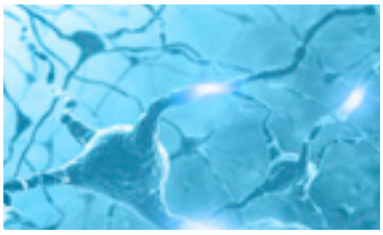


"Vi har med vores forskning vist, at den dybere del af hjernen er langt mere fleksibel end hidtil antaget – og at vi kan bruge den fleksibilitet til at forbedre livskvaliteten for en masse mennesker"

Michael Kjærsgaard

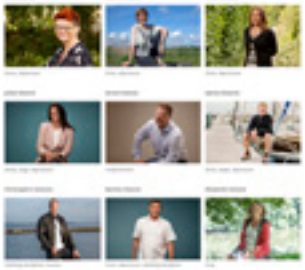
2024-2025
Dokumentation

incl. den uafhængige valideringsrapport fra januar 2017.

DANSK CENTER FOR
NEUROCOACHING

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side 3	Valideringsrapporten kort
Side 4	Hvad er Neurocoaching?
Side 6	Hvor meget kommer kunderne i mål?
Side 7	Hvordan går det med kundernes generelle trivsel?
Side 8	Langtidseffekt
Side 9	Kundernes brug af andre behandlinger
Side 9	Data
Side 10	Gennemførelsesprocent samt resultater hos frafaldne
Side 11	Måleresultater – de enkelte områder
Side 15	Metode
Side 16	Hvornår virker Neurocoaching bedst?
Side 17	Dokumentation på TV
Side 18	Det bredere perspektiv
Side 20	Bilag 1: Sundhedsstyrelsens guide til trivselsindekset WHO5
Side 24	Bilag 2: Valideringsrapporten fra Tapfreelance



Læs flere kundehistorier her

DANSK CENTER FOR NEUROCOACHING

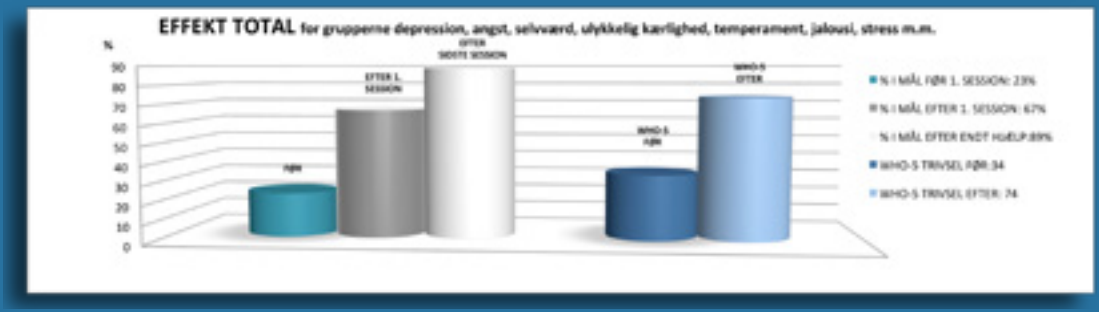
VALIDERINGSRAPPORTEN - KORT

Tapfreelance

Tapfreelance, som er specialiseret i kvalitetssikring og kvalitetsledelse, bekræfter i en ny rapport de målbare resultater, der er opnået med Neurocoaching i Danmark indenfor en række psykiske områder i perioden 2013-16.

Uddrag fra rapportens konklusion:
"Overordnet har valideringsundersøgelsen vist, at man kan have tillid til de data, som Dansk Center for Neurocoaching fremlægger. Der er fundet mindre afvigelser, men disse påvirker kun observationerne i meget lille grad. Samtlige adspurgte klienter har bekræftet tallene. "

Undersøgelsen viser, at i de **296** cases har den gennemsnitlige Neurocoaching-kunde løftet sig fra **23% til 67%** af sit mål allerede på 1. session. Og efter sidste session har den gennemsnitlige kunde ligget på **89%** af sit mål. Der er ved Neurocoaching altid tale om "tunge" mål på identitetsniveau. Det sikrer, at processen har indvirkning på flest mulige områder af kundens liv.



Undersøgelsen viser også, at i de **296** cases har den gennemsnitlige Neurocoaching-kunde i processen løftet sig fra **34 til 74** på den internationale WHO5-trivselsskala. Dvs. fra under depressionsgrænsen til pænt over det danske gennemsnit i trivsel.

VALIDERINGEN

Gennemgangen og verificeringen af Dansk Center for Neurocoachings talmateriale er foretaget af Svend Alsted Petersen og Dorte Rasmussen fra kvalitetssikringsinstituttet Tapfreelance under ledelse af selskabets direktør, lic.techn. Torben Abildgaard Pedersen.

Torben Abildgaard Pedersen er anerkendt som en af Danmarks førende kapaciteter indenfor kvalitetssikring med bl.a. en fortid som kvalitetschef ved både Dansk Teknologisk Institut og Dansk Standard samt som ministerudpeget repræsentant i bestyrelsen for Nordtest under Nordisk Ministerråd.

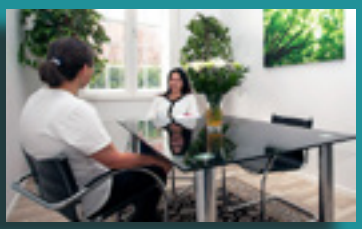
Yderligere oplysninger og CV på de 3 ovennævnte kan ses på Tapfreelance.dk.

Selve valideringen af Dansk Center for Neurocoachings talmateriale bestod af en tilfældig udvælgelse af 50 af 300 cases, hvis talmateriale med kundernes accept blev verificeret - herunder gennem 20 telefoninterviews. Valideringens konklusion kan ses her på siden og den fulde Tapfreelance-validering bagerst i rapporten.

Torben Abildgaard Pedersen

HVAD ER NEUROCOACHING

Neurocoaching er en træning af kommunikationen mellem de forskellige dele af hjernen samt af den enkeltes kommunikation ud mod omverdenen.



Anvendt neuropsykologi

Neurocoaching er en ny, dansk udviklet retning indenfor anvendt neuropsykologi. Udgangspunktet er, hvordan nervesystemets elektrokemiske processer skaber vores tanker, følelser og adfærd. Og fokus er på, hvordan vi kan ændre disse elektrokemiske processer ved at ændre vores tanker, følelser og adfærd.

Neurocoaching er primært funderet på den internationale udvikling, der er sket i cellebiologien, evolutionsbiologien, bioneurologien og den humane adfærdsbiologi siden 1990. Derfor kan Neurocoaching også betegnes som biologisk psykologi.

Psykiske lidelser er oftest dårlig kommunikation

Den nyere cellebiologi har fastslået, at alle flercellede organismer, dvs. også vi mennesker, er samfund af celler. Det er derfor afgørende for forståelsen af nervesystemet at anerkende, at hjernen består af en lang række strukturer med umiddelbart forskellige interesser - men dog med overordnede, fælles mål om beskyttelse og vækst for hele organismen. Og at de forskellige dele af hjernen, der er opstået på forskellige tidspunkter i evolutionen kommunikerer med forskellige "sprog" (2), Vi ser derfor ikke såkaldte, psykiske lidelser som f.eks. angst, sorg, aggression og stress (og afledt heraf depression) som problemer i sig selv, men derimod som mangelfuld kommunikation mellem disse forskellige hjernecentre. En kommunikation og et samarbejde, der på få sessioner har vist sig at kunne trænes.

Neurocoaching er en træning af hjernen

Stort set al læring i hjernen er en kemisk proces i synapserne (3), der forstærkes gennem gentagelse. I løbet af sessionerne opbygges derfor individuelle redskaber, der både forstås af det bevidste sind i frontallapperne og af de dybere strukturer (pattedyrshjernen og reptilhjernen). Og disse skal kunden så træne på daglig basis – både mentalt og i praksis – så der løbende sker en læring, koordinering og integration, der involverer alle relevante dele af hjernen.

Vi går efter roden i stedet for symptomerne

Den naturvidenskabelige indgangsvinkel gør, at vi ikke fortaber os i enkeltsymptomer som f.eks. angst, fobier, stress, vrede m.m. I stedet stiller vi skarpt på, hvorfor de pågældende hjernecentre, f.eks. angstcentret amygdala, i det hele taget er hyperaktive eller sender fejlmeldinger.

Kernen i de fleste problematikker ser ud til at være kroppens stressrespons som følge af tankevaner og negative overbevisninger, specielt grundlæggende identitetsoverbevisninger samt grundlæggende overbevisninger om omverdenen - begge typer dannes i den tidlige barndom. Også andre terapeutiske retninger ser overbevisninger som afgørende, men pga. vores arbejde i alfabølgeområdet (4) har vi i modsætning til almindelig samtaleterapi mulighed for at bearbejde de helt grundlæggende overbevisninger – og dermed skabe plasticitet i selv hjernens dybe strukturer.

Vi har rystet posen

Selvom vores arbejdsmetoder basalt set er psykoterapeutiske, praktiserer vi dem efter coaching-principper. Det har vist sig at flytte nervesystemets fokus fra problem til løsning. Og flytte mennesker fra en passiv, stressskabende patienttilstand til en aktiv, ressourcefyldt tilstand. Forskning har vist, at dette ser ud til at give en forskel i stressresponsens kemi, der mindsker risikoen for depression (5)

Vi har også stor fokus på sociologiske mekanismer og kundernes kommunikation ud mod omverdenen, da de igen har afgørende betydning for de indre, kemiske processer.

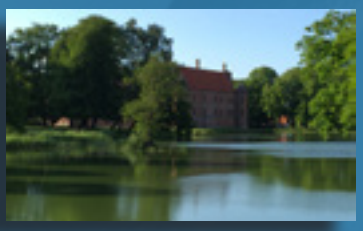
Vores fokus er på 2 områder: Bevidstgøre ressourcer samt "overtrumfe" uhensigtsmæssige mønstre i de dybere hjernestrukturer, primært fremkommet via social arv (specielt den tidlige forælder-barn-relation) og traumer. Central er her plasticiteten i hjernens organisering af tid og hukommelse.

For at skabe kommunikation mellem de forskellige dele af hjernen foregår en stor del af Neurocoaching-processen som nævnt i en ganske let, indadvendt tilstand, hvor hjernen opererer med alfa-bølger.

Vores udgangspunkt: Kunden er rask

I vores erfaring kan patientgørelse og diagnosticering af problemer, der skyldes tankeuvaner, skabe begrænsende overbevisninger og forventninger, den såkaldte nocebo-effekt, som i sig selv kan være sygdomsfremkaldende eller sygdomsfastholdende.
Vi vælger derfor som udgangspunkt at betragte alle kunder som raske. Og erfaringen har vist, at denne indgangsvinkel gør det terapeutiske arbejde voldsomt meget lettere.

En vigtig del er træningsprogrammet er psykoedukation, der får både problem og løsning til at give mening for kunden og dermed skaber støttende overbevisninger. Den mere partnerorienterede tilgang er også årsagen til, at vi kalder vores kunder for kunder og ikke for klienter eller patienter.



NOTER

(1) Som den er fremført af bl.a. cellebiologen Bruce Lipton, professor Robert Sapolsky ved Stanford Universitet, Neuroforskeren Paul D. Maclean og herhjemme psykolog Susan Hart med hendes neuroaffektive udviklingsteori . Denne nye forskning ser ud til at bekræfte en række af de grundlæggende antagelser, der er fremført af folkene bag retningen neurolingvistisk psykologi i 1970'erne og 1980'erne. Herunder samarbejdet mellem de forskellige dele af hjernen.

(2) Paul D. Macleans teori om den 3-delte hjerne peger på, at reptilhjernen er ca. 400 mio. år gammel, pattedyrshjernen (det limbiske system) ca. 200 mio. år gammel, og at menneskehjernen (cortex) har udviklet sig indenfor de seneste 5-7 mio. år. Mens cortex' kommunikation primært er sproglig, ser det limbiske system ud til i høj grad at benytte sig af indre forestillingsbilleder og reptilhjernen af fysiske fornemmelser som kommunikationsmidler. Og disse forskellige "sprog" giver basis for misforståelser mellem hjernedelene.

(3) Den spanske læge Santiago Ramón y Cajal fandt i starten af 1900-tallet ud af, at vores hjerneceller ikke hænger sammen, men at der mellem dem er små afstande, de såkaldte synapsekløfter, hvor neuronerne kommunikerer kemisk med hinanden med de såkaldte neurotransmittere. Cajal fik i 1906 Nobelprisen for sit arbejde.

(4) Frekvensen af hjernebølger er et groft mål for neuronaktiviteten i centralnervesystemet.

(5) Ved en passiv tilgang til stressfaktorer udløses i højere grad kortisol, der er hovedårsagen til den celledød i hippocampus, som kendetegner depression. Ved en aktiv tilgang til stressfaktorer udløses derimod i højere grad adrenalin og noradrenalin, der bl.a. skærper koncentrationen og styrker kampberedskabet.

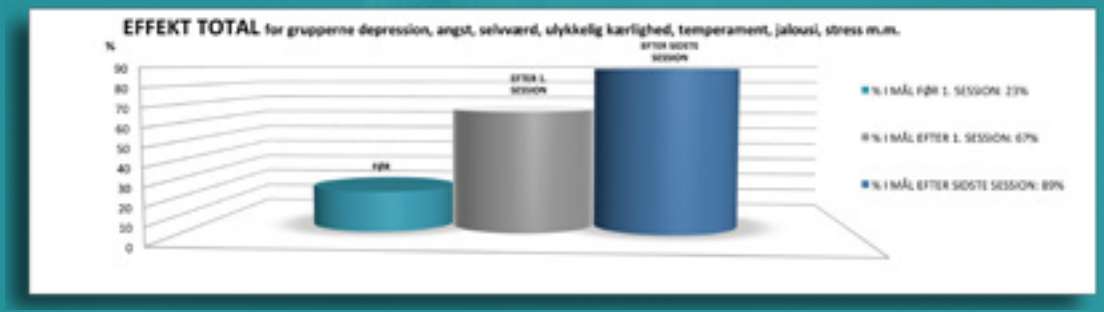
HVOR MEGET KOMMER KUNDERNE I MÅL?

Det vigtigste for kunder, der søger hjælp, er naturligvis at komme i mål. Men psykiske processer kan efter vores mening hurtigt blive lidt "fluffy". Derfor er det for os naturligt at måle kundernes fremgang, så de sort på hvidt kan se, hvad de har fået for pengene.

For alle 7 undersøgte problemstillinger (se nedenfor) har den gennemsnitlige Neurocoaching-kunde i gennemsnit løftet sig fra **23% til 67%** af sit mål allerede på 1. session.
Efter sidste session ligger den gennemsnitlige kunde på **89%** af sit mål. Der er ved Neurocoaching altid tale om "tunge" mål på identitetsniveau*. Det sikrer, at processen har indvirkning på flest mulige områder af kundens liv.

Det gennemsnitlige antal timer og sessioner har for de undersøgte cases ligget på 12,5 timer fordelt på 3,9 sessioner (samt en mindre forsession, der dog er indeholdt i de 12,5 timer).

SÅ MEGET KOMMER KUNDERNE I MÅL MED NEUROCOACHING			
	% i mål ved start	% i mål efter 1. session	% i mål efter sidste session
ALLE KUNDER	23	67	89
Selvværdsproblemer	22	66	89
Ulykkelig kærlighed	19	65	91
Angst	25	68	89
Temperament	25	68	87
Jalousi	23	72	89
Depression	21	64	89
Stress	21	68	88



HVORDAN GÅR DET MED KUNDERNES GENERELLE TRIVSEL

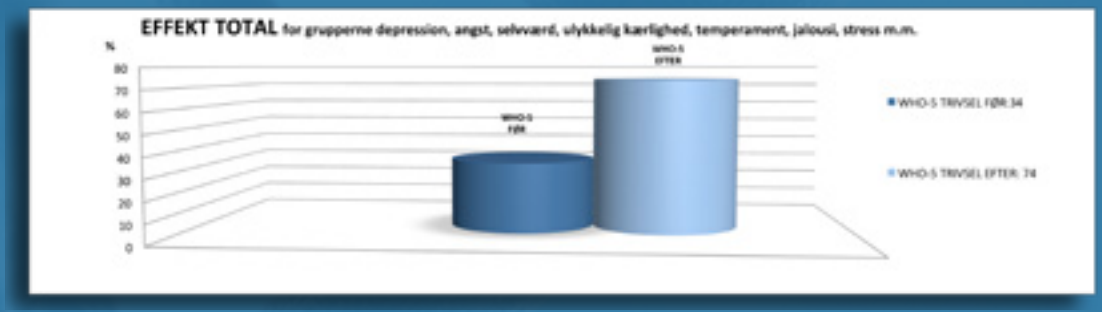
En ting er for kunden at komme i mål med det, der betyder noget ham eller hende. Men påvirker det så også samtidig kundens generelle trivsel? Det har vi målt med den såkaldte WHO5-skala.

WHO5-skalaen er et internationalt mål for trivsel, udviklet af Verdenssundhedsorganisationen under FN. Den går fra 0 til 100 – og jo højere WHO5-tallet er, jo bedre har kunden det. Det danske gennemsnit ligger på 68. Ligger kunden på under 50, tyder det på, at han eller hun ikke er på toppen. Og ligger kunden på under 35, er der en reel risiko for, at han eller hun lider af depression eller langvarig stress.

Du kan se hele Sundhedsstyrelsens guide til WHO5 på side 17-19 her i rapporten

For alle problemstillinger har den gennemsnitlige Neurocoaching-kunde løftet sig fra **34 til 74** på den internationale WHO5-skala. Dvs. fra under depressionsgrænsen til pænt over det danske gennemsnit.

SÅDAN GÅR DET MED KUNDERNES TRIVSEL		
	WHO5 før	WHO5 efter
ALLE KUNDER	34	74
Selvværdsproblemer	34	75
Ulykkelig kærlighed	26	78
Angst	39	72
Temperament	33	75
Jalousi	37	79
Depression	29	71
Stress	34	74



LANGTIDSEFFEKT

Neurocoaching er ikke en mirakelpille, men en træning af hjernen med helt konkrete redskaber, som sikrer, at kunden både får og kan bevare kontrollen med den del af hjernen, der producerer vedkommendes følelser. Der er dog den hage ved alle redskaber, at de kun virker, når de bliver brugt. Ved fornuftig træning bliver de med tiden til nye automatiske vaner, men slipper kunden træningen for tidligt, risikerer han eller hun at falde tilbage i de gamle uvaner.
Vi er fra 2016 begyndt systematisk at måle effekten efter 3 måneder (hvor kunderne har skullet levere feedback 6 gange i perioden), ligesom vi også har spredte langtidsdata. Det overordnede billede er, at de kunder, der fastholder deres redskaber og den anderledes måde at bruge hjernen på, bevarer og endda ofte udbygger deres resultater, mens de kunder, der slipper redskaberne, oplever en risiko for at falde tilbage. Jo tidligere de slipper redskaberne, jo større ser risikoen ud til, at de falder tilbage.
En medvirkende årsag er også, at der i så kompliceret et system som hjernen med op til 100 milliarder neuroner uvægerligt løbende vil ske kommunikationsfejl, som skal korrigeres. Og lader kunden bare stå til, kan disse kommunikationsfejl brede sig, danne nye negative overbevisninger og traumer, som så igen kan udvikle sig til f.eks. stress, angst og depression.

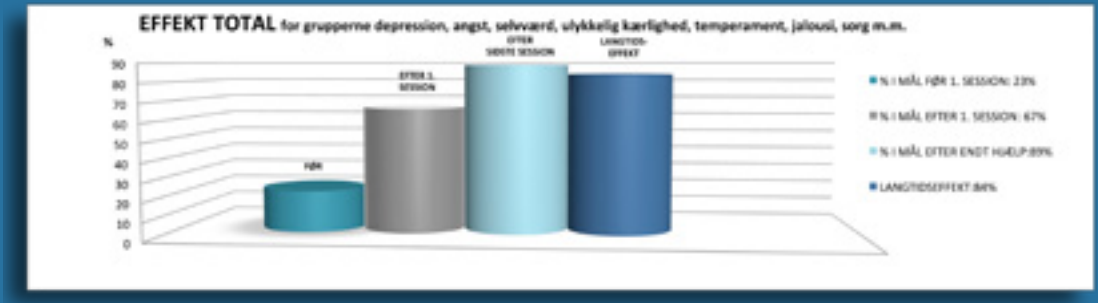
Så ligesom den overvægtige, der har tabt sig 50 kilo, ikke bare kan læne sig tilbage og igen begynde at spise uhæmmet, på samme måde skal neurocoaching-redskaberne fortsat bruges.
Belønningen er til gengæld en fortsat kontrol med følehjernen og en fortsat høj livskvalitet.

MÅLINGER - LANGTIDSEFFEKT
Pr. 1.2.17 har vi 43 målinger, indsamlet 3 måneder efter sidste session med spørgsmålet: "*Hvor meget er du her, 3 mdr. efter sidste session, i mål med xx (kundens mål)?*"

Målingerne viser, at den gennemsnitlige kunde 3 måneder efter sidste session stadig ligger på **83%** af sit mål (mod **89%** efter sidste session).

Derudover har vi yderligere 45 cases, hvor data er afgivet senere end 3 mdr. efter sidste session, nemlig i gennemsnit 5,3 måneder efter sidste session. Her er niveauet **82%** (mod **89%** efter sidste session).

3-måneders-målingen er den statistisk mest korrekte, da hele populationen er blevet spurgt.



SAMLET OVERSIGT	% i mål ved start	% i mål efter 1. session	% i mål efter sidste session	Langtids
ALLE KUNDER	23	67	89	83
Selvværdsproblemer	22	66	89	83
Ulykkelig kærlighed	19	65	91	84
Angst	25	68	89	83
Temperament	25	68	87	72
Jalousi	23	72	89	85
Depression	21	64	89	80
Stress	21	68	88	80

KUNDERNES BRUG AF ANDRE BEHANDLINGER

Vi har som en lille, privat finansieret virksomhed ikke haft mulighed for at lave specielt designede forsøg med kontrolgrupper*

Vi har dog siden 1.1. 2013 spurgt alle nye kunder om tidligere behandlinger. Dette giver et nogenlunde billede af, hvilke behandlinger, der har haft ingen eller kun ringe effekt på de kunder, som så efterfølgende har haft udbytte af Neurocoaching.

Har kunderne haft effekt af Neurocoaching, men ingen eller ringe effekt af andre, tidligere behandlinger, kan det tyde på, at Neurocoaching tilfører kunderne andet og mere end disse andre behandlinger

Disse data viser flg. for de 296 cases, der er medtaget I valideringsrapporten:

176 personer – dvs. **63%** - havde inden Neurocoaching været i behandling hos en eller flere psykologer.

27 personer – dvs. **10%** - havde inden Neurocoaching været i behandling hos en eller flere psykiatere.

43 personer – dvs. **16%** - havde inden Neurocoaching været i behandling hos en eller flere psykoterapeuter.

43 personer – dvs. **16%** - havde inden Neurocoaching været i behandling hos en eller flere hypnotisører

I alt har 226- dvs. **74%** af de 296 kunder inden Neurocoaching været i behandling hos en eller flere af ovennævnte typer af behandlere.

NOTER

*Vi har dog et design liggende klar til et enkeltblindet forsøg, hvis det lykkes os at finde en uafhængig samarbejdspartner.

DATA

Flg. data har ikke været en del af valideringsprocessen hos TAPFREELANCE:
1. Timetal- og sessionstal, da det ville kræve uforholdsmæssigt mange ressourcer fra respondenterne efter længere tid at skulle verificere disse tal. Og jo større krav til respondenter, jo mindre er deltagelsesprocenten typisk.
2. Frafaldsprocenten, da vi vurderede, at det ikke var etisk at kontakte de kunder, der ikke havde gennemført programmet.
3. Hvilke behandlinger, kunderne havde forsøgt før henvendelsen til Dansk Center for Neurocoaching. Årsag: Vi blev først opmærksomme på vigtigheden af disse data efter valideringsprocessen Ca. **62%** af kunderne optræder i flere underkategorier, f.eks. i både selvværd og angst.

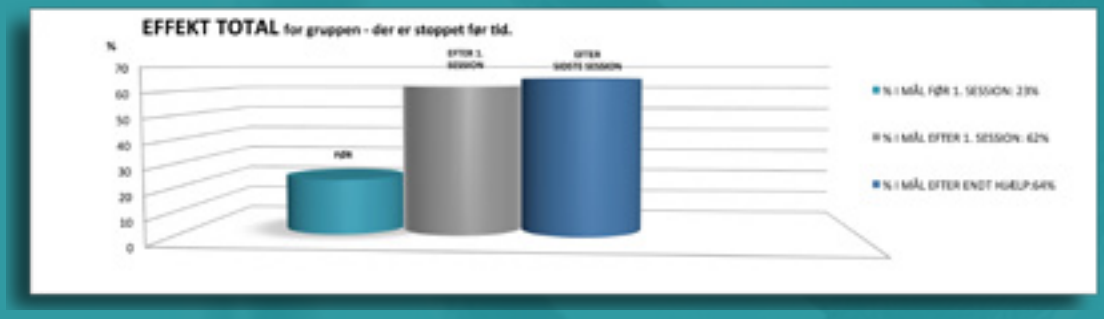
KUNDERNES GENNEMFØRELSESPROCENT

Der er lang række mekanismer, der fastholder os i vores vaner. Heriblandt de såkaldt sekundære gevinster i nutiden eller fortiden, som en del af vores nervesystem er bange for at miste ved en forandring. Og der er vanens magt. Hjernen sluger op til 25% af kroppens samlede energiforbrug - derfor er hjernen evolutionært gearet til at fastholde vaner, da vaner sparer energi. Endelig er nogle kunder bare tilfredse med lidt og mister på et tidligt tidspunkt motivationen til yderligere fremgang. Alle disse forhold er intet problem, hvis kunden er villig til at italesætte dem. Det er deværre bare ikke altid tilfældet i terapiforløb - og derfor oplever vi ligesom resten af branchen og alle andre træningssystemer også et frafald.

Mønstret for frafald følger fint den østrigske psykiater Helmuth Jelems kategorisering af sine klienter (1)
Rapporten fra TAPFREELANCE omfatter kun data fra de kunder, der har gennemført Neurocoaching-træningsprogrammet. Udover de 296 cases med kunder, der havde gennemført programmet, var der i samme periode 95 kunder, der ikke overholdt programmet, og hvor processen derfor blev stoppet. Dvs. en frafaldsprocent på **24%**

22 kunder var i perioden nødt til at stoppe processen pga. uforudsete, økonomiske omstændigheder som skatteefterbetaling og tab af job.

Blandt disse 117 cases har den gennemsnitlige, frafaldne kunde i gennemsnit løftet sig fra **23%** til 62% af sit mål på 1. session. Og efter sidste session har den gennemsnitlige, frafaldne kunde i gennemsnit ligget på **64%** af sit mål. Der er ikke lavet WHO-målinger på frafaldne kunder.



NOTER

(1) Den erfarne, østrigske psykiater Helmuth Jelem oplevede, at nogle patienter – på trods af, at de alle sagde, at de ønskede forandring – alligevel intet gjorde for at opnå forandringen. Ja, nogle gange modarbejdede de endda forandringen. På baggrund af sine erfaringer, inddelte han sine patienter i 3 grupper, som han kaldte for hhv. "Besøgende", " Klagere" og "Kunder".

De "Besøgende" beskrev han som personer, der var ude at gå tur, pludselig blev det regnvejr, og så kiggede de lige indenfor, fordi de havde glemt deres paraply. De var altså kun lige trætte af deres symptomer som f.eks. angst, depression osv. men havde ikke noget ønske om at skabe den dybere forandring, der var nødvendig. Så så snart den værste regn var ovre – eller når de fandt ud af, at der ikke var noget quick-fix, så vupti..var de besøgende væk igen.

Den anden gruppe kaldte Dr. Jemel for "Klagerne". De var ikke interesseret i nogen forandring, men udelukkende interesseret i at fortælle om, hvor forfærdeligt, de selv havde det- og hvorfor de intet kunne gøre ved det.

Den tredje gruppe er så "Kunderne". Det var dem, der var oprigtigt interesseret i forandring – og var villige til at yde indsatsen.

MÅLERESULTATER – DE 7 ENKELTOMRÅDER

Måleresultater - de enkelte områder
De 296 cases har dækket de 7 hyppigst forekommende problemområder ved Dansk Center for Neurocoaching:

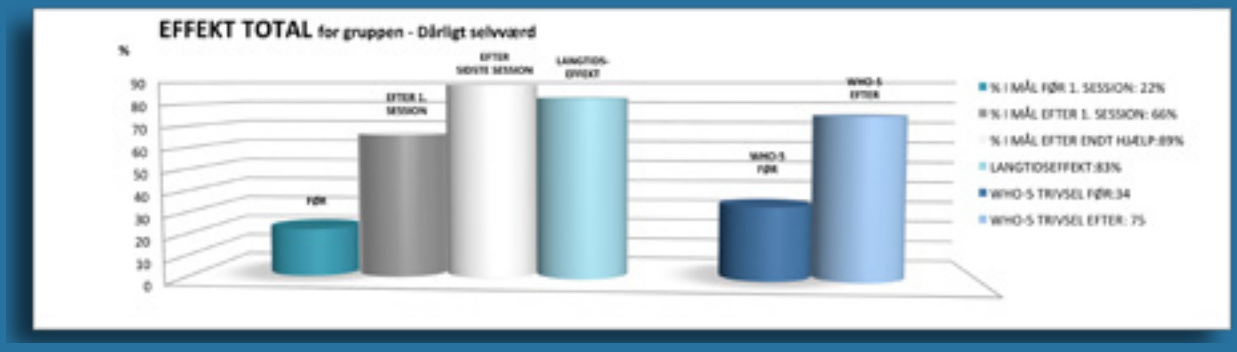
1. Dårligt selvværd
2. Ulykkelig kærlighed
3. Angst
4. Temperament
5. Jalousi
6. Depression
7. Stress

Ca. **62%** af kunderne optræder I flere underkategorier, f.eks. I både selvværd og angst. Det er årsagen til, at sammentællingen af de enkelte undergrupper giver 497 og ikke de reelle 296.

1. Dårligt selvværd

For alle cases, hvor kunder med dårligt selvværd har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **22% til 66%** af sit mål (214 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 4 sessioner med et samlet timetal på 13,5 timer flyttet sig fra **22% til 89%** af sit mål.
Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **83%** i mål

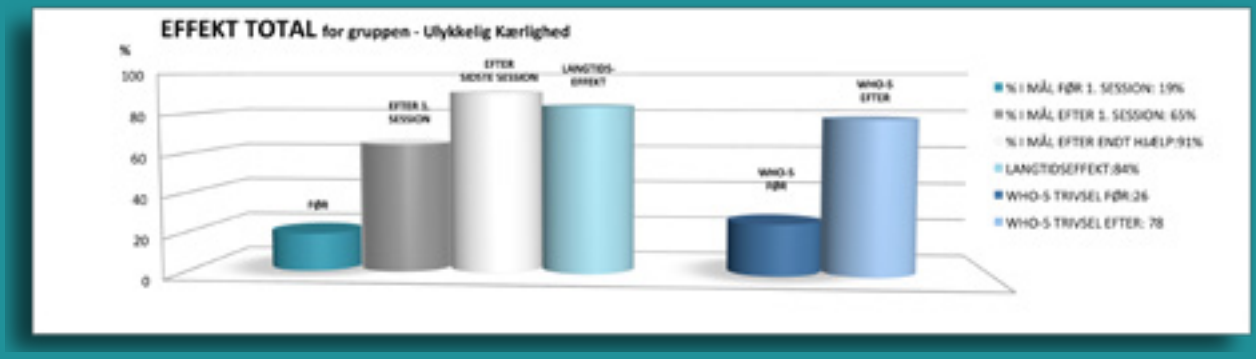
Samtidig har han/hun flyttet sig fra **34 til 75** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



2. Ulykkelig kærlighed

For alle cases, hvor kunden har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **19% til 65%** af sit mål (46 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 4,3 sessioner med et samlet timetal på 12,8 timer flyttet sig fra **19% til 91%** af sit mål.
Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **84%** i mål

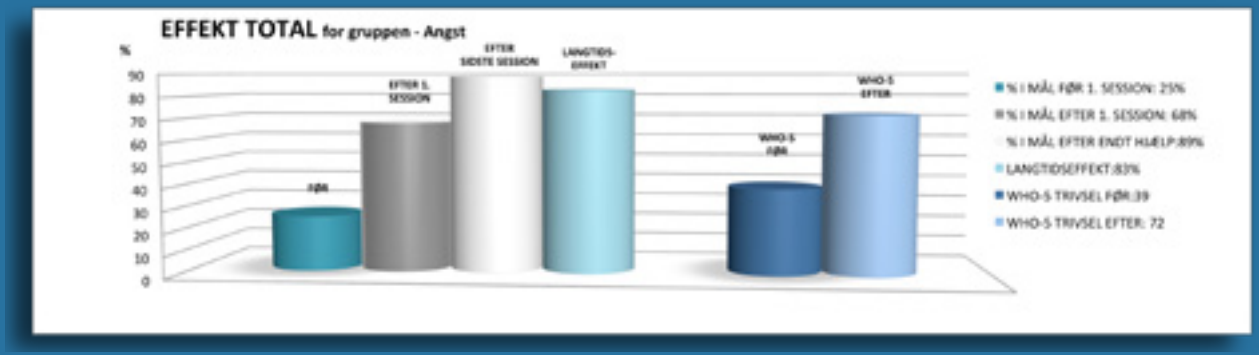
Samtidig har han/hun flyttet sig fra **26 til 78** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



3. Angst

For alle cases, hvor kunder med angst har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **25% til 68%** af sit mål (97 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 4,5 sessioner med et samlet timetal på 14,3 timer flyttet sig fra **25% til 89%** af sit mål.
Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **83%** i mål

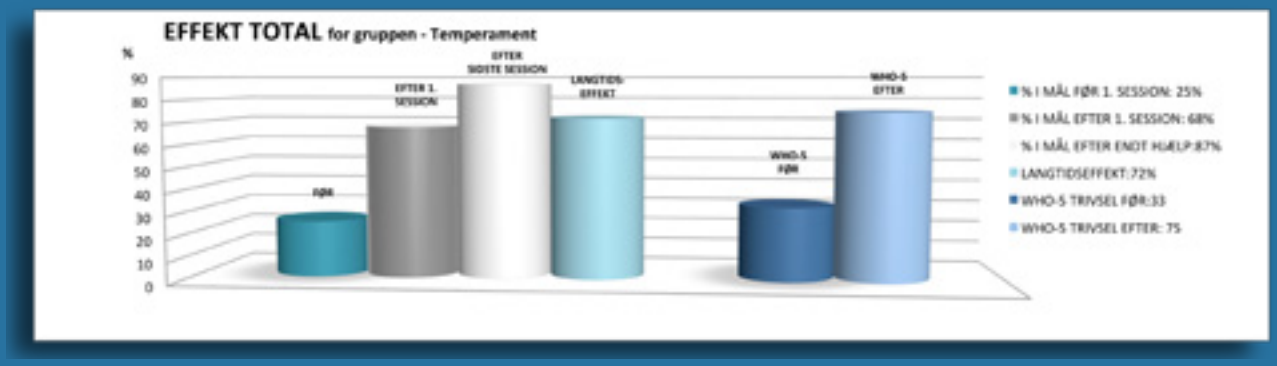
Samtidig har han/hun flyttet sig fra **39 til 72** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



4. Temperament

For alle cases, hvor kunder med temperament har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **25% til 68%** af sit mål (22 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 3,2 sessioner med et samlet timetal på 10,3 timer flyttet sig fra **25 %til 87%** af sit mål.
Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **72%** i mål

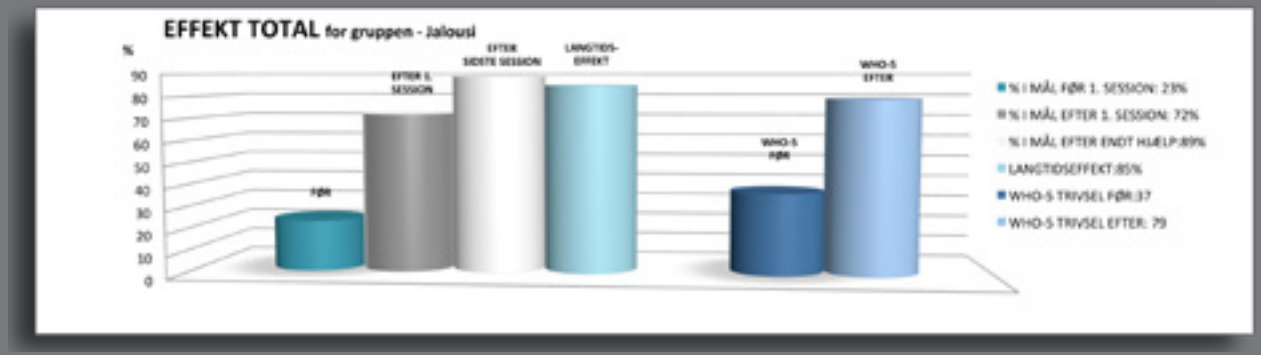
Samtidig har han/hun flyttet sig fra **33 til 75** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



5. Jalousi

For alle cases, hvor kunder med jalousi har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **23% til 72%** af sit mål (27 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 3,0 sessioner med et samlet timetal på 11,6 timer flyttet sig fra **23% til 89%** af sit mål. Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **85%** i mål

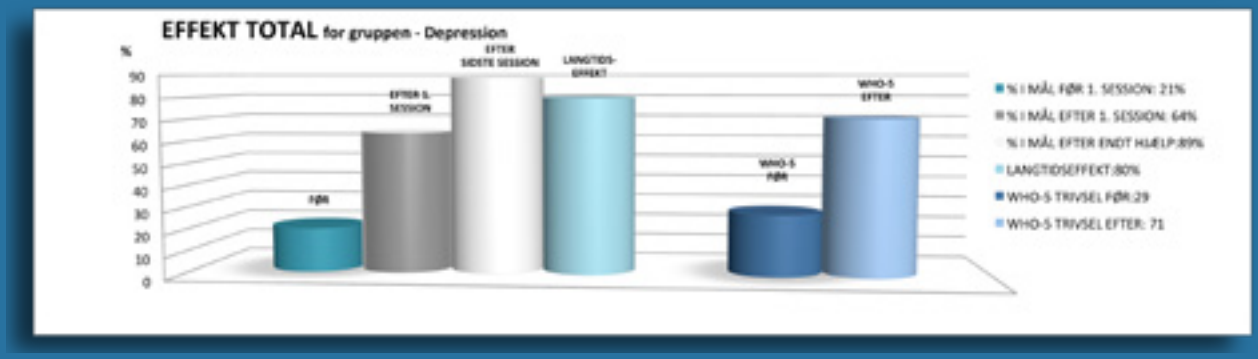
Samtidig har han/hun flyttet sig fra **37 til 79** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



6. Depression

For alle cases, hvor kunder med depression har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **21% til 64%** af sit mål (46 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 3,3 sessioner med et samlet timetal på 10,2 timer flyttet sig fra **21% til 89%** af sit mål.
Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **80%** i mål

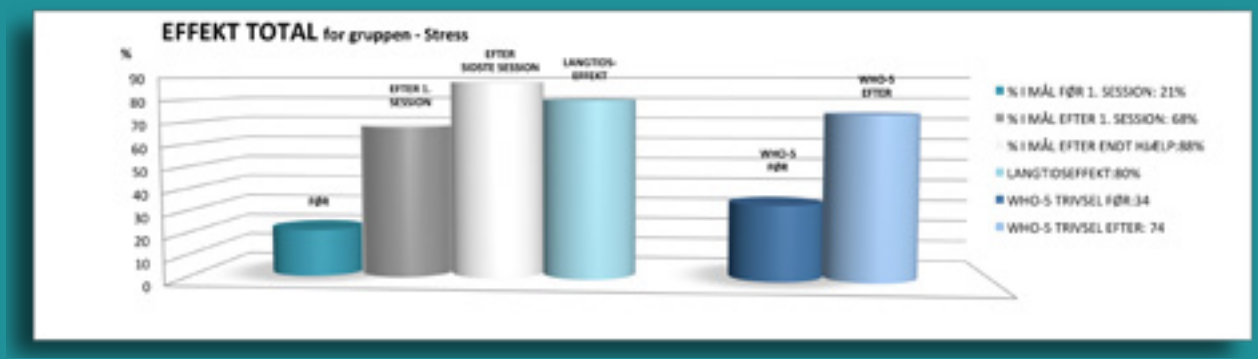
Samtidig har han/hun flyttet sig fra **29 til 71** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



7. Stress

For alle cases, hvor kunder med stress har fulgt vores program, har den gennemsnitlige kunde på første session flyttet sig fra **21% til 68%** af sit mål (27 cases). Og hun/han har på i gennemsnit 4,1 sessioner med et samlet timetal på 13,5 timer flyttet sig fra **21% til 88%** af sit mål.
Efter 3 måneder har den gennemsnitlige kunde stadig været **80%** i mål

Samtidig har han/hun flyttet sig fra **34 til 74** på den internationale trivselsskala, WHO-5, der går fra 0 til 100, og hvor depressionsgrænsen er 35 og det danske gennemsnit ligger på 68.
Se Sundhedsstyrelsens beskrivelse af WHO-5 på side 20.



METODE

Kan personlig forandring måles? Svaret er både ja – og nej.

Man kan ikke bare tage et termometer eller et voltmeter og få en uafhængig værdi. Alligevel har det vist sig, at hver enkelt kunde fuldt ud er i stand til at vurdere, hvor på en skala, han eller hun befinder sig i forhold til sit mål. Kunderne er løbende blevet spurgt om den procentvise ændring i deres situation i forhold til deres mål. Og de er også blevet bedt om at beskrive deres udvikling med egne ord.

Hvis en kunde har sagt et interval, f.eks. 15-20% har vi rundet af til vores ulempe, dvs. til hhv. 17% eller 18% alt efter, om det er starttilstand eller sluttilstand, kunden er blevet bedt om at beskrive.

Neurocoaching beskæftiger sig kun sjældent med diagnoser, da de efter vores mening ofte kan virke selvopfyldende. Vi har derfor valgt at anvende meget brede problemgrupper. F.eks. “Angst og fobier” i stedet for “Fobi for elevatorer”.

Sessionerne har fordelt sig med ca. 1/5 personligt fremmøde og 4/5 over skype.
Vi har ikke kunnet fastslå nogen forskel i resultater hos voksne. Ved angst har skype faktisk vist sig som mere effektivt end personligt fremmøde.

Kvantitative resultater med børn under 12 er ikke medtaget, da vi har vurderet, at de selv ikke har kunnet bedømme deres fremgang på en procentskala. De kvalitative data viser dog ikke alene gode resultater hos børn – de viser faktisk, at børn generelt er væsentligt hurtigere end voksne til at ændre tanke-, føle- og adfærdsmønstre.

I antallet af brugte timer er også medregnet den tid, vi har brugt til at lave referater og individuelle øvelser samt behandle feedback. Der er med andre ord tale om den samlede, udfakturerede tid.

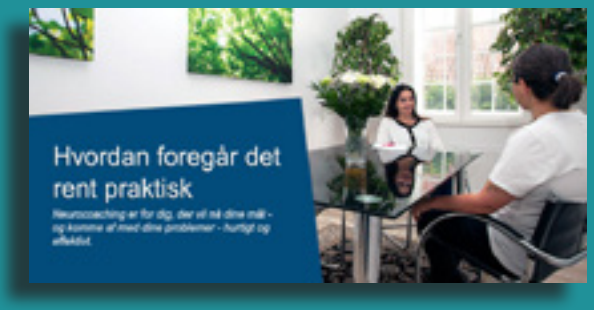
Har kunder nævnt et negativt tal som udgangspunkt, er det sat som 0, og har kunden nævnt et tal over 100% som mål, har vi rubriceret det som 100%. Enkelte ældre cases har opereret med en skala fra 1-10. De er omdannet til en %-skala ved at gange med 10.

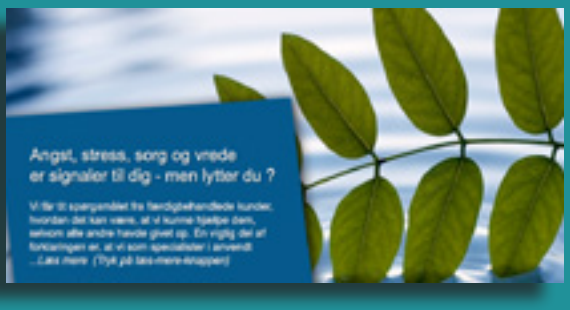
Hvad har vi målt?
Neurocoaching er meget målfokuseret. Siden 1.7.2012 har vi derfor ved slutningen af hver session målt kundens egen fornemmelse af bevægelse henimod målet. Det er udelukkende disse cases, der er medtaget.

Fra medio januar 2013 er vi ligeledes begyndt at anvende det internationalt anerkendte trivselsbarometer WHO-5. Dels ved behandlingsstart og dels 2 uger efter sidste behandling.

HVORNÅR VIRKER NEUROCOACHING BEDST?

Neurocoaching giver sine bedste resultater ved symptomer, som skyldes tankeuvaner, men hvor hjernen fysisk set er uden skader eller defekter. Som eksempel kan nævnes alle former for angst, OCD og fobier, stress, depression, manglende selvværd, manglende motivation, sorg, ulykkelig kærlighed, traumer, temperament, jalousi og spiseforstyrrelser.





Hvornår har Neurocoaching begrænset eller ingen effekt?

Neurocoaching er ikke afprøvet på korrekt diagnosticeret skizofreni eller på personer med deciderede hjerneskader. Det er vores umiddelbare holdning, at Neurocoaching ikke er specielt egnet til de grupper.

Hjælp til kunder med misbrug af alkohol og hash har vist sig at virke på kort sigt, men efter endt behandling ser en del af kunderne ud til at falde tilbage. Her er behov for væsentligt længere behandlingsforløb.

Ved personer med få ressourcer (f.eks. fastende eller mennesker med mangel på tid) anbefales det at udskyde behandlingen, indtil der igen er tid og kræfter til at lave øvelserne og mulighed for at spise og sove normalt. Ved personer, der ikke har økonomisk mulighed for at fuldføre et fuldt forløb, anbefales det at vente, indtil denne mulighed er til stede.

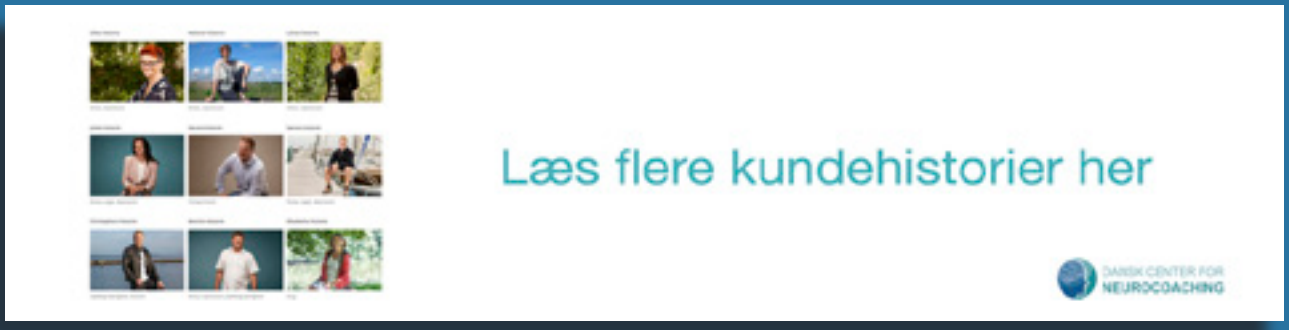
Ved kunder, der af den ene eller anden årsag ikke overholder de løbende aftaler og øvelser, der skal stabilisere de nye tankemønstre, kan der ikke forventes en tilfredsstillende effekt over tid. I de tilfælde vælger vi da også hurtigt at afslutte processen.

Personer, der ikke selv er indstillet på forandring, eller som ikke er indstillet på at få taget fat om deres reelle problem, er ikke egnede til behandling med Neurocoaching.

DOKUMENTATION PÅ TV – DR1 OG KANAL 4

Michael Kjærsgaard fik i 2012 en speciel udfordring af DR: På 5 timer skulle han skabe forandring sammen med en køkkenchef, der efter en hård skilsmisse var havnet i depression. Det dramatiske resultat blev vist i et afsnit af tv-serien "So f*** Special" i september 2012. Forandringen i både køkkenchefens selvbillede og kommunikation var efter de 5 timer så ekstrem, at han samme aften fandt sin nye kæreste, som han stadig den dag i dag er i forhold med. Forsøget fik 2 gange 5 stjerner fra vært Christine Feldthaus - og fik for åben skærm flg. kommentar med på vejen fra den garvede programvært: "*Jeg er målløs. Jeg er taget ud. Ja, jeg ved faktisk ikke, hvad jeg skal sige*".

I 2013 medvirkede Michael Kjærsgaard også i et afsnit af Singleliv på Kanal 4, hvor han på under 2 timer fjernede et årelangt traume og rettede op på selvværdet hos en kendt realitydeltager.



DET BREDERE PERSPEKTIV

Neurocoaching er mere end bare en terapiform. Den er et mere moderne syn på nervesystemet og forholdet mellem nervesystemet og resten af kroppen. Så udover at være en hjælp til mennesker med psykiske lidelser, anviser Neurocoaching også mulige løsninger på meget bredere områder.

Forbyggelse

De fleste forskere er enige om, at grundlaget for stort set alle psykiske lidelser som angst, stress, depression m.m. dannes i forældre-barn-relationen – primært i barnets første 7 leveår (1). Og her anviser Neurocoaching helt konkrete redskaber til at hjælpe ressourcesvage forældre og vordende forældre på en måde, så også de får mulighed for at være de gode forældre, de gerne vil være . Til glæde for barnet, til glæde for forældrene – og til glæde for samfundet.

Brud med social arv

Iflg. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd er den sociale arv accelereret fra 2003 til 2013 (2). Tilhører forældrene den såkaldte underklasse, er risikoen i dag næsten 5 gange større for at barnet selv ender lige præcis der, end hvis det var født ind i den såkaldte overklasse.

En integreret del af Neurocoaching er afmontering af de dybe tanke- og overbevisningsmønstre, vi kalder social arv, og som i dag efterlader de unge, som uheldigvis er født på den forkerte adresse. Med Neurocoaching får danske beslutningstagere nu et valg, som de ikke har haft tidligere.

Forbedret effektivitet af psykisk og somatisk behandling

Vi oplever jævnligt selv, hvordan en lemfældig omgang med diagnoser har induceret negative overbevisninger i vores kunder – den såkaldte nocebo-effekt, der aktiverer kroppens stressrespons og dermed forringer immunforsvaret. Neurocoaching kan være en hjælp for behandlere til være endnu mere opmærksomme på at undgå nocebo–effekten og i stedet udnytte placebo-effekten (induktionen af positive overbevisninger og forventninger). Placebo-effekten styrker immunforsvaret og skaber positive, fysiologiske ændringer i såvel receptorer som produktionen af en lang række gavnlige neurotransmittere og hormoner (3). Som eksempel er placeboeffekten påvist at have mere end 4 gange større effekt end de aktive stoffer i antidepressiva/SSRI-præperater (4).

Fysisk sundhed

American Medical Association anslår, at over 60% af alle sygdomme basalt skyldes stress (5).
Herbert Benson, associate professor, Harvard Medical School anslår, at 60-90% af alle lægebesøg skyldes stress (6).
Den tætte sammenhæng mellem den menneskelige stressrespons og immunforsvaret, som bl.a. er påvist af professor Robert Sapolsky, Stanford University (7), vil pr. automatik give en spill-over-effekt på det somatiske område. Ikke bare på de direkte stressrelaterede sygdomme (8), men også på den generelle sundhedstilstand, herunder diabetes 1 og 2 samt hjertekarsygdomme (7).

Samtidig vil en reduktion af stress naturligt mindske behovet for "selvmedicinering" gennem nikotin, alkohol, hash, spiseforstyrrelser m.m – de såkaldte "bad choices".

Endelig vil en begrænsning af den menneskelige stressrespons iflg. cellebiologen Bruce Lipton forebygge en stor del af de celleforandringer, der ender som kræft (9).

Levealder

Iflg. en undersøgelse, ledet af professor Becca Levy ved Yale University (10), giver alene vores livssyn, dvs. vores overbevisninger om os selv, vores omgivelser og vores fremtid, en forskel i levealder på 7,5 år.
Dette sandsynliggøres af påvisningen af, at de enkelte cellers telomerer (en beskyttelse af vores DNA) nedbrydes op til 6 gange hurtigere ved stress (11).
Det er disse grundlæggende overbevisninger, kunderne lærer at forandre med Neurocoaching.

En bedre forståelse af nervesystemet - og øget plasticitet i hjernen

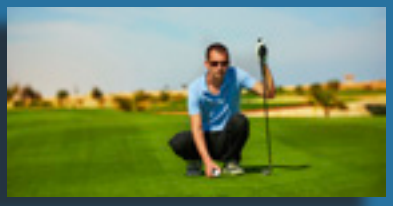
For både fagpersonel og patienter tilbyder Neurocoaching en mere simpel forståelse af nervesystemet og af forholdet mellem nervesystemet og resten af kroppen. Samtidig anviser Neurocoaching vejen til at skabe plasticitet i de dybere dele af hjernen – en plasticitet, som ellers ikke har været anset som mulig.

Bedre inklusion

Indenfor Neurocoaching er et uheldigt tankemønster, negative overbevisninger og mangelfuld kommunikation mellem hjernecentre lige så fysisk som et brækket ben. Neurocoaching kan derfor være med til at fjerne den tabuisering af det psykiske område, som mange patienter oplever, og som desværre blot forstærker deres negative, sygdomsfremkaldende overbevisninger.

Generelt bedre brug af hjernen

Neurocoaching er ikke bare for personer med lidelser. Vi beskæftiger også løbende med, hvordan helt almindelige mennesker kan øge deres potentiale indenfor indlæring, koncentration og motivation i både uddannelse, karriere, privatliv og sport.



NOTER

(1) Bl.a. psykolog Susan Hart: "Den Følsomme Hjerne"
(2) Ae.dk, 29. Februar 2016 – analyse ved Jonas Schytz Juul og Emilie Agner Damm
(3) Bl.a. arbejder ved Fabrizio Benedetti (professor i klinisk psykologi ved universitetet i Torino), professor Cynthia Mcrae (University of Iowa), men også herhjemme Lene Vase, cand psyk, PH.D. Dansk Smerteforskningscenter, ÅU.
(4) Irving Kirsch, Professor i psykologi ved universitetet i Hull, 2012
(5) Huffington Post 1.10.2013 "How Stress Affects the Body" – tilgængelig på youtube.
(6) Udtalt til DR-udsendelsen "Sjæl og videnskab"
(7) Robert Sapolsky "Why Zebras don't get Ulcers"
(8) De såkaldte funktionelle sygdomme, som rammer ca. 300.000 danskere.
(9 Bruce Liptons seminar "The Biology of Belief" fra 2012 – tilgængelig på youtube.
(10) Becca Levy m.fl. 2002 "Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functioning Health"
(11) Dr. Elizabeth Blackburn, University of San Francisco, Nobelprisen i medicin 2009 samt psykolog Elissa Epel

SUNDHEDSSTYRELSENS GUIDE TIL TRIVSELSINDEKSET WHO5

Bilag 1

Sundhedsstyrelsen
National Board of Health

Guide til trivselsindekset: WHO-5

Hvad er WHO-5

WHO-5 er et mål for trivsel. Det består af fem spørgsmål om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger. WHO-5 måler graden af positive oplevelser, og kan anvendes som et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende.

WHO-5 har været testet i forskellige befolkningsgrupper i flere lande. Det er simpelt at anvende, og der er efterhånden mange erfaringer, der taler for, at det er et pålideligt mål for personers trivsel.

Det skal bemærkes:

- At WHO-5 ikke direkte måler dagligdags funktion, selvom der formodes at være en sammenhæng mellem funktionsevne og trivsel.
- At WHO-5 ikke er et diagnoseværktøj, men kan betragtes som et termometer for trivsel. Hvis en person scorer lavt, kan det være tegn på, at han eller hun har brug for støtte eller behandling. Men det vil i givet fald være en lægelig opgave evt. at udrede dette nærmere.

WHO-5 er udviklet af professor Per Bech for WHO, men kan frit anvendes til måling af trivsel.

Hvordan kan WHO-5 bruges i forbindelse med evaluering af kommunale indsatser

WHO-5 kan bruges i forbindelse med før- og eftermålinger af sundheds- og sociale indsatser, der helt eller delvist har til formål, at forbedre borgernes trivsel/mentale sundhed. WHO-5 kan bruges som et mål for, om borgerne får forbedret deres generelle trivsel i den tidsperiode, som indsatsen har varet. Dette kan være med til at sandsynliggøre, om indsatsen har haft en positiv effekt på borgernes trivsel.

Der vil blive udarbejdet en elektronisk indtastningsfil, som automatisk beregner pointtallet for den enkelte testperson. Samtidig lagres resultatet for hver enkelt testperson (fordelt på køn og alder), så der kan beregnes gennemsnit og spredning for interventionsgruppen. Hvis målingerne gentages, kan der tegnes kurver for udviklingen over tid.

Førmåling: Borgerne testes forud for indsatsen enten ved selv at udfylde spørgeskemaet eller via samtale med en kommunal medarbejder, som udfylder skemaet sammen med borgeren.

Midtmåling: Ved længerevarende indsatser (mere end tre mdr.) anbefales det at gennemføre en midtvejsmåling.

Eftermåling: Ved afslutning af indsatsen eller umiddelbart derefter testes borgerne igen.

- Der er ikke nogen standard for, hvor længe indsatsen skal vare, for at det giver mening at anvende WHO-5 som før- og eftermåling. Der er erfaringer med at anvende WHO-5 på behandlingsindsatser på 15-20 dage, men i forbindelse med forebyggende indsatser anbefales det generelt, at de strækker sig over længere tid.
- Der er heller ikke nogen standard for, hvor stor en gruppe borgere der skal testes, for et få et pålideligt billede af om indsatsen påvirker trivslen. Generelt giver en større interventionsgruppe

Bilag 1

Sundhedsstyrelsen
National Board of Health

et mere pålideligt resultat, ligesom det er vigtigt at sikre, at deltagelsesprocenten i interventionsgruppen bliver så høj som muligt.

Hvordan udregnes resultatet

Pointtallet beregnes ved at tallene i de afkrydsede felter lægges sammen (se spørgeskemaet på sidste side), og at summen derefter ganges med fire. Der fås nu et tal mellem 0 og 100. Jo flere points jo højere trivsel. Hvis tallet er under 50, kan testpersonen være i risiko for depression eller at være udsat for en langvarig stressbelastning (se næste afsnit).

Tolkning af resultater

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 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, dvs. en forskel i trivsel der er så stor, at den kan tilskrives indsatsen.

Alder: Der er erfaring med at bruge WHO-5 til personer fra 16 år og op. 16-20-årige scorer typisk lidt lavere end 20-80-årige (personer over 80 år scorer typisk lavest)

Køn: Kvinder scorer typisk lidt lavere end mænd (hhv. 67 og 69 pointtal i gennemsnit).

Tilbagemelding til den enkelte

Det anbefales at testen udføres under tilstedeværelse af en kommunal medarbejder, der med det samme kan give en tilbagemelding: Dels oplyse hvilket pointtal personen har fået. Og dels give en vejledende melding om personens resultat:

0-35: Du ligger væsentligt lavere end gennemsnittet for resten af befolkningen. Resultatet tyder på, at du ikke er på toppen, og der kan være en reel risiko for, at du lider af depression eller langvarig stress. Du bør overveje at søge hjælp hos din læge, for at få det undersøgt.

36-50: Du ligger lavere end gennemsnittet for resten af befolkningen. Resultatet tyder på, at du nok ikke har det helt godt. Vær opmærksom på, om du får det bedre eller værre og søg evt. læge, hvis du får det værre.

Over 50: Du ligger her inden for gennemsnittet for resten af befolkningen som er 68 med en nedre grænse omkring 50.

Når WHO-5 anvendes gentagne gange ved før-, midtvejs- og eftermålinger fås desuden et billede af, om tendensen går nedad over tid. Dette er også et tegn på, at personen ikke har det godt, som der skal følges op på – evt. i form af besked om at søge læge.

Bilag 1

Sundhedsstyrelsen
National Board of Health

Trivselsindekset WHO-5

Sæt venligst, ved hvert af de 5 udsagn, et kryds i det felt der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste to uger. Bemærk at et højere tal står for bedre trivsel.

Eksempel: Hvis du har følt dig glad og i godt humør i lidt mere end halvdelen af tiden i de sidste to uger, så sæt krydset i feltet med 3-tallet i øverste højre hjørne.

I de sidste 2 uger …		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halv-delen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	.. har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2	.. har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3	.. har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4	.. er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5	.. har min dagligdag været fyldt med ting der interesse-rer mig	5	4	3	2	1	0

Bilag 2

TAPFREELANCE

Validering af kunders udsagn om behandlingsdata

KUNDE
Dansk Center for Neurocoaching
Direktør, neurocoach Michael Kjærsgaard

VALIDERINGSRAPPORT
udarbejdet af
Dorte Rasmussen
Svend Alsted-Jensen
Torben Abildgaard Pedersen

TAPFREELANCE ApS

Bilag 2

TAPFREELANCE

Titel	Validering af kunders udsagn om behandlingsdata
Projektleder	Torben Abildgaard Pedersen
Forfattere	Dorte Rasmussen og Svend Alsted-Jensen
Kvalitetssikring	Dorte Rasmussen

Projektnummer	15-136-1
Godkendt (dato og navn)	2017-01-04
Revision	2
Klassificering	Fortrolig

Bilag 2

TAPFREELANCE

1. Indledning

Dansk Center for Neurocoaching har anmodet **TAP**FREELANCE ApS om at gennemføre en validering af kunders udsagn om behandlingsdata.

Formålet med denne validering har været at sikre, at originale og behandlede data, som vedrører undersøgelse af klienter, der er i gang med eller har gennemgået et neurocoaching behandlingsforløb, er kendetegnet ved validitet, autenticitet, integritet og repræsentativitet.

2. Metode

Den anvendte procedure, som er grundlaget for udarbejdelsen af denne valideringsrapport, er gengivet i bilag 1 til denne rapport.

TAPFREELANCE ApS har modtaget en overordnet resultatfil fra Dansk Center for Neurocoaching i form af et Excel-ark, hvor der findes oversigt over 1.575 resultatangivelser repræsenterende 315 cases. 19 af disse cases var ikke afsluttede og udgik derfor af valideringsundersøgelsen.

Behandlerens navn, klientens angivne problem og klientens mål med behandlingsforløbet er angivet i Excel-filen. Klientens målopfyldelse måles ved start og efter 1. session og ved afslutning af behandlingsforløbet. Endvidere måles den generelle trivsel både før og efter forløbet ved brug af WHO's barometer (WHO-5). Disse tal er også indføjet i Excel-regnearket. Følgende tal er således valideret:

- Målopfyldelse ved start
- Målopfyldelse efter 1. session
- Målopfyldelse ved afslutning
- WHO-5 ved start
- WHO-5 ved afslutning

50 af disse 296 cases blev udvalgt til tjek af de indrapporterede data i Excel-arket (resultatfilen). Disse cases blev tilfældigt udvalgt, dog med den begrænsning, at problemområderne ulykkelig kærlighed, selvværd, jalousi, stress, temperament, depression og angst skulle være repræsenteret ved mindst én af disse cases, ligesom alle tre behandlere skulle indgå i datasættet omfattende de 50 cases. Ud over disse cases blev der udtrukket en reserveliste, som skulle tages i anvendelse, hvor der måtte være problemer med at finde data for en eller flere af de 50 udvalgte cases. Vedrørende disse 50 cases blev der fra de pågældende klienter indhentet accept til det videregående valideringsarbejde.

Som en ekstra kontrol blev 20 af de 50 personer efter forudgående indhentning af tilladelse telefonisk kontaktet og interviewet med det formål at validere klientens udsagn om behandlingsresultaterne. Klienterne blev bedt om at forholde sig til deres besvarelse af ovennævnte 5 måltal. Til denne aktivitet blev der udviklet et interviewskema – se bilag 2 til denne rapport – til fastholdelse af klienternes svar.

TAPFREELANCE

3. Resultater

3.1. Validering af mails

TAPFREELANCE fik under fortrolighed og med klienternes accept adgang til mailkorrespondancerne med 48 ud af de første udvalgte 50 personer (2 kunder var ikke vendt tilbage). **TAP**FRELANCE tjekkede, at der var overensstemmelse med de tal, der var indrapporteret i regnearket og de tal, der var angivet i mailkorrespondancerne. Der manglede således data for 2 personer af de første 50 personer. Som kompensation for dette, blev data for de 3 næste personer på reservelisten fremsendt og brugt i valideringen. I undersøgelsen indgår der derfor data for i alt 51 klienter ud af de 296 cases (17-18 %).

Ud af de 51 klienter blev der fundet mindre overensstemmelser mellem data i resultatfilen, som **TAP**FREELANCE havde adgang til, og de data, som kunne findes i mailkorrespondancerne. Heraf var 2 uoverensstemmelser til fordel for Dansk Center for Neurocoaching, 2 var til ulempe for Dansk Center for Neurocoaching og i et tilfælde manglede udelukkende delelementer af data.

- Uoverensstemmelse mellem sluttallet efter 1. session rapporteret i resultatfilen (100 %) og rapporteret i mail korrespondancen (50 %)
- Uoverensstemmelse mellem starttallet ved 1. session rapporteret i resultatfilen (40 %) og rapporteret i mail korrespondancen (30 %) . Her er uoverensstemmelsen altså til ulempe for Dansk Center for Neurocoaching.
- Opfyldelsen af slutmålet i resultatfilen (95 %) afviger fra det tal, der kan findes i mail korrespondancen (80 %)
- I et tilfælde blev der angivet en lavere grad af målopfyldelse i resultatfilen (80 %), end den grad, der kunne aflæses af mail korrespondancen (100 %). Her er uoverensstemmelsen altså til ulempe for Dansk Center for Neurocoaching.
- De enkelte delresultater for start WHO-5-måling kunne ikke verificeres via mail korrespondancen i et tilfælde. Det samlede WHO-tal kan dog verificeres.

Tabel 1 sammenligner graden af målopfyldelse (i procent) før behandlingsforløbet, efter første session og efter sidste session. Desuden indgår forbedring (forskel mellem sidste session og før første session). Tallene er anført som et gennemsnit ± standardafvigelsen[1].

Tabellen viser både de tal, som er oplyst i resultatfilen, og de tal, hvori de få rettelser er indført. Det fremgår med stor tydelighed, at de observerede forskelle er meget små (forskellene findes typisk på et niveau svarende til anden decimal efter komma).

Bilag 2

TAPFREELANCE

Tabel 1 *Grad af målopfyldelse – 296 cases*

Problem	Grad af målopfyldelse (%)							
	Data fra resultatfilen				"Rettede" data fra resultatfilen			
	Før	Efter første session	Efter sidste session	Forbedring	Før	Efter første session	Efter sidste session	Forbedring
Alle	22,8 ± 18,4	67,1 ± 20,2	88,7 ± 10,3	65,7 ± 19,9	22,8 ± 18,4	67,1 ± 20,2	88,7 ± 10,3	65,7 ± 19,9
Selvværd	22,4 ± 17,7	65,5 ± 20,8	89,0 ± 9,5	66,2 ± 19,2	22,4 ± 17,7	65,5 ± 20,8	89,0 ± 9,5	66,2 ± 19,2
Ulykkelig kærlighed	18,9 ± 14,8	64,8 ± 19,2	91,4 ± 10,1	72,6 ± 16,1	18,9 ± 14,8	64,8 ± 19,2	91,4 ± 10,1	72,6 ± 16,1
Angst	24,5 ± 19,1	67,8 ± 21,0	88,5 ± 10,2	63,3 ± 21,5	24,5 ± 19,1	67,8 ± 21,0	88,5 ± 10,2	63,3 ± 21,5
Temperament	24,8 ± 17,9	68,1 ± 17,2	87,0 ± 9,8	62,2 ± 19,8	24,8 ± 17,9	68,1 ± 17,2	87,0 ± 9,8	62,2 ± 19,8
Jalousi	22,9 ± 20,7	72,4 ± 18,6	88,5 ± 11,2	65,7 ± 20,5	22,9 ± 20,7	72,4 ± 18,6	88,5 ± 11,2	65,7 ± 20,5
Depression	21,3 ± 19,9	63,8 ± 21,6	89,0 ± 11,4	67,8 ± 20,3	21,3 ± 19,9	63,8 ± 21,6	89,0 ± 11,4	67,8 ± 20,3
Stress	20,5 ± 14,6	68,0 ± 21,0	87,7 ± 11,0	67,2 ± 17,9	20,5 ± 14,6	68,0 ± 21,0	87,7 ± 11,0	67,2 ± 17,9

Tabel 2 sammenligner WHO-5-scoren før behandlingsforløbet og efter forløbet samt ændringen i WHO-5 scoren (forskel mellem slut-WHO-5-scoren og start-WHO-5-scoren). Tallene er igen anført som et gennemsnit ± standardafvigelsen.

Tabellen viser både de tal, som er oplyst i resultatfilen, og de tal, hvori de få rettelser er indført. Det fremgår med stor tydelighed, at de observerede forskelle i WHO-5 scoren er meget små (forskellen ligger på første eller anden decimal efter komma).

Bilag 2

TAPFREELANCE

Tabel 2 *WHO-5-score – 296 cases*

Problem	WHO-5 score					
	Data fra resultatfilen			"Rettede" data fra resultatfilen		
	Før	Efter første session	Forbedring	Før	Efter første session	Forbedring
Alle	33,7 ± 17,8	74,4 ± 13,8	40,6 ± 19,7	33,9 ± 18,1	74,4 ± 13,8	40,5 ± 19,7
Selvværd	33,6 ± 17,5	74,7 ± 13,3	41,0 ± 18,8	34,0 ± 17,8	74,8 ± 13,2	40,9 ± 18,9
Ulykkelig kærlighed	25,5 ± 19,5	78,3 ± 13,8	51,7 ± 21,2	25,5 ± 19,5	78,3 ± 13,8	51,7 ± 21,2
Angst	38,6 ± 16,4	71,9 ± 14,0	33,3 ± 17,3	39,1 ± 16,8	71,9 ± 13,9	33,3 ± 17,3
Temperament	32,9 ± 19,4	74,8 ± 6,6	41,9 ± 19,4	32,9 ± 19,4	74,8 ± 6,6	41,9 ± 19,4
Jalousi	36,8 ± 19,4	78,5 ± 14,2	41,7 ± 21,4	36,8 ± 19,4	78,5 ± 14,2	41,7 ± 21,4
Depression	28,8 ± 15,8	71,2 ± 13,8	42,3 ± 19,3	29,3 ± 16,6	71,5 ± 13,7	41,7 ± 19,4
Stress	34,2 ± 17,7	74,4 ± 11,4	40,2 ± 16,2	34,2 ± 17,7	74,4 ± 11,4	40,2 ± 16,2

Tabel 3 sammenligner graden af målopfyldelse (i procent) før behandlingsforløbet, efter første session og efter sidste session. Desuden indgår forbedring (forskel mellem sidste session og før første session). Tallene er anført som et gennemsnit ± standardafvigelsen.

Tabellen viser både de tal, som er oplyst i resultatfilen, for samtlige klienter, for de 51 udvalgte klienter, samt de tal, hvori de få rettelser er indført for de 51 klienter.

Hvis man ikke skelner mellem de enkelte problemer (dvs. diagnoseområder), kan man se, at de udvalgte 51 klienter er repræsentative for samtlige klienter, da der kun observeres mindre forskelle mellem tallene for samtlige klienter og for de 51 udvalgte klienter. Ligeledes observeres der også kun meget små forskelle mellem data i resultatfilen for de 51 udvalgte klienter og de rettede data.

Det fremgår, at 51 klienter ikke er repræsentative for en vurdering på problemniveau. Her observeres derfor en forskel mellem samtlige klienter og de enkelte problemer.

Tabel 4 sammenligner WHO-5-scoren før behandlingsforløbet og efter forløbet, samt ændringen i WHO-5-scoren (forskel mellem slut-WHO-5-scoren og start-WHO-5-scoren). Tallene er igen anført som et gennemsnit ± standardafvigelsen. Tabellen viser både de tal, som er oplyst i resultatfilen, for samtlige klienter, for de 51 udvalgte klienter, samt de tal, hvori de få rettelser er indført for de 51 klienter. Som før, hvis man ikke skelner mellem de enkelte problemer, kan man se, at de udvalgte 51 klienter er repræsentative for samtlige klienter, da der kun observeres mindre forskelle mellem tallene for samtlige klienter og de 51 udvalgte klienter. Ligeledes observeres der også kun meget små forskelle mellem data i resultatfilen for de 51 udvalgte klienter og de rettede data.

Det fremgår endvidere, som før, at 51 klienter ikke er repræsentative for en vurdering på problemniveau. Her observeres derfor en forskel mellem samtlige klienter og de enkelte problemer.

Bilag 2

TAPFREELANCE

Tabel 3 *Grad af målopfyldelse*

Problem	Grad af målopfyldelse (%)											
	Data fra resultatfilen. Alle klienter (296 cases)				Data fra resultatfilen for de udvalgte 51 cases				"Rettede" data fra resultatfilen for de udvalgte 51 cases			
	Før	Efter første session	Efter sidste session	Forbedring	Før	Efter første session	Efter sidste session	Forbedring	Før	Efter første session	Efter sidste session	Forbedring
Alle	22,8 ± 18,4	67,1 ± 20,2	88,7 ± 10,3	65,7 ± 19,9	22,5 ± 21,1	64,1 ± 21,2	87,5 ± 10,3	65,0 ± 23,0	22,2 ± 20,6	64,1 ± 21,4	87,8 ± 10,4	65,5 ± 22,5
Selvværd	22,4 ± 17,7	65,5 ± 20,8	89,0 ± 9,5	66,2 ± 19,2	25,5 ± 21,6	64,6 ± 22,1	86,5 ± 10,7	61,0 ± 22,6	25,3 ± 21,1	64,6 ± 22,4	86,7 ± 10,9	61,5 ± 22,0
Ulykkelig kærlighed	18,9 ± 14,8	64,8 ± 19,2	91,4 ± 10,1	72,6 ± 16,1								
Angst	24,5 ± 19,1	67,8 ± 21,0	88,5 ± 10,2	63,3 ± 21,5	18,4 ± 21,8	69,9 ± 21,9	90,8 ± 7,3	72,4 ± 23,2	18,4 ± 21,8	69,9 ± 21,9	90,8 ± 7,3	72,4 ± 23,2
Tempera-ment	24,8 ± 17,9	68,1 ± 17,2	87,0 ± 9,8	62,2 ± 19,8	27,0 ± 22,2	65,0 ± 18,0	88,2 ± 4,8	61,2 ± 26,3	18,8 ± 14,4	61,3 ± 18,4	89,8 ± 3,8	71,0 ± 16,9
Jalousi	22,9 ± 20,7	72,4 ± 18,6	88,5 ± 11,2	65,7 ± 20,5	37,0 ± 23,3	78,0 ± 9,7	86,0 ± 5,5	49,0 ± 19,5	37,0 ± 23,3	78,0 ± 9,7	86,0 ± 5,5	49,0 ± 19,5
Depression	21,3 ± 19,9	63,8 ± 21,6	89,0 ± 11,4	67,8 ± 20,3	11,9 ± 16,5	51,3 ± 25,6	90,0 ± 14,2	78,1 ± 19,4	11,9 ± 16,5	51,3 ± 25,6	90,0 ± 14,2	78,1 ± 19,4
Stress	20,5 ± 14,6	68,0 ± 21,0	87,7 ± 11,0	67,2 ± 17,9	11,3 ± 13,1	62,5 ± 18,5	93,0 ± 4,2	81,8 ± 15,8	11,3 ± 13,1	62,5 ± 18,5	93,0 ± 4,2	81,8 ± 15,8

Bilag 2

TAPFREELANCE

Tabel 4 *WHO-5-score*

Problem	WHO-5 score								
	Data fra resultatfilen. Alle klienter (296 cases)			Data fra resultatfilen for de udvalgte 51 cases			"Rettede" data fra resultatfilen for de udvalgte 51 cases		
	Før	Efter første session	Forbedring	Før	Efter første session	Forbedring	Før	Efter første session	Forbedring
Alle	33,7 ± 17,8	74,4 ± 13,8	40,6 ± 19,7	33,0 ± 15,1	72,1 ± 11,8	39,1 ± 19,7	34,3 ± 17,1	72,3 ± 11,8	38,3 ± 20,1
Selvværd	33,6 ± 17,5	74,7 ± 13,3	41,0 ± 18,8	34,5 ± 15,7	72,6 ± 10,7	38,1 ± 19,9	36,7 ± 17,6	72,8 ± 10,8	37,1 ± 20,4
Ulykkelig kærlighed	25,5 ± 19,5	78,3 ± 13,8	51,7 ± 21,2						
Angst	38,6 ± 16,4	71,9 ± 14,0	33,3 ± 17,3	36,0 ± 12,8	68,3 ± 13,2	32,3 ± 17,5	36,9 ± 16,3	68,3 ± 12,7	32,3 ± 17,5
Temperament	32,9 ± 19,4	74,8 ± 6,6	41,9 ± 19,4	40,0 ± 14,2	72,0 ± 5,7	32,0 ± 18,2	40,0 ± 14,2	72,0 ± 5,7	32,0 ± 18,2
Jalousi	36,8 ± 19,4	78,5 ± 14,2	41,7 ± 21,4	44,0 ± 18,3	68,0 ± 16,0	24,0 ± 20,0	44,0 ± 18,3	68,0 ± 16,0	24,0 ± 20,0
Depression	28,8 ± 15,8	71,2 ± 13,8	42,3 ± 19,3	22,0 ± 9,4	62,0 ± 16,7	40,0 ± 20,9	26,0 ± 17,6	65,1 ± 17,4	37,1 ± 20,5
Stress	34,2 ± 17,7	74,4 ± 11,4	40,2 ± 16,2	22,0 ± 6,9	73,0 ± 15,4	51,0 ± 19,7	22,0 ± 6,9	73,0 ± 15,4	51,0 ± 19,7

side 6 af 8

Bilag 2

TAPFREELANCE

3.2. Telefoninterviews

20 ud af de første 21 udvalgte personer[2] blev interviewet via telefon, hvor det interviewskema, som er vist i bilag 2, blev anvendt. Klienternes blev således forelagt de tal, som fremgår i resultatfilen, og skulle bekræfte/afkræfte disse tal.

Interviews blev gennemført i oktober 2016. Behandlingsforløbet for de 20 klienter er foregået i perioden 2013-2016:

- 4 klienter i 2016
- 7 klienter i 2015
- 5 klienter i 2014
- 4 klienter i 2013

Samtlige adspurgte bekræftede tallene med: "Ja, det lyder meget rigtigt; ja, det står jeg ved; ja, det er korrekt." 2 af de adspurgte bekræftede dog nogle af spørgsmålene med: "I virkeligheden var det meget bedre end det, men jeg er altid forsigtig, når jeg skal vurdere den slags." Ingen af de adspurgte afviste således de tal, som fremgår af resultatfilen.

Videre fik de interviewede mulighed for at kommentere på forløbet, og følgende kommentar fremkom:

- Hjulpet rigtig meget
- Er blevet hjulpet mega meget af forløbet
- Meget tilfreds kunde (2 klienter fremkom med denne kommentar)
- Tilfreds kunde (4 klienter fremkom med denne kommentar)
- Kunden lagde vægt på at bekræfte de oplyste tal, skønt der måske godt kunne været svaret anderledes (positivt) i bagklogskabens lys
- Kunden er glad og tilfreds og håber, at den pågældendes deltagelse kan føre til, at andre kan blive hjulpet på samme måde som den pågældende selv
- En klient oplyste, at WHO-spørