeile bedømmerens helhetsinntrykk av terapeutens prestasjoner gjennom hele behandlingstimen. Summen av skårene vil som regel være i overensstemmelse med disse vurderingene. Dette vil imidlertid ikke alltid være tilfelle. Noen ganger vil bedømmeren gi en helhetlig vurdering som gjenspeiler tilstedeværelsen eller fraværet av kompetanse og ferdigheter som ikke er inkludert i ACCS.

Trinn 4: Vurder pasientens kompleksitet

Pasientens kompleksitet er ikke tatt med i poengsystemet for de enkelte vurderingspunktene, ettersom dette kan forstyrre eller skape skjevheter i vurderingene.

I tillegg kan det å reservere de høyeste vurderingene for prestasjoner som skjer under vanskelige forhold eller ved økt kompleksitet, urettferdig hindre dem som jobber med mer rettfram problemstillinger fra å få toppscore.

Likevel bes bedømmeren om å gi en egen vurdering av pasientens kompleksitet helt på slutten av skalaen.

Dette gjør at man kan ta hensyn til konteksten når man ser på ACCS-vurderingene — altså om terapeuten har levert KAT like godt med en pasient det er enkelt å jobbe med, eller med en pasient som har mer komplekse vansker.

Minimum kompetansepoengsum

ACCS angir ingen grense for laveste poengsum som kan si om en terapeut er tilstrekkelig kompetent eller ikke. For det første er det nødvendig med ytterligere forskning for å kunne sette en slik grenseverdi eller "vippepunkt" for kompetanse. I tillegg kan grenseverdien for kompetansenivået (og dermed poengsummen på ACCS) variere i henhold til konteksten og formålet med vurderingen. For eksempel, vil poengsummen grensen for å delta på et KAT-kurs, være lavere enn det som kreves ved akkreditering. Imidlertid gir total poengsum et inntrykk bilde av terapeutens kompetanse: Begrenset = 22 poeng, grunnleggende = 44 poeng, god = 66 poeng, avansert = 88 poeng. (Den gjennomsnittlige summen for behandlingstimen er en annen måte å tallfeste terapeutens helhetlige kompetanse.)

Vurderingsmaterieill

ACCS skal brukes for å vurdere terapeuters kompetanse i en "aktiv" KAT-behandlingstime. Den anvendes i behandlingsøkter med KAT-intervensjons og strategier. Den skal ikke brukes i innledende vurderingstimer, ved oppsummeringstimer eller ved avslutning av behandling.

Vurderinger bør baseres på kildemateriale som beholder mest mulig informasjon, e.g. videoopptak. Dette er mer sannsynlig å gi den mest nøyaktige representasjonen av behandlingsøkten og dermed den mest nøyaktige vurderingen av terapeutenes kompetanse (Waltz, Addis, Koerner og Jacobson, 1993). Siden det vanligvis ikke er mulig å sitte fysisk på behandlingsøkter, gjøres

Direkte observasjon og videoopptak gir mest nøyaktig og detaljert informasjon om hva som foregår i behandlingstimen og er det optimale kildematerialet for vurdering med ACCS. Lydopptak kan også brukes. Vurderinger skal ikke gjøres på grunnlag av transkripsjon eller terapeutens muntlig/skriftlig rapport.

Det anbefales at bedømmer baserer sine vurderinger på en full behandlingstime, i stedet for segmenter eller deler av en time. Påliteligheten til vurderingen av enkeltelementer svekkes dårligere når bedømmere kun ser på segmenter i stedet for hele timen. Vurderinger basert på timesegmenter gjør at man kan gå glipp av viktig terapeutkompetanse som ikke kommer fram i segmentet (Weck, Bohn, Ginzburg, og Ulrich, 2011).

I tillegg til å sende inn et opptak av behandlingstimen, anbefales det at terapeuten fyller ut «ACCS-skjema for

innsending», som følger med denne skalaen. Dette skisserer kort viktig informasjon om konteksten som behandlingsstadiet, pasientens problem, agenda for timen, oversikt over hjemmeoppgaver, hovedfokus for timen, kort oppsummering av intervensjoner utført så langt, begrunnelse for valgte behandlingsintervensjoner, behandlingsplan basert på formulering, behandlingsmål/pasientens mål, og eventuelle relevante pasientutfallsdata. Kopi av alle oppgaver og kartlegginger fullføres i timen (f.eks. spørreskjemaer, dagbøker, tankeoppføringer osv.) skal også sendes inn sammen med opptaket. Denne informasjonen vil bidra til at bedømmer får et bedre innblikk i konteksten og gjøre det lettere å gjøre en nyansert vurdering av terapeutens kompetanse.

Valg av bedømmer

Bedømmere som selv er ferske terapeuter vil sannsynligvis ikke være i stand til å gi detaljert formativ tilbakemelding om styrker og svakheter på spesifikke områder. Forskning tyder på at terapeutkompetanse ikke kan vurderes pålitelig av nybegynnere selv om de har fått opplæring (Weck, Hilling, Schermelleh-Engel, Rudari, & Stangier, 2011). Det er foreløpig uklart hvilken kompetanse som er nødvendig for å vurdere kompetanse. Som et minimum anbefales det at vurderinger utføres av bedømmere som har fått formell opplæring eller akkreditering som KAT-terapeut.

Det finnes forskning på at grad av uavhengighet til behandler påvirker bedømmeres vurdering av kompetanse (Dennhag, Gibbons, Barber, Gallop, & Crits-Christoph, 2012a). Det er imidlertid ukjent hvem som gir mest nøyaktig vurdering - bedømmere som kjenner/ikke kjenner terapeuten. Det er fordeler og ulemper forbundet med bedømmere som har et veiledningsforhold til terapeuten eller uavhengige bedømmere til å vurdere kompetanse med ACCS. Uavhengige bedømmere har mindre sannsynlighet for å bli påvirket av sosiale krav, relasjonsdynamikk og annen informasjon enn det som kommer fram gjennom å se den konkrete behandlingstimen (f.eks. kjennskap til terapeutens øvrige kompetanse og ferdigheter på andre områder). På den annen side har veiledere kjennskap til informasjon som kan være relevant for vurderingen (f.eks. behandlingskontekst, terapeutens bredere arbeid) og dermed være i bedre stand til å gi tilpasset formativ tilbakemelding. Ved valg av bedømmer må man veie fordeler og ulemper opp mot hverandre og ta en beslutning basert på pragmatikk og formålet med vurderingen. Dersom bedømmeren er terapeutens veileder, kan skjevheter i vurderingen motvirkes gjennom pålitelighetskontroller av uavhengige bedømmere.

Egenvurdering – Når terapeuten er sin egen bedømmer

ACCS kan brukes av terapeuter til å vurdere sin egen kompetanse. Egenvurderinger bør ikke brukes som et formelt mål på terapeutisk kompetanse, da det usikkert om terapeuter makter å vurdere egen kompetanse nøyaktig (Muse & McManus, 2013). Egenvurderinger kan imidlertid være et nyttig læringsverktøy. Dette er spesielt tilfelle når de brukes i kombinasjon med vurdering fra en annen bedømmer. Sammenligning av de to vurderingene kan fremme selvrefleksjon og identifisere aktuelle læringsbehov hos terapeuten.

Forbehold og forsiktighetshensyn

ACCS er utarbeidet for å vurdere om en terapeut demonstrerer både viktige generelle og KAT spesifikke ferdigheter som kreves for å utøve KAT på en effektiv måte i én bestemt behandlingstime. Det er imidlertid en rekke aspekter ved kompetanse som ACCS ikke vurderer. For det første vurderer ikke ACCS terapeuters kunnskap eller forståelse av KAT. Slik teoretisk kompetanse kan vurderes ved hjelp av for eksempel flervalgsspørreskjemaer («multiple choice»), essays, skriftlige kasusformuleringer eller kliniske vignetter (Muse & McManus, 2013). For det andre, ettersom ACCS fokuserer på «intervensjonskompetanse», dekkes ikke bredere faglige ferdigheter (f.eks. etisk praksis, evne til å nyttiggjøre seg veiledning på en effektiv måte). For det tredje fokuserer skalaen på transdiagnostisk kompetanse, snarere enn ferdigheter som er spesifikke for en bestemt lidelse eller behandlingsprotokoll. For det fjerde, ettersom ACCS vurderer kjerne KAT-ferdigheter som fremkommer i aktive terapitimer i midten av et behandlingsforløp, vurderer den ikke terapeuters ferdigheter i kartlegging, vurdering ved oppstart eller tilbakefallsforebygging. ACCS bør ikke brukes som det eneste mål på kompetanse når terapeuten skal motta en helhetlig og samlet vurdering («summative assessment»). I stedet bør ACCS inngå som en komponent i en vurdering som har flere metoder for kompetansevurdering.

Terapeutkompetanse vurderes ofte ut fra en eller to enkeltstående behandlingstimer, men studier tyder på at et betydelig større utvalg av klinisk arbeid må vurderes for å pålitelig vurdere kompetanse (Dennhag, Gibbons, Barber, Gallop, & Crits-Christoph, 2012b; Keen & Freeston, 2008). Vurdering fra av flere bedømmeres av samme behandlingstimen kan øke påliteligheten (Vallis, Shaw, & Dobson, 1986) og redusere virkningen av halo-effekten

(Streiner & Norman, 2003). For å sikre en pålitelig vurdering av terapeutkompetanse, kunne flere bedømmere vurdere et større antall behandlingstimer for forskjellige pasienter (mellom 15 og 24 timer vurdert av en enkelt bedømmer, eller 19 behandlingstimer vurdert av to bedømmere (Keen & Freeston, 2008). Selv om økonomiske og tidsmessige begrensninger ofte gjør dette umulig, er det viktig å erkjenne begrensningene som ligger i å trekke konklusjoner om terapeutkompetanse, og dermed egnethet til å praktisere KAT, på grunnlag av vurdering av et begrenset antall behandlingstimer.

Område 1 - Agendasetting

NB

Dette punktet refererer til **planlegging og fastsettelse** av en passende agenda, **ikke å overholde den**, som bør rangeres under punkt 6.3 'Opprettholdt fokus'.

1.1. Egnede agendapunkter

Evne til å hjelpe pasienten med å identifisere og prioritere spesifikke, relevante og hensiktsmessige agendapunkter.

1. Begrenset

Fravær av ferdigheter eller en **upassende fremgangsmåte**:

- Terapeuten gjorde lite eller ingen forsøk på å skissere spesifikke emner som skulle dekkes i økten (f.eks. spurt «Hvordan vil du bruke tiden vår i dag?» uten ytterligere oppfølging).

2. Grunnleggende

Terapeuten hjalp med å identifisere og prioritere temaer som skulle dekkes, men en **rekke punkter** hadde **store utfordringer** på ett eller flere av følgende områder:

- Vag, uklar eller for generell (f.eks. angsten min).
- Ikke egnet til behandlingsstadiet eller pasientens fremstilling.
- Ikke relevant for pasienten sitt presenterte problem eller behandlingsmål ¹.
- Agendaen vil neppe føre til fremskritt for å løse identifiserte problemer ¹.
- Uegnet agenda med tanke på potensiell risiko ².
- **Og/eller** en rekke relevante punkter var upassende eller utelatt ³.

3. God

Terapeuten hjalp til med å identifisere og prioritere tema som oppfylte **de fleste** av følgende kriterier, med bare **mindre problemer eller noe variasjon i kvalitet**:

- Veldefinert, spesifikk og målbar (f.eks. forbedre vanskeligheter med å sove, adressere økonomiske bekymringer).
- Egnet til behandlingsstadiet og pasientens fremstilling og fremtoning.
- Relevant for pasientens presenterende problem/mål.
- Vil sannsynligvis bidra til at pasienten gjør fremskritt i å løse sine problemer.
- Medfører liten grad potensiell risiko for pasienten på aktuelt behandlingsstadie.
- **Og** inkluderte de vanligste og mest relevante punkter for behandlingen av problemet.

4. Avansert

Terapeuten hjalp til med å identifisere og prioritere tema på en gjennomgående, konsekvent måte, og oppfylte **alle** følgende kriterier:

- Veldefinert, spesifikk og målbar.
- Egnet til behandlingsstadiet og pasientens fremstilling og fremtoning.
- Relevant for pasientens presenterende problem/mål.
- Vil sannsynligvis bidra til at pasienten gjør fremskritt i å løse utfordringene.
- Medfører ikke risiko for pasienten.
- **Og** inkluderte de vanligste og mest relevante punktene for behandlingen av problemet.

¹ NB: Noen ganger må man bruke tid på tema som pasienten opplever som viktige, selv om dette ikke synes til å være relevant for pasientens presenterte problem/behandlingsmål, eller det er usannsynlig at det vil bidra til at det gjøres fremskritt i å løse problemet eller nå behandlingsmål (f.eks. gi pasienten anledning til å «luften noe» når hen ikke har andre å snakke med).

² Potensiell risiko = Risiko for skade på pasienten selv eller andre (f.eks. uttrykke selvmordstanker), grad av påkjenning knyttet til problemet.

³ Standardpunkter = Elementer som vanligvis hører med til agendaen (f.eks. humørsjekk, ukegjennomgang, viktig læring fra forrige time, gjennomgang av hjemmeoppgaver, avtale om nye hjemmeoppgaver, tilbakemelding til behandler osv.). NB: Det kan være hensiktsmessig å ikke ta med alle standardpunkter på agendaen (f.eks. hvis det er fast rutine å gjennomføre en stemningssjekk i begynnelsen av hver time, vil det gjerne være unødvendig å eksplisitt sette dette punktet på dagsordenen).

1.2. Gjennomførbar agenda

Evne til å sette en agenda som er realistisk og gjennomførbar gitt tiden til rådighet

1. Begrenset

- Terapeuten gjorde lite eller ingen forsøk på å drøfte spesifikke tema som skulle dekkes i timen.
Eller fravær av ferdigheter eller hadde **en upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:
- Altfor mange, store eller overveldende tema som var umulig å dekke / som ikke kunne medføre fremgang i å løse problemet.
- **Eller** for få eller ubetydelige tema som enkelt kunne dekkes i løpet av en veldig kort tidsramme (f.eks. gjennomgang av en liten hjemmeoppgave).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer: :

- Uoverensstemmelse mellom tilgjengelig tid og antall tema **eller** omfang og betydning av tema - noe som gjør det usannsynlig at tilstrekkelig tid kunne bli brukt på alle tema **eller** det var usannsynlig at de kunne dekkes i økten.

3. God

God grad av dyktighet, med bare mindre problemer eller noe variasjon i kvalitet:

- Passende antall tema med passende omfang og relevans gitt den tiden som var tilgjengelig, noe som gjorde det sannsynlig at alle tema kunne dekkes på en god måte i den aktuelle timen.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå:

- Optimalt antall elementer med ideelt omfang og relevans gitt den tiden som var tilgjengelig, noe som gjorde det svært sannsynlig at tiden kunne utnyttes maksimalt og at alle elementer kunne bli dekket på en grundig måte.

Område 2 - Kasusformulering

En tentativ kasusformulering utarbeides vanligvis som en del av den innledende vurderingsprosessen. En kasusformulering i forkant av aktiv behandling bør ikke ansees som ferdig, men heller noe som skal videreutvikles etter hvert som man får mer klinisk informasjon og tilbakevendende mønstre og temaer kommer fram. En terapeuts evne til å formulere en pasients problemer bør derfor være tydelig gjennom hele behandlingsforløpet.

NB

I tillegg til å se opptaket av behandlingstimen, er det nødvendig at bedømmer går gjennom kasusformuleringen enten det er skriftlig eller en figur for å kunne gjøre en informert vurdering av dette. NB Hvorvidt terapeuten drøftet formuleringen med pasienten for å sette lys på behandlingsmål og intervensjonsstrategier skal vurderes under område 3: «KAT-intervensjoner».

2.1. Sammenhengende og dynamisk formulering

Evne til å utvikle en klar og oversiktlig kasusformulering som bygger på egnet evidensbasert teori og som gir en presis, helhetlig og persontilpasset forklaring av relevant historie, samt utløsende og vedlikeholde faktorer for pasientens problemer.

1. Begrenset

- Terapeuten gjorde svært lite eller ingen forsøk på å utarbeide en kasusformulering over pasientens problemer. Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder
- Terapeutens formulering av pasientens problemer hadde store feil (f.eks. brukte ikke evidensbasert KAT-teori ¹, forsøkte å passe pasienten inn i en upassende modell, brukte en relevant KAT-modell men på en unøyaktig måte, inkluderte stort sett irrelevant informasjon, klarte ikke å ta med viktige og sentrale elementer som pasientens presenterte ², unnlot å identifisere sammenhenger mellom ulike aspekter ved pasientens problemer, hadde en formulering som var altfor kompleks eller altfor forenklet gitt behandlingsstadium eller pasientens evne til å forstå, formuleringen hang ikke logisk sammen) Hvis nytt klinisk materiale dukket opp, virket terapeuten uvillig eller ute av stand til å gjennomgå eller revidere formuleringen.
- Hvis nytt klinisk materiale dukket opp, virket terapeuten uvillig eller ute av stand til å gjennomgå eller revidere formuleringen.

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer: på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten benyttet egnet kunnskapsbasert teori for å lage en oversikt over pasientens problemer. Oversikten var imidlertid mindre god (f.eks. vag eller abstrakt, uklar eller forvirrende, for kompleks eller for enkelt gitt behandlingsstadium eller pasientens evne til å forstå, inkluderte informasjon av begrenset relevans, klarte ikke å vise på en meningsfull måte hvordan aspekter ved pasientens problemer forholdt seg til hverandre).
- Hvis nytt klinisk materiale dukket opp, fant terapeuten det vanskelig eller virket motvillig til å revidere formuleringen.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeuten brukte egnet evidensbasert teori for å gi en forklaring på pasientens problemer: historie, utløsende og opprettholdende faktorer. Forklaringen var klar og logisk, men hadde noen problemer (f.eks. manglende tilpasning til pasienten, mangel på konkrete og spesifikke eksempler, relevante styrke- og resiliensfaktorer ble ikke tatt med, en enklere, eller mer detaljert, formulering ville ha passet bedre til behandlingsstadiet eller pasientens evne til å forstå).
- Hvis nytt klinisk materiale dukket opp, gjorde terapeuten et forsøk på å ta dette med i formuleringen.

Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Terapeuten brukte passende evidensbasert teori på en fleksibel måte for å utarbeide en klar, presis, omfattende og skreddersydd oversikt over relevant historie, utløsende og opprettholdende faktorer for pasientens problemer, samt relevante styrke- og motstandsfaktorer. Formuleringen var godt tilpasset behandlingsstadiet og pasientens evne til å forstå.
- Hvis nytt klinisk materiale dukket opp, reagerte terapeuten fleksibelt og inkorporerte dette fullt ut i formuleringen.

¹ Relevant evidensbasert teori bør brukes som grunnlag for formuleringen. Hvis en relevant evidensbasert modell er tilgjengelig, bør denne brukes til å utarbeide formuleringen (f.eks. lidelsesspesifikke modeller som Clarks panikkmodell). Hvis ikke, bør formuleringen være basert på en passende generisk modell (f.eks. Becks kognitive modell for emosjonell lidelse, skreddersydd kognitive diamant).

² Viktige og sentrale elementer = atferd, tanker, følelser, kroppslige tilstander og reaksjoner, miljøfaktorer, mellommenneskelige forhold.

Område 3 - KAT-intervensjoner

Dette elementet refererer til valg, og anvendelse av, kognitive og/eller atferdsmessige intervensjoner (KAT-teknikker) for å fremme bedring ved å sette fokus på og endre kognisjon, atferd eller følelser som sannsynligvis er med på å opprettholde pasientens problemer. Mange KAT-intervensjoner kan brukes for å fremme endring. Disse inkluderer, men er ikke begrenset til, kognitiv restrukturering, eksponerings-/responsprevensjon, endring av sikkerhetsatferd, «imagery rescripting and reprocessing», drøfting av fordeler og ulemper, tankeregistrering, aktivitetsregistrering/planlegging, atferdseksperimenter, rollespill, bruk av graderte hjemmeoppgaver, problemløsning, selvhjelp eller trening i andre sosiale ferdigheter, atferdsmodifikasjon.

NB

En rekke andre faktorer enn terapeutens kompetanse virker inn på om en intervensjon fører til endring. Fokuser derfor på kvaliteten på de KAT-intervensjonene som er utarbeidet og iverksatt og ikke på resultatet, dvs. om endringen faktisk skjedde

3.1. Passende intervensjonsområder

Evne til å definere, tydeliggjøre og spesifisere områder i pasientens hverdag og relevante mål for intervensjonen. Valg av mål baseres på både evidensbasert teori og kasusformuleringen slik at man med sikkerhet kan si at faktorene som opprettholder pasientens problemer blir adressert.

1. Begrenset

- Terapeuten identifiserte ingen områder som opprettholder eller forverrer problemet (f.eks. kognisjoner, atferd, følelser). **Eller fravær av ferdigheter** eller **en upassende ytelse** på ett eller flere av følgende områder:
- Terapeuten manglet en klar begrunnelse for valg av mål for intervensjoner (f.eks. fokuserte på kognisjoner, atferd eller følelser som verken evidensbasert teori eller kasusformuleringen med sannsynlighet kunne si bidro til å opprettholde pasientens problemer).
- Mål for intervensjonene var ikke overensstemmelse med pasientens terapeutiske kontekst ¹ (f.eks. forsøkte terapeuten å revurdere eller utvikle nye kjerneoppfatninger for tidlig i behandlingen).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Intervensjonene rettet seg mot kognisjoner, atferd eller følelser som var av begrenset terapeutisk nytte (f.eks. at kognisjoner eller atferd i fokus ikke hadde sammenheng med plagsomme følelser. Relevant evidensbasert teori antydte at mål for intervensjonene kunne være med på å opprettholde pasientens problemer, samtidig som kasusformuleringen antydte at målene var verken relevante eller sentrale for pasientens problemer).
- Intervensjonsmålene var i stor grad passende for pasientens terapeutiske kontekst, men hadde behov finjustering og skreddersying (f.eks. terapeut fokuserte på å endre sikkerhetsatferd uten at pasienten var klar for dette).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Intervensjoner rettet seg mot kognisjoner, atferd eller følelser som både relevant evidensbasert teori og kasusformuleringen pekte på var med på å opprettholde pasientens problemer. Mål for intervensjonene var imidlertid ikke klart spesifisert (f.eks. var vage, tvetydige eller for generelle).
- Intervensjonene var tilpasset pasientens terapeutiske kontekst (f.eks. tanker som terapeuten rettet fokus på tanker som var lettere å modifisere før han/hun gikk videre til overbevisninger som pasienten trodde på og holdt fast i).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Intervensjoner rettet seg mot relevante kognisjoner, atferd eller følelser som benyttet både relevant evidensbasert teori og forsterket felles forståelse av kasusformulering som med stor sannsynlighet opprettholder problemer. Mål for intervensjonene ble definert, tydeliggjort og spesifisert på en dyktig måte.
- Intervensjonene var tilpasset pasientens terapeutiske kontekst.

3.2. Velge av egnede intervensjoner

Evne til å velge KAT-tiltak som er en del av en logisk, meningsfull og helhetlig behandlingsstrategi som med sannsynlighet kunne føre til endring i de valgte intervensjonsområdene. Tiltakene er tilpasset pasientens terapeutiske kontekst. Intervensjonene ble nøyaktig styrt av passende teoribasert praksis eller praksis basert på oppdagelser eller bevis når det dukker opp.

1. Begrenset

- Terapeut valgte ingen KAT-intervensjoner
Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende** fremgangsmåte på ett eller flere av følgende områder.
- Intervensjoner var en del av en usammenhengende behandlingsstrategi (f.eks. syntes terapeuten å velge intervensjoner på en tilfeldig, «hit-and-miss» måte). **Og/eller** denne behandlingsstrategien mest sannsynlig ikke ville føre til endring av behandlingsmålene (f.eks. at intervensjoner var overhodet ikke tilpasset målene, f.eks. velger «imagery rescripting» for å øke aktivitetsnivået).
- Intervensjonene var dårlig tilpasset pasientens terapeutiske kontekst ² (f.eks. intervensjon som var altfor kompleks i forhold til pasientens kapasitet).
- Valg av tiltak ble ikke styrt av teori eller kunnskapsbasert KAT-praksis.

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Intervensjonene var en del av en vag, uklar eller usammenhengende behandlingsstrategi. **Og/eller** at det var lite sannsynlig at strategien ville bidra til terapeutisk endring i målene for behandling (f.eks. når intervensjoner er dårlig tilpasset behandlingsmålene, f.eks. når terapeuten velger å bruke arbeidsark for kjerneantagelser når man arbeider med automatiske tanker).
- Intervensjonene var i stor grad hensiktsmessige gitt pasientens terapeutiske kontekst, men krevde finjustering (f.eks. at de var for enkle eller altfor ambisiøse, utfordrende eller kompliserte pasientens kapasitet tatt i betraktning).
- Valg av intervensjoner ble styrt av upassende teori/evidensbasert KAT-praksis (f.eks. når terapeuten bruker en behandlingsprotokoll som bare var vagt relatert til pasientens presentasjon) eller at terapeuten helt åpenbart feiltolket eller feil anvendte passende teori eller evidensbasert KAT-praksis.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med kun **mindre problemer eller inkonsekvenser**:

- Intervensjonene var en del av en generelt sammenhengende terapeutisk strategi som med viss sannsynlighet ville bidra til terapeutisk endring i målene for behandling (f.eks. når intervensjoner er passende for behandlingsmålene, f.eks. når terapeuten velger aktivitetsplanlegging økning av aktivitetsnivået for å bedre pasientens sinnsstemning.)
- Intervensjonene var hensiktsmessige gitt pasientens terapeutiske kontekst (f.eks. kompleksitet og vanskelighetsgrad var tilpasset pasientens motivasjon og kognitive funksjonsevne).
- Valg av intervensjoner ble, når det var mulig, nøyaktig styrt av hensiktsmessig teori- eller evidensbasert praksis.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Intervensjonene var en del av en logisk, sammenhengende og enhetlig behandlingsstrategi som mest sannsynlig ville bidra til terapeutisk endring i målene for behandling.
- Riktig timing og gradering av kompleksitet og vanskelighetsgrad gjorde at intervensjonene var optimalt tilpasset pasientens behandlingskontekst.
- Valg av intervensjoner ble, når det var mulig, nøyaktig styrt av hensiktsmessig teori- eller evidensbasert praksis.

3.3. Begrunnelse for intervensjoner

Evne til å pasientens forståelse av både viktigheten og potensielle nytte av intervensjoner.

1. Begrenset

- Terapeuten iverksatte ingen KAT-intervensjoner.
- Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:*
- Terapeuten gjorde lite eller intet forsøk på å fremme pasientens forståelse av begrunnelsen for intervensjonene (f.eks. forklarte ikke viktigheten/potensiell nytte).
 - Terapeuten overså **eller** reagerte negativt (f.eks. defensiv, fiendtlig) hvis pasienten stilte spørsmål ved, ikke forsto eller var skeptisk til begrunnelsen for intervensjonene.

2. Grunnleggende

- Vesentlige problemer** på ett eller flere av følgende områder:*
- Terapeuten viste begrenset dyktighet når det gjaldt å bidra til pasientens forståelse av begrunnelsen for intervensjoner (f.eks. presenterte en begrenset eller forvirrende begrunnelse for viktighet/potensiell nytte).
 - Terapeuten tok utilstrekkelig hensyn til pasientens spørsmål ved, manglende forståelse av eller skepsis til begrunnelsen for intervensjoner (f.eks. ved å anerkjenne pasientens spørsmål, men unnlate å svare på det).

3. God

***God grad av dyktighet** på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:*

- Terapeuten viste en viss grad av dyktighet når det gjaldt å bidra til pasientens forståelse av begrunnelsen for intervensjoner (f.eks. presenterte en begrunnelse for viktighet/potensiell nytte), men noen mindre problemer var tydelige (f.eks. relaterte ikke begrunnelsen til pasientens presenterte problemer/kasusformulering/behandlingsmål, formidlet begrunnelsen med begrenset tydelighet).
- Terapeuten anerkjente og gjorde et forsøk på å diskutere og løse problemene hvis pasienten stilte spørsmål ved, ikke forsto eller var skeptisk til begrunnelsen for intervensjonene.

4. Avansert

***Gjennomgående høyt ferdighetsnivå** på følgende områder:*

- Terapeuten var dyktig i å bidra til pasientens forståelse av rasjonale for intervensjoner (f.eks. formidlet klart og konsist begrunnelsen for viktigheten og potensiell nytte som var i tråd med pasientens presenterte problemer/kasusformulering/behandlingsmål).
- Terapeuten svarte åpent, diskuterte problemene fullt ut og (der det var mulig) løste problemene (f.eks. avklarte eventuelle uklarheter hvis pasienten stilte spørsmål ved, ikke forsto eller var skeptisk til begrunnelsen for intervensjonene).

3.4. Implementering av intervensjoner

Evne til systematisk å iverksette intervensjon(er) på en smidig og velformulert måte. Evne til å være følsom for, og lydhør når det gjelder

1. Begrenset

Terapeuten iverksatte ingen KAT-intervensjoner.

Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:

- Intervensjoner ble brukt på feil måte og ikke var passende til den terapeutiske konteksten (f.eks. ved å unnlate å utforske "bevis for overbevisningen" når en ABC ble utføre, eller ved å avslutte eksponering for tidlig eller på feil tidspunkt).
- Terapeuten manglet ferdigheter i å iverksette intervensjoner (f.eks. at terapeuten formulerte seg uklart, var usammenhengende eller virket ukjent med teknikker).
- Terapeuten overså eller tok svært lite eller intet hensyn til den terapeutiske konteksten **eller** reagerte på en lite hjelpsom eller negativ måte (f.eks. terapeuten var for dominerende, vekket motløshet, overså eller bagatelliserte svært høye nivåer av pasientaktivering eller -ubehag).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Intervensjoner ble ikke iverksatt på den måten de egentlig var tiltenkt, og en klinisk begrunnelse for disse avvikene manglet (f.eks. intervensjoner var ufullstendige, ble avsluttet for tidlig eller manglet nøkkelkomponenter [f.eks. terapeut unnlot å undersøke pasientens vurdering av glede/mestringsfølelse i forbindelse med aktivitetskartlegging]).
- Terapeuten iverksatte intervensjoner med begrenset dyktighet (f.eks. var terapeuten til tider utydelig, vanskelig å forstå eller rotete/uklar).
- Terapeuten tok til en viss grad hensyn til den terapeutiske konteksten, men responderte med begrenset følsomhet (f.eks. ga utilstrekkelig oppmuntring eller var altfor påtrengende) **og/eller** for lite fleksibilitet (f.eks. unnlot å tilpasse/justere intervensjonen til tross for pasienten ga tegn på at den var for plagsom eller kompleks å forstå).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Intervensjonene ble i hovedsak iverksatt nøyte og metodisk slik som ment, med mindre det var klinisk begrunnelse for å gå vekk fra dette. Mindre mangler eller faktorer i terapeutens ferdigheter var tydelige (f.eks. tankeregistreringen kunne vært mer detaljert).
- Terapeuten iverksatte intervensjoner med tilstrekkelig dyktighet (f.eks. terapeuten var velformulert og forståelig).
- Terapeuten tok i stor grad hensyn til den terapeutiske konteksten (f.eks. ga passende støtte og oppmuntring) og forsøkte å tilpasse intervensjonene til pasientens behov der det var nødvendig.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Intervensjonene ble iverksatt på en tydelig, konsistent og grundig måte fra start til slutt slik de var tiltenkt, med mindre det var klinisk begrunnelse for å fravike dette.
- Terapeuten iverksatte konsekvent intervensjoner med et høyt ferdighetsnivå (f.eks. var terapeuten smidig, velformulert, tydelig og forståelig).
- Terapeuten tok konsekvent hensyn til den terapeutiske konteksten (f.eks. ga optimal grad av støtte, oppmuntring og bekreftelse) og var i stand til å skreddersy intervensjoner til pasientens behov der det var nødvendig (f.eks. brøt ned tankeregistrering i mindre deler for å gjøre oppgaven mer håndterbar/mindre overveldende, oppdaget og adresserte subtil sikkerhetsatferd, demonstrerte en intervensjon som pasienten opplevde som for truende).

3.5. Vurdering av tiltak

Evne til å gjennomføre en nitid gjennomgang av resultatene av intervensjoner (enten positive eller negative) for å hjelpe pasienten bli oppmerksom på hva hen lærte av den

1. Begrenset

- Terapeuten iverksatte ingen KAT-intervensjoner.

Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte**:

- Terapeuten unnlot helt å gjennomgå **eller** gjennomførte kun en kort eller overfladisk gjennomgang av resultatene av intervensjoner. Pasienten fikk ikke hjelp til å identifisere hva de lærte (f.eks. at terapeuten spurte "Hvordan synes du at det gikk?" uten ytterligere oppfølging).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer:

- Terapeuten gjennomgikk resultatene av intervensjoner og gjorde noen forsøk på å fremheve læringspunkter, men med begrenset dyktighet (f.eks. slet med å relatere resultatene til relevant kognisjon, atferd eller følelser som intervensjonen var rettet mot, drøftet ikke negative resultater, fortalte bare pasienten hva hen hadde lært).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeuten gjennomgikk resultatene av intervensjonene på en adekvat måte (enten utfallet var positivt eller negativt). Gjennomgangen hjalp pasienten til å trekke selvstendige konklusjoner om opplevelsen eller av erfaringene (f.eks. at terapeuten var nysgjerrig og brukte sokratiske spørsmål for å undersøke utfall i forhold til hva pasienten i utgangspunktet antok ville skje).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå:

- Terapeuten engasjerte pasienten på en dyktig måte i en nitid gjennomgang av resultatene av intervensjoner (enten de var positive eller negative). Dette hjalp pasienten til å trekke selvstendige konklusjoner om relevansen, implikasjonene og nytten av erfaringene. Terapeuten hjalp pasienten til å knytte erfaringene til relevant kognisjon, atferd eller følelsen som intervensjonen var rettet mot **og** til kasusformulering/behandlingsmål (f.eks. at terapeuten var nysgjerrig og brukte sokratiske spørsmål for å hjelpe pasienten til å se tidligere antagelser i et nytt lys eller til å konstruere og få tak nye ideer/perspektiver).

Område 4 - Hjemmeoppgaver

4.1. Gjennomgang av hjemmeoppgaver

Evne til å gjennomføre en gjennomgang av hjemmeoppgaver (enten fullført eller ikke) for å hjelpe pasienten
Identifiser mulige læringspunkter.

1. Begrenset

Fravær av eller en mangel på ferdigheter på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten unnlot å gjennomgå **eller** gjennomførte en kort eller overfladisk gjennomgang som ikke hjalp pasienten med å identifisere mulige læringspunkter (f.eks. spurt "hvordan kom du videre med oppgaven?" uten ytterligere oppfølging).
- Terapeuten reagerte på fullførte eller ufullførte oppgaver på en unyttig eller negativ måte (f.eks. kjeft, dømmende, avviste oppgaver som uviktige).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten gjennomgikk hjemmeoppgaven og gjorde et forsøk på å trekke fram hva pasienten hadde lært av å fullføre (eller ikke fullføre) oppgaven, men med begrenset dyktighet (f.eks. relaterte begrenset grad erfaringer og lærdommen fra oppgaven pasientens problemer, terapeuten fortalte bare pasienten hva hen hadde lært av erfaringen).
- Terapeuten forsøkte å reflektere over hva som gjorde at pasienten enten ikke tok fatt på, eller fullførte hjemmeoppgaven, men uten å sette søkelys på relevante følelsesmessige, kognitive eller praktiske vansker **og/eller** unnlot å drøfte måter pasienten kunne løse problemer eller komme forbi barrierer ved nye hjemmeoppgaver.
 - Terapeuten ga pasienten kun begrenset anerkjennelse **og/eller** reagerte på manglende fullføring av hjemmeoppgaven med utilstrekkelig sensitivitet og forståelse.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeut gjennomgikk hjemmeoppgaven på en tilstrekkelig måte. Gjennomgangen hjalp pasienten til å trekke
- selvstendige konklusjoner om implikasjonene av erfaringene (f.eks. at terapeuten var nysgjerrig og brukte sokratiske spørsmål for å undersøke utfall i forhold til hva pasienten i utgangspunktet antok ville skje).
- Terapeuten hjalp pasienten til å reflektere over følelsesmessige, kognitive eller praktiske årsaker til at hen enten ikke tok fatt på eller fullførte hjemmeoppgaven **og** drøftet måter pasienten kunne løse problemer eller komme forbi barrierer ved nye hjemmeoppgaver (f.eks. at terapeuten spurte: «Hvordan kan komme forbi eller overvinne xx neste gang?»)
- Terapeuten reagerte med passende oppmuntring på fullførte hjemmeoppgaver **eller** gikk igjennom hva som kom i veien ved manglende fullføring.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Terapeuten drøftet hjemmeoppgaven med pasienten på en nitid og dyktig måte. Gjennomgangen hjalp pasienten til å trekke selvstendige konklusjoner om relevansen, implikasjonene og nytten av erfaringene ved å fullføre (eller ikke fullføre) hjemmeoppgaven. Terapeuten hjalp pasienten til å knytte erfaringene kasusformulering/behandlingsmål (f.eks. terapeut hjalp pasienten med å utforske hva erfaringene med hjemmeoppgaven sier om hvordan hen best kan forstå sine problemer, eller hvordan hen kan gå fram for å gjøre fremskritt).
- Terapeuten arbeidet sammen med pasienten til å identifisere følelsesmessige, kognitive eller praktiske årsaker til at hen enten ikke tok fatt på eller fullførte hjemmeoppgaven og hjalp til med å utarbeide konkrete måter komme forbi «motstand/barrierer» ved nye hjemmeoppgaver (f.eks. bruk av kalender for en pasient som har problemer med å huske hjemmeoppgaven, problemløsning, eller ved å dele hjemmeoppgaven opp i mindre biter for å gjøre truende oppgaver mer overkommelige)
- Terapeuten reagerte med optimal grad av oppmuntring på fullførte hjemmeoppgaver **og** på manglende fullføring på en svært støttende, følsom og åpen måte.

4.2. Velge passende hjemmeoppgaver

Evne til å planlegge hjemmeoppgaver som er skreddersydd for den terapeutiske konteksten³ og bygger på tema som det ble arbeidet med i timen eller på tidligere hjemmeoppgaver.

1. Begrenset

- Terapeuten planla ingen hjemmeoppgaver ut fra tema i timen eller som bygget på tidligere hjemmeoppgaver. *Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte**:*
- Oppgaver var dårlig tilpasset pasientens terapeutiske kontekst³ (f.eks. at terapeuten forventet at pasienten skulle utføre en svært fryktet eksponering etter første behandlingstime eller uten adekvat forberedelse eller tilstrekkelig øvelse i timen eller at terapeuten planla en vanskelig eller omfattende hjemmeoppgave for en pasient med lav motivasjon).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Hjemmeoppgaven var stort sett hensiktsmessig med tanke på pasientens terapeutiske kontekst, men det var behov for finjustering (f.eks. at hjemmeoppgaven var for ambisiøs, enkelt, utfordrende eller komplisert for pasienten, «standardhjemmeoppgaver» ble brukt uten nødvendig tilpasning).
- Hjemmeoppgave var ikke relatert til tema (f.eks. problemer, kognisjoner, atferd) som var tema i timen **eller** til tidligere hjemmeoppgaver. Hjemmeoppgaven hadde begrenset verdi mht. å overføre det som var gjennomgått i timen til pasientens hverdag og ga få muligheter for pasienten til å hente inn relevant informasjon eller til å generalisere KAT konsepter og ferdigheter til dagliglivet.
- Det var betydelig risiko for at pasienten ikke ville ha nytte av hjemmeoppgave eller ville få bekreftet antagelser på en måte som var kontraterapeutisk.

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Hjemmeoppgaven var tilpasset pasientens terapeutiske kontekst (f.eks. omfang og vanskelighetsgrad var oppnåelig gitt pasientens motivasjon og kognitive funksjon).
- Hjemmeoppgaven ble knyttet til tema (f.eks. problemer, kognisjoner, atferd) som det ble arbeidet med i timen **eller** til tidligere hjemmeoppgaver, og muliggjorde derfor at det som var gjennomgått i timen kunne overføres til pasientens hverdag og gi muligheter for pasienten til å hente inn relevant informasjon og/eller til å generalisere KAT konsepter og ferdigheter til dagliglivet. Mer sentrale og relevante hjemmeoppgaver kunne imidlertid ha blitt avtalt og muligheten for at hjemmeoppgaven kunne bidra til videre læring hos pasienten ble oversett.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Hjemmeoppgaven var skreddersydd slik at den var optimalt tilpasset pasientens terapeutiske kontekst (f.eks. utgjorde en moderat utfordring og at det var realistisk at pasienten kunne gjennomføre den).
- Hjemmeoppgaven bygget på viktige tema (f.eks. problemer, kognisjoner, atferd) som det ble arbeidet med i timen **eller** til tidligere hjemmeoppgaver. Det var sannsynlig at pasienten kunne overføre det som var gjennomgått i timen til hverdagslivet. Hjemmeoppgaven ga pasienten mulighet til å hente inn relevant informasjon og/eller til å generalisere KAT konsepter og ferdigheter til dagliglivet.
- Terapeuten vurderte sannsynlige utfall av hjemmeoppgaven og hvilken betydning det kunne ha (f.eks. at hjemmeoppgaven ble utformet slik at pasienten kunne ha nytte av den uansett utfall (positiv eller negativ eller at pasienten og terapeuten utarbeidet sammen en plan for å håndtere potensielle negative utfall).

³ Terapeutisk kontekst = presenterte problem, pasientens nåværende kapasitet, mål, kasusformulering, behandlingsstadium osv.
Endelig versjon (3) - juli

4.3. Begrunnelse for hjemmeoppgaver

Evne til å fremme pasientens forståelse av at hjemmeoppgaven er viktig og kan være til nytte

1. Begrenset

- Terapeuten planla ingen hjemmeoppgaver ut fra tema i timen eller som bygget på tidligere hjemmeoppgaver. *Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte**:*
Terapeuten gjorde lite eller intet for styrke pasientens forståelse av hensikten med hjemmeoppgaven (f.eks. hadde ingen begrunnelse for hvorfor den var viktig, eller hvilken nytte pasienten kunne ha av å utføre den).
- Terapeuten overså **eller** reagerte negativt (f.eks. defensiv, fiendtlig) hvis pasienten stilte spørsmål ved, ikke forsto eller var skeptisk til begrunnelsen for hjemmeoppgaven.

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

Terapeuten tilrettela for pasientens forståelse av hensikten med hjemmeoppgaven, men med begrenset dyktighet (f.eks. at terapeuten ga en utilstrekkelig eller forvirrende begrunnelse for hvorfor den var viktig eller kunne være til nytte).

Terapeuten tok utilstrekkelig hensyn til pasientens skepsis eller manglende forståelse for begrunnelsen til hjemmeoppgaven eller når pasienten stilte spørsmål ved den (f.eks. at terapeuten anerkjente pasientens spørsmål, men unnlot å svare på det).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

Terapeuten tilrettela for pasientens forståelse av hensikten med hjemmeoppgaven med en viss grad av dyktighet (f.eks. utarbeidet en begrunnelse for viktighet/potensiell nytte), men noen mindre problemer var tydelige (f.eks. at terapeuten ikke relaterte begrunnelsen til pasientens presenterte problemer/behandlingsmål/kasusformulering, formidlet begrunnelsen med utilstrekkelig klarhet).

Hvis pasienten ikke forsto, var skeptisk til begrunnelsen for oppgaver eller stilte spørsmål, ble disse anerkjent og terapeuten gjorde et forsøk på å diskutere og løse problemene. Terapeuten anerkjente pasientens skepsis eller manglende forståelse for begrunnelsen til hjemmeoppgaven eller spørsmål ved den og diskuterte og gjorde et forsøk på å løse problemene).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

Terapeuten tilrettela godt for pasientens forståelse av hensikten med hjemmeoppgaven (f.eks. arbeidet sammen med pasienten for å komme fram til en klar og kortfattet begrunnelse for viktighet og potensiell nytte som var i tråd med pasientens presenterte problemer/behandlingsmål/kasusformulering).

Hvis pasienten ikke forsto, stilte spørsmål eller var skeptisk til begrunnelsen for hjemmeoppgaven svarte terapeuten åpent, diskuterte problemene fullt ut og (der det var mulig) løste problemene (f.eks. avklarte uklarheter).

4.4. Planlegging av hjemmeoppgaver:

Evne til å arbeide sammen med pasienten for å sikre at hen har en klar og detaljert forståelse

1. Begrenset

- Terapeuten planla ingen hjemmeoppgave ut fra tema som det ble arbeidet med i timen eller på bakgrunn av tidligere hjemmeoppgaver.
Eller viste mangel på ferdigheter eller hadde en upassende fremgangsmåte på ett eller flere av følgende områder:
Hjemmeoppgaven og praktisk gjennomføring av den var vag eller uklar (f.eks. å eksperimentere med å gå ut).
- Terapeuten gjorde lite eller intet forsøk på å identifisere potensielle hindringer. *Eller* terapeuten ignorerte og overså pasientens utsagn om hindringer og hva som kunne komme i veien for hjemmeoppgaven.

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Hjemmeoppgaven og praktisk gjennomføring av den ble dårlig spesifisert (f.eks. at pasienten skal oppsøke en situasjon og se om hen blir engstelig).
- Terapeuten forsøkte å identifisere potensielle hindringer, med begrenset dyktighet (f.eks. stilte kompliserte, ledende eller vage spørsmål som "Tror du at du kan fullføre oppgaven?"). *Eller* terapeuten tok begrenset hensyn til disse (f.eks. erkjente at det fantes en hindring, men uten å ta tak i den).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med *noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer*:

- Hjemmeoppgaven og praktisk gjennomføring av den ble drøftet, men detaljer manglet (f.eks. spesifisering av hva, hvor, når, hvordan hjemmeoppgaven skal gjøres og hvordan resultatene skulle vurderes).
- Terapeuten forberedte pasienten på å gjennomføre hjemmeoppgaven (f.eks. gikk gjennom et eksempel på en mulig hjemmeoppgave, sørget for at hjemmeoppgaven ble skrevet ned).
Terapeuten identifiserte potensielle hindringer (f.eks. stilte relevante spørsmål som "Hva kan komme i veien for å fullføre hjemmeoppgaven?"). *Og* terapeuten diskuterte måter å overvinne disse hindringene på (f.eks. spurt "Hvordan kan du overvinne det slik at du likevel får gjort som tenkt?").

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Terapeuten og pasienten arbeidet godt sammen for å bli enige om en klar og detaljert plan for nøyaktig hva hjemmeoppgaver innebar (f.eks. spesifisering av hva, hvordan, hvor, når, hvor ofte, hvor lenge hjemmeoppgaven skulle gjøres og hvordan resultatene skulle vurderes).
- Terapeuten forberedte pasienten grundig på hvordan hen skulle gjennomføre hjemmeoppgaven (f.eks. at terapeut og pasienten sammen gikk gjennom hjemmeoppgaven i timen, brukte guidet pasienten gjennom visualisering av hjemmeoppgaven).
- Terapeuten og pasienten arbeidet sammen for å identifisere potensielle hindringer, diskuterte disse fullt ut *og* identifiserte (der det var mulig) måter å overvinne dem (f.eks. bruke problemløsning for å dele hjemmeoppgaven opp i mindre biter hvis pasienten følte seg overveldet, diskutere fordeler og ulemper med hjemmeoppgaven).

Område 5 - Vurdering av endring

En rekke metoder kan brukes for å vurdere endring hos pasienten, disse inkluderer standardiserte spørreskjemaer **og/eller** uformelle idiosynkratiske mål (f.eks. dagbøker, frekvenstelling, vurderinger av varighet av hendelse eller opplevelse, registrering av følelser og tanker osv.). Disse metodene bør brukes **gjennom hele** behandlingen for å måle endring i symptomer og bevegelse mot oppsatte mål. Metodene bør også brukes **i behandlingstimer** for å måle effekten av kognitiv-atferdsterapeutiske intervensjoner gjennomført og oppgaver fullført i løpet av timen (f.eks. vurderinger av gyldighet og nyete av antagelser før/etter en intervensjon).

NB

I tillegg til å se på toptak av timen, er det nødvendig å gjennomgå alt relevant skriftlig materiale for å bedømme terapeutens kompetanse i å vurdere endring (f.eks. utfylte spørreskjemaer, dagbøker, trosvurderinger, behandlingsmål osv.).

5.1. Velge egnede målinger

Evne til å velge hensiktsmessige, klinisk relevante, standardiserte **og/eller** idiosynkratiske metoder for å måle endring i symptomer og andre faktorer trekk (tro, atferd, følelser) og arbeide mot oppsatte mål.

1. Begrenset

- Terapeut unnlot å måle endring i symptomer, relevante kliniske elementer eller bevegelse mot mål.
- Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:*
- Terapeuten valgte standardiserte mål med utilstrekkelig reliabilitet, validitet eller brukervennlighet, til tross for at bedre mål⁴ var tilgjengelige **og/eller** utformet idiosynkratiske mål som var utilstrekkelige, med dårlig brukervennlighet (f.eks. for komplisert for pasienten å fullføre), brukte helt uegnede responsskalaer (f.eks. ja/nei spørsmål for å måle symptomendring) eller udefinerte mål (f.eks. vurder dine 'følelser').
 - Målene var irrelevante og ikke til klinisk nytte (f.eks. spørreskjema for depresjon for pasienter med angst, vurderinger av irrelevante kognisjoner, hyppighet av irrelevant atferd).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

Terapeuten valgte standardiserte mål med dårlig validitet, reliabilitet eller brukervennlighet, til tross for bedre mål var tilgjengelige **og/eller** laget idiosynkratiske mål som var vanskelige å bruke, hadde uhensiktsmessige responsskalaer eller hadde dårlig definerte mål.

Målene var av begrenset relevans og klinisk nytte (f.eks. generelt angstspørreskjema for pasient med panikkklidelse, vurderinger av mindre viktige kognisjoner).

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeuten valgte standardiserte mål med tilstrekkelig reliabilitet, validitet og brukervennlighet, selv om bedre mål var tilgjengelige **og/eller** laget brukbare idiosynkratiske mål med relevante responsskalaer og tema (f.eks. vurdering fra 0 til 100 av emosjonelle intensitet er, vurdering fra 0 til 10 av et problems alvorlighetsgrad).
- Målingene var relevante og tjente et klinisk formål (f.eks. spørreskjema for panikk-kognisjoner for en pasient med panikkklidelse, vurdering av gyldighet/nytte av relevante kognisjoner, vurdering av alvorlighetsgraden av et viktig problem).

3. God

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

Terapeuten valgte de mest pålitelige, gyldige og anvendelige standardiserte målene som var tilgjengelige **og/eller** laget idiosynkratiske mål med et klart definert og relevant formål og hadde svært passende responsskalaer (f.eks. 0 til 100 vurdering av klart spesifisert atferd).

Målene var svært relevante og hadde en viktig klinisk funksjon (f.eks. vurderinger av gyldighet/nytte av viktige kognisjoner, en dagbok som ga nyttig innsikt ulike aspekter ved pasientens problemer).

⁴ Terapeuter bør velge de mest pålitelige, gyldige og brukbare standardmålene som var *tilgjengelige* for dem. Terapeuter bør derfor *ikke* vurderes negativt hvis de ikke hadde tilgang til spørreskjema av «gullstandard» (f.eks. på grunn av rettighetsbegrensninger, kostnader).

5.2. Implementering av måling

Evne til å administrere målinger og registreringer på passende tidspunkter gjennom hele behandlingsforløpet og i løpet av en behandlingstime. Dyktighet i å gjennomgå, tolke og ta i bruk informasjonen som er samlet inn.

1. Begrenset

- Terapeut unnlot å måle endring i symptomer, relevante kliniske elementer eller bevegelse mot mål.
- Eller viste **mangel på ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:
- Bruk av målinger og registreringsskjema var tilfeldig, ustrukturert, upassende eller ikke klinisk nyttig (f.eks. for hyppige registreringer som overbelastet pasienten, fremgang ble ikke regelmessig kontrollert, ingen registrering av baseline som endring kunne sammenlignes med [f.eks. tankejournal uten vurdering gyldighet/nytte av antagelser før en intervensjon]. Terapeuten unnlot å gjennomgå, eller gjennomførte kun en ekstremt kort eller overfladisk gjennomgang av fullførte registreringer som ikke ga nyttig klinisk informasjon (f.eks. sammenlignet ikke score etter intervensjon med score før intervensjon, manglende forståelse av registrering).
- Terapeuten gjorde lite eller intet forsøk på å identifisere eller utforske eventuelle barrierer for registrering (f.eks. at pasienten hadde vanskeligheter med å forstå eller fullføre registreringene, var i tvil om formålet med det) eller reagerte på pasientens barrierer på en uhensiktsmessig eller negativ måte (f.eks. kritiserte pasienten for feil gjennomføring av registrering).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Målinger og registreringsskjema var uegnet eller av begrenset klinisk nytte (f.eks. registreringer som ikke var regelmessig nok, var hyppigere enn nødvendig eller på upassende tidspunkter).
- Terapeut gjennomførte en forhastet eller overfladisk gjennomgang av fullførte registreringer som ga lite nyttig klinisk informasjon (f.eks. terapeuten viste begrenset evne til å tolke registreringene).
- Terapeuten gjorde et forsøk på å identifisere eventuelle barrierer for måling/registrering og reagerte på disse på en forståelsesfull måte. Terapeuten gjorde imidlertid lite eller intet forsøk på å utforske eller hjelpe pasienten overvinne barrierer.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Bruk av målinger og registreringsskjema var hensiktsmessig (f.eks. i begynnelsen, midten og slutten av behandlingen, før/etter en intervensjon) og tjente et nyttig klinisk formål (f.eks. ga innsikt i endringer i pasientens symptomer eller virkningen av intervensjoner).
- Terapeuten gjennomgikk fullførte registreringer på en adekvat måte og forsøkte å bruke informasjonen til kliniske formål, men noen mindre problemer var tydelige (f.eks. slet med å relatere resultatene til pasienten).
- Terapeuten identifiserte eventuelle barrierer for registrering/måling, reagerte på en støttende måte og gjorde et forsøk på å utforske og hjelpe pasienten overvinne dem.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Bruk av målinger og registreringsskjema var systematisk, hensiktsmessig og tjente en viktig klinisk funksjon (f.eks. ga klar og relevant informasjon om intervensjoners effekt eller om behandlingsprogresjon).
- Terapeuten gjennomgikk fullførte registreringer grundig og brukte informasjonen til relevante kliniske formål (f.eks. utforsket registrerte forbedringer eller forverringer for å forstå opprettholdende faktorer og for å ta beslutninger om hvor best å fokusere terapeutisk innsats, satte søkelys på fremgang for å oppmuntre og motivere pasienten,).
- Identifiserte og utforsket eventuelle barrierer for registrering/måling. Der det var mulig, arbeidet terapeuten sammen med pasienten for å løse problemer (f.eks. gikk grundig gjennom registreringen med pasienten, modifiserte eller forenklet registreringer/målinger).

Område 6 - Effektiv bruk av tid

6.1. Tempo

Evne til å regulere tempo på en måte som er godt egnet til den terapeutiske konteksten og pasientens kapasitet for læring.

1. Begrenset

Terapeuten manglet ferdigheter eller hadde en upassende fremgangsmåte:

- Tempo er gjennomgående altfor raskt eller sakte for den terapeutiske konteksten ⁵ eller for pasientens optimale læring (f.eks. terapeut gjentok et poeng gjentatte ganger etter at pasienten har forstått budskapet, viktige tema ble utforsket på en forhastet måte - noe som gjorde det vanskelig for pasienten å forstå eller holde fast i nøkkelbegreper, terapeut byttet fra emne til emne altfor raskt).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer:

- Tempoet var en rekke ganger for høyt eller sakte for den terapeutiske konteksten eller pasientens optimale læring (f.eks. terapeut la litt for mye vekt på et poeng, gikk videre fra emosjonelt vanskelige temaer for raskt, byttet tema før konklusjoner var trukket, snakket for raskt eller for sakte).

3. God

God grad av dyktighet, med noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer:

I mesteparten av timen hadde terapeuten et tempo som var hensiktsmessig gitt den terapeutiske konteksten og pasientens læringskapasitet. Det var imidlertid en eller to anledninger da tempoet var litt for raskt eller sakte til å være optimalt effektivt (f.eks. unnlot terapeuten å senke tempoet når pasienten viste tegn til kognitive vansker, gikk videre før pasienten hadde fullt ut forstått et begrep, intervensjon, hjemmeoppgave osv.).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå:

Terapeuten var lydhør overfor, og tilpasset konsekvent tempoet i timen til den terapeutiske konteksten og pasientens læringskapasitet (f.eks. brukte mer tid og viet oppmerksomhet til pasientens kognitive vansker, lot pasienten oppleve følelser i stedet for å skynde seg videre til en intervensjon eller skifte over til et annet tema).

6.2. Tidsstyring

Evne til å styre tidsbruken i timen på en balansert og effektiv måte.

1. Begrenset

Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:

- Ineffektiv, skjev tidsfordeling betydde at en rekke viktige problemer ikke ble dekket i det hele tatt (f.eks. ikke nok tid igjen til å planlegge hjemmeoppgaver, oppsummere timen, utveksle tilbakemeldinger osv.).
- Utelatte problemer ble gitt begrenset eller ingen anerkjennelse.
- Timen var betydelig over **eller** under planlagt tid uten klinisk begrunnelse ⁶ (f.eks. 50 minutters time varte i 70 minutter eller ble avsluttet etter 30 minutter uten klinisk begrunnelse).
- Altfor rigid overholdelse av en tidsplan var ikke nyttig for pasienten (f.eks. kommentarer som "Vi sa at vi ville bruke 10 minutter på dette punktet, så da må vi gå videre. ").

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Mindre god bruk av tid betydde at noen viktige spørsmål ikke ble dekket **eller** ble utilstrekkelig dekket (f.eks. utilstrekkelig tid til å gjennomgå læring fra en intervensjon eller planlegge hvordan pasienten skulle videreføres det de hadde lært i timen).
- Utelatte problemer ble erkjent, men det ble ikke avtalt når man skulle arbeide med dem.
- Timen gikk litt over **eller** under planlagt tid uten tilstrekkelig klinisk begrunnelse (f.eks. 50 minutters time varte i 60 minutter eller ble avsluttet etter 40 minutter).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeutens tidsbruk var generelt godt balansert og effektiv, slik at de viktigste temaene ble tilstrekkelig dekket. For å utnytte tiden optimalt, ville det imidlertid vært nødvendig å bruke litt mindre eller litt mer tid på noen problemer (f.eks. ikke helt nok tid igjen på slutten av timen til å planlegge hjemmeoppgaver på en grundig måte).
- Hvis problemstillinger ikke ble dekket, var dette hensiktsmessig gitt den terapeutiske konteksten (f.eks. å bruke hele timen på ett punkt på dagsordenen som viste seg å være mer betydningsfullt eller plagsomt enn forventet).
- Det ble avtalt å ta opp utlatte problemer på et annet tidspunkt eller på en annen måte (f.eks. neste time, ved hjelp av hjemmeoppgaver).
- Lengden på timen var stort sett som planlagt, **eller** det var en viss klinisk begrunnelse for å avvike fra planlagt tid.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Konsekvent balansert og effektiv fordeling av tid betydde at alle viktige spørsmål ble grundig dekket. **Eller** hvis problemer ikke ble dekket, var dette nødvendig gitt den terapeutiske konteksten, og denne avgjørelsen ble tatt åpent og eksplisitt med pasienten.
- Det ble avtalt å arbeide med utlatte problemer på et annet tidspunkt eller på en annen måte (f.eks. neste time, ved hjelp av hjemmeoppgaver).
- Lengden på timen var som planlagt, **eller** det var en klar klinisk begrunnelse for å avvike fra planlagt tidsplan.

¹ Eksempler på klinisk begrunnelse for over-/undertid = betydelig pasientplager, risikouttrykk etc.

⁶ Eksempler på klinisk begrunnelse for over-/undertid = betydelig pasientplager, pasienten vurderes å være i risiko osv.

6.3. Opprettholdt fokus

Evne til å opprettholde fokus på viktige tema, samtidig som terapeuten demonstrerer passende fleksibilitet ved uventede problemer.

1. Begrenset

Terapeuten manglet ferdigheter eller hadde en upassende fremgangsmåte: :

- Timen hadde ikke et klart fokus og virket formålsløs (f.eks. generell ustrukturert "prat" som ikke så ut til å ha et spesifisert mål eller komme til noen spesielle konklusjoner, pasient dominerte timen fullstendig og terapeuten fulgte bare pasientens ledelse og gjorde lite eller intet forsøk på å skifte fokus over på klinisk relevante tema).
- **Eller** et altfor rigid fokus som var ikke var til hjelp for pasienten (f.eks. avviste terapeuten potensielt viktige problemer som pasienten tok opp eller ignorerte pasientens plager/problemer fordi de ikke var satt opp på agendaen eller passet med planen for timen).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer:

- Terapeuten viste begrenset dyktighet i å opprettholde fokus på relevante tema, noe som resulterte i hyppige repetisjoner, uproduktive digresjoner eller ubegrunnede diskusjoner om mindre viktige problemer (f.eks. byttet terapeut ofte tema uten klar begrunnelse, var treg til å avslutte digresjoner, dirigerte samtalen over på relevante tema på en brå eller taktløs måte).
- **Eller** terapeut fokuserte på avtalte agendapunkter på en rigid, ufleksibel eller mekanistisk måte (f.eks. unnlot å erkjenne eller svare på uventede problemer).

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer:**

- Terapeuten opprettholdt i stor grad fokus på prioriteringer for timen (dvs. agendapunkter). Dersom det oppsto repetisjoner, uproduktive digresjoner eller unødvendige diskusjoner om tema som ikke var klinisk relevante tema, dirigerte terapeuten fokus tilbake til et relevant tema uten at det gikk for lang tid og en viss grad av følsomhet.
- **Og/eller** hvis det oppsto uventede problemer, anerkjente terapeuten disse og viste passende fleksibilitet (f.eks. å la timen avvike fra planlagte emner for å oppnå maksimal terapeutisk fremgang eller for å opprettholde pasientens engasjement / ivareta terapeutiske forhold).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Terapeuten opprettholdt konsekvent fokus på prioriteringer for timen (dvs. agendapunkter). Dersom det oppsto repetisjoner, uproduktive digresjoner eller unødvendige diskusjoner om perifere tema, ble disse raskt anerkjent, sensitivt evaluert og dyktig styrt tilbake til et relevant tema (f.eks. "Vi ser ut til å drive litt vekk fra vår plan for samtalen - er dette noe det er viktig at vi fokuserer på? Eller ville det være mer nyttig å gå tilbake til [planlagt fokus]?").
- **Og** hvis det oppsto uventede problemer, anerkjente terapeuten disse og viste passende fleksibilitet. Eventuelle beslutninger om å endre fokus ble forhandlet åpent og eksplisitt med pasienten.

Område 7 - Fremme terapeutisk relasjon

7.1. Mellommenneskelig stil

Evne til å vise en positiv mellommenneskelig stil som samsvarer med den terapeutiske konteksten.

1. Begrenset

Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte**:

- Terapeuten hadde konsekvent en negativ mellommenneskelig stil (f.eks. utålmodig, reservert, uoppriktig, nedlatende, fjern, distraheret, kald, lite omsorgsfull, skremmende, irettesettende, fiendtlig, nedverdiggende osv.).
- **Eller** terapeutens mellommenneskelige stil var dårlig tilpasset pasientens terapeutiske kontekst ⁷ (f.eks. roste terapeuten pasienten overdrevent, var for intens eller varm i kontakten med en svært unnnvikende/sosialt engstelig pasient og fikk hen til å føle seg ukomfortabel).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer:

- Terapeuten viste generelt en passende mellommenneskelig stil (f.eks. var vennlig, positiv, konstruktiv osv.) som var hensiktsmessig til pasientens terapeutiske kontekst. Imidlertid viste terapeuten til tider ufølsomhet og begrenset fleksibilitet i å tilpasse sin mellommenneskelige stil (f.eks. bruk av humor som ugyldiggjorde pasientens følelser, upassende selvavsløring, upassende avsløring av ideer om pasientens problemer [f.eks. informerte pasienten med spiseforstyrrelse om ideell sluttvekt for tidlig i behandlingen]).

3. God

God grad av dyktighet, med bare **mindre problemer eller variasjon i kvalitet**:

- Terapeuten viste generelt en positiv mellommenneskelig stil (f.eks. åpen, varm, respektfull, ekte osv.) som passet til den enkelte pasients terapeutiske kontekst (f.eks. vennlig, men ikke altfor fortrolig, optimistisk uten å være overdrevent positiv).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå:

- Terapeuten viste konsekvent en positiv mellommenneskelig stil (f.eks. kommuniserte på en effektiv måte oppriktighet, fordomsfri nysgjerrighet, ekthet, ærlighet, sensitiv bekymring, optimisme, profesjonalitet, oppmuntring, ubetinget positiv respekt osv.) **og** smidig tilpasset sin mellommenneskelige stil slik at den samsvarte med den terapeutiske konteksten (f.eks. optimale nivåer av varme, bekymring etc. gitt den enkelte pasients behov).

⁷Terapeutisk kontekst = pasientens mellommenneskelige stil, presenterende problemer, historie, behandlingsstadium, formulering og presentasjon.

7.2. Empatisk forståelse

Evne til nøyaktig å forstå pasientens emosjonelle tone og innholdet i det pasientens forteller (dvs. forståelsen av seg selv og verden) og til å formidle denne forståelsen på en følsom og hjelpsom måte

1. Begrenset

Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten projiserte (eller overførte) ofte konvensjonelle fordommer, egne holdninger, eller holdninger avledet fra bestemte teoretiske systemer på pasienten.
- Terapeuten ignorerte gjentatte ganger eller feiltolket åpenbare elementer i pasientens synspunkt.
- Terapeuten ugylldiggjorde, undergravde eller kritiserte pasientens synspunkt (f.eks. virket klandrende, nedsettende eller dømmende) eller overidentifiserte seg med pasientens perspektiv (dvs. var ikke objektiv).
- Terapeuten virket uvillig eller ute av stand til å revidere sin forståelse av pasientens perspektiv som svar på ny klinisk informasjon eller endringer som skjedde i timen.

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten reflekterte på en nøyaktig måte åpenbare verbale signaler (dvs. hva pasienten eksplisitt sa), men ignorerte gjentatte ganger eller feiltolket mer subtile emosjonelle eller ikke-verbale signaler (f.eks. tonefall, kroppsspråk osv.) **og/eller** reagerte uhensiktsmessig (f.eks. overdreven empati).
Terapeuten fant det vanskelig eller virket motvillig til å revidere sin forståelse av pasientens perspektiv som svar på ny klinisk informasjon eller endringer som skjedde i timen.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeuten fikk med seg de fleste verbale og mer subtile emosjonelle eller ikke-verbale signaler i sin forståelse av pasientens perspektiv, men noen ganger feiltolket terapeuten pasienten litt eller fokuserte på mindre relevante aspekter av det pasienten sa.
- Terapeuten forsøkte å formidle sin forståelse av pasientens perspektiv, men med begrenset dyktighet (f.eks. gjentok pasientens ord unødvendig, hadde altfor lange oppsummeringer, upassende tonefall, var intellektualiserende).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Terapeuten fikk konsekvent med seg opp verbale, emosjonelle og ikke-verbale signaler for å få en nøyaktig og tett forståelse av pasientens perspektiv.
- Terapeuten brukte konsekvent passende verbale (f.eks. parafrasering, oppsummering, refleksjon) og ikke-verbale responser (f.eks. tonefall, ansiktsuttrykk) for å formidle sin forståelse av pasientens perspektiv. Dette bidro til at pasienten følte seg lyttet til og forstått på et emosjonelt og kognitivt nivå gjennom hele økten (f.eks. formidlet terapeuten viktigheten av å jobbe med spørsmål som var viktige for pasienten ved prioritering av agendapunkter, anerkjente pasientens mot i å utføre angstprovoserende oppgaver osv.)

7.3. Samarbeid

Evne til å oppmuntre pasienten til å ta en aktiv rolle i, og å dele ansvaret for timen og behandlingsprosessen på en måte som passer til behandlingsstadiet og pasientens presentasjon (problemer, symptomer, tilstand, væremåte, kapasitet osv.).

1. Begrenset

Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte**:

- Terapeuten viste gjentatte ganger svært lite eller intet forsøk på å samarbeide med og involvere pasienten i behandlingen (f.eks. syntes terapeuten å ha forhåndsbestemte ideer for timens innhold som ikke kunne fravikes, fokuserte på problemer som ikke var viktige for pasienten, fortalte pasienten hva hen skulle gjøre uten å høre hva pasienten syntes om forslaget, ignorerte eller avfeiet problemer som pasienten tok opp, undersøkte ikke eller verdsatte ikke pasientens ideer, delte ikke informasjon med pasienten, prøvde å kontrollere eller dominere pasienten, syntes å "kryssforhøre" eller krangle med pasienten).
- **Eller** terapeuten var ofte for passiv og overlot for mye ansvar til pasienten (f.eks. kom med ingen forslag når pasienten selv ikke var i stand til å gjøre det, fulgte pasientens ledelse på en upassende måte).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer:

Terapeuten forsøkte å involvere og samarbeide med pasienten. Ved en rekke anledninger ga terapeuten imidlertid pasienten for mye eller for lite ansvar utfra behandlingsstadiet eller pasientens presentasjon ⁸ (f.eks. forventet terapeuten at pasienten skulle ta ledelsen svært tidlig i behandlingsforløpet, ikke ga pasienten nok valg, viet minimal oppmerksomhet til pasientens ideer, ga ikke pasienten tilstrekkelig tid til å tenke, brukte altfor kompliserte eller vage spørsmål som «Hva skal vi snakke om i dag?» eller «Hva nå?», belærte pasienten, debatterte med eller prøvde å overtale pasienten).

3. God

God grad av dyktighet, med bare mindre problemer eller variasjon i kvalitet:

- I mesteparten av timen arbeidet terapeuten effektivt med pasienten og delte ansvaret på en måte som passet til behandlingsstadiet og pasientens presentasjon (f.eks. terapeuten tilbød pasienten valg, tok hensyn til pasientens ideer, ga pasienten tid til å tenke, stilte relevante spørsmål som "Hva tror du de viktigste tingene er for oss å dekke i dag?", «Hvordan kan vi teste det ut?»). Det var imidlertid en eller to anledninger da terapeuten og pasienten ikke så ut til å arbeide sammen som et team (f.eks. terapeuten var for passiv eller informerende).

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå:

- Terapeuten oppmuntret konsekvent pasienten til å ta en aktiv rolle i og dele ansvaret for alle aspekter av behandlingstimen på en måte som passet til behandlingsstadiet og pasientens presentasjon (f.eks. tilbød terapeuten pasienten passende valg, var dyktig til å stille spørsmål for å få fram pasientens ideer og sette dem i system, ga pasienten god tid til å tenke, stilte utforskende spørsmål som "Hvordan kan du ta dette videre neste uke?", "Hva er det viktigste du må gjøre for å holde fremgangen i gang?", "Du har nevnt X, Y og Z. Hva synes du er viktigst å dekke i dag, gitt at vi nærmer oss slutten av terapien?").

⁸ NB det kan være hensiktsmessig for terapeuter å ta mer ansvar i innledende økter, men ansvaret bør i økende grad overføres til pasienten etter hvert som behandlingen skrider frem, avhengig av pasientens presentasjon.

Område 8 - Effektiv toveiskommunikasjon

8.1. Tilbakemelding fra pasient

Evne til å hente fram, utforske pasientens forståelse av og svare på pasientens tilbakemeldinger og reaksjoner på timen

1. Begrenset

Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten gjorde lite eller ingen forsøk på å undersøke pasientens forståelse av og reaksjon på timen **eller** frarådet pasienten å gi tilbakemelding.
- Terapeuten overhørte eller avfeiet gjentatte ganger tilbakemeldinger fra pasienten **eller** reagerte på en negativ måte (f.eks. ble defensiv eller begynte å krangle).

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten var inkonsekvent i å undersøke pasientens forståelse av og reaksjon på timen, og etterspurte ikke tilbakemelding om en rekke viktige aspekter av timen (f.eks. pasientens synspunkter om kasusformulering, hjemmeoppgaver, intervensjoner osv.).
- Terapeuten brukte altfor kompliserte eller vage spørsmål for å hente fram tilbakemeldinger fra pasienten (f.eks. spurt "Er det OK?", "Ser alt ut til å gå bra?").
- Terapeuten unnlot å be om tilbakemelding fra pasienten om eventuelle negative reaksjoner på timen, til tross for at det var et klart behov for det (f.eks. når pasientens kommentarer kan tyde på noe bekymringsfullt).
 - Terapeuten anerkjente tilbakemeldinger fra pasienten, men gjorde lite eller intet forsøk på å drøfte eller svare på dem.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Terapeuten undersøkte med jevne mellomrom pasientens forståelse av og reaksjon på timen. Det ble imidlertid ikke innhentet tilbakemelding for ett eller to viktige aspekter ved timen (f.eks. kasusformulering, hjemmeoppgaver, intervensjoner osv.).
- Terapeuten stilte noen passende spørsmål for å få en tilbakemelding fra pasienten (f.eks. spurte "Hvordan tror du økten går så langt", "Virker hjemmeoppgaven overkommelig?", "Er hjemmeoppgavene klare?", "Hva synes du om forslaget om å gjøre X?", "Hvordan føler du for å prøve X?").
- Terapeuten gjorde noen forsøk på å hente fram mulige negative reaksjoner på timen (f.eks. pasientens tvil, skepsis eller bekymringer) samt positive reaksjoner (f.eks. spurte "Har du noen bekymringer om X", "Du virker litt skeptisk, er det noe du føler deg usikker på?").
- Terapeuten drøftet tilbakemeldinger fra pasienten og gjorde noen forsøk på å svare på pasientens dem (f.eks. besvarte spørsmål, reviderte fokus som respons på pasientens bekymringer).

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- Terapeuten undersøkte grundig pasientens forståelse av og reaksjon på alle aspekter av timen (f.eks. kasusformulering, hjemmeoppgaver, intervensjoner, agenda, måling av endring, pasientens opplevelse av terapeuten osv.).
- Terapeuten brukte gjennomgående gode spørsmål for å hente fram pasientens tilbakemelding (f.eks. spurte: «Fra ditt synspunkt, hvorfor vil det være Viktig/hjelpsomt å gjøre X?", "Hva kan du lære av å gjøre X?").
- Terapeuten oppfordret aktivt pasienten til å fortelle om positive og negative reaksjoner på alle aspekter ved behandlingstimen. Dette ble gjort på en varm og vennlig måte som inviterte til utforskning (f.eks. spurte "Hva har vært minst nyttig i dag?", "Er det noe jeg har sagt som ikke ga mening?").
- Terapeuten drøftet grundig og åpent tilbakemeldinger fra pasienten på en ikke-dømmende, støttende og sensitiv måte. **Og** terapeuten reagerte riktig på pasientens tilbakemeldinger (f.eks. tilpasset intervensjoner, justerte sin egen atferd, besvarte spørsmål på en tydelig og utfyllende måte). Terapeuten oppdaget subtile signaler (f.eks. tonefall, nøling osv.) for å identifisere pasientens vansker med å gi oppriktig tilbakemelding (f.eks. når pasienten svarte i samsvar med det hen trodde terapeuten ønsket å høre) og drøftet disse åpent med pasienten.

8.2. Reflekterende sammendrag

Evne til å reflektere over og oppsummere sammen med pasienten hovedpunkter i behandlingstimen slik at man får en felles forståelse av både læringspunkter og viktig terapeutisk materiale

1. Begrenset

Terapeuten **manglet ferdigheter** eller hadde en **upassende fremgangsmåte** på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten gjorde lite eller intet forsøk på å oppmuntre pasienten til å gjennomgå og reflektere over innholdet i timen.
- Terapeuten gjorde lite eller intet forsøk på å oppsummere viktig informasjon eller ga svært minimale, upassende eller unøyaktige oppsummeringer.

2. Grunnleggende

Vesentlige problemer på ett eller flere av følgende områder:

- Terapeuten ba pasienten om å gjennomgå og reflektere over timens innhold **og/eller** oppsummerte enten for sjelden (f.eks. bare en eller to ganger) **eller** for ofte (f.eks. ba pasienten reflektere over øktens innhold eller kontinuerlig gi oppsummeringer eller).
- Reflekterende oppsummeringer hadde begrenset terapeutisk nytte da de var overfladiske **og/eller** fokuserte på irrelevant informasjon eller mindre aktuelle læringspunkter.

3. God

God grad av dyktighet på følgende områder, med **noe variasjon i kvalitet eller kun små problemer**:

- Ved begynnelsen og slutten av timen, samt en rekke ganger i løpet av samtalen, ba terapeuten pasienten om å gå gjennom og reflektere over det de hadde snakket om og arbeidet med (f.eks. stilte relevante spørsmål som "hva er det viktigste du vil huske fra det vi har gått gjennom ") **og** terapeuten ga nøyaktige små sammendrag (f.eks. "så for å oppsummere, i begynnelsen av timen snakket vi om vi X og innvirkningen det hadde på humøret ditt. Så snakket vi om Y ", osv.).
- Reflekterende oppsummeringer fokuserte på relevant informasjon og læringspunkter og var dermed til en viss nytte for å styrke pasientens forståelse av viktig terapeutisk materiale og for å understreke sentrale læringspunkter.

4. Avansert

Gjennomgående høyt ferdighetsnivå på følgende områder:

- I begynnelsen og slutten av timen, og med passende regelmessige intervaller i løpet av samtalen, stilte terapeuten gode spørsmål for å fremkalle dyptgående refleksjoner og sammendrag fra pasienten om timens innhold **og** terapeuten ga klare, kortfattede og meningsfulle sammendrag av de ulike terapeutiske elementene som ble gjennomgått.
- Terapeuten brukte reflekterende oppsummeringer på en dyktig måte for å trekke sammen betydningsfull informasjon og viktige læringspunkter for å sikre nøkkellæring, styrke felles forståelse av viktig terapeutisk materiale, fremme ny innsikt og terapeutisk endring hos pasienten.

Total vurdering av kompetanse

Hva er din generell eller helhetlig vurdering av terapeutens arbeid i denne timen?

1. Begrenset

- Terapeuten viser en betydelig mangel av ferdigheter eller upassende fremgangsmåte som sannsynligvis vil ha negative terapeutiske konsekvenser.

2. Grunnleggende

- Terapeutens fremviser noenlunde passende innsats og en viss grad av dyktighet. Imidlertid finnes det noen vesentlige problemer.

3. God

- Terapeuten viser en god grad av dyktighet uten store problemer. Imidlertid er mindre problemer eller ujevnheter tydelige i terapeutens arbeid.

4. Avansert

- Terapeuten viser konsekvent et høyt ferdighetsnivå med bare svært få og svært små problemer.

Vurdering av pasientens kompleksitet

Hva er din vurdering av hvor kompleks det var å arbeide med pasienten i denne timen? Problemer som kan virke inn på kompleksitet inkluderer pasientmotivasjon, grad av engasjement, sosiale problemer eller vansker i pasientens miljø/relasjoner til andre, antall og alvorlighetsgrad av problemer, egnethet for KAT.

1. Veldig enkel

3. Noe komplekst

2. Nokså enkel

4. Veldig kompleks

Referanser

- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431-446. doi: 10.1017/S1352465801004040
- Cooper, W. H. (1981). Ubiquitous halo. *Psychological Bulletin*, 90(2), 218-244. doi: 10.1037/0033-2909.90.2.218
- Dennhag, I., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012a). Do supervisors and independent judges agree on evaluations of therapist adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research*, 1-11. doi: 10.1080/10503307.2012.716528
- Dennhag, I., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012b). How many treatment sessions and patients are needed to create a stable score of adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research*, 22(4), 475-488. doi: 10.1080/10503307.2012.674790
- Keen, A., & Freeston, M. (2008). Assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 60-64. doi: 10.1192/bjp.bp.107.038588
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484-499. doi: dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). *The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders*. London: Department of Health.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use (3rd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Vallis, T., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 381-385. doi: 10.1037/0022-006X.54.3.381
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620-630. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.620
- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M., & Ulrich, S. (2011). Assessment of adherence and competence in cognitive therapy: Comparing session segments with entire sessions. *Psychotherapy Research*, 21(6), 658-669. doi: 10.1080/10503307.2011.602751
- Weck, F., Hilling, C., Schermelleh-Engel, K., Rudari, V., & Stangier, U. (2011). Reliability of adherence and competence assessment in cognitive behavioral therapy: Influence of clinical experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 276-279. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182124617
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). Cognitive Therapy Scale Rating Manual. Retrieved from www.beckinstitute.org 16.10.2013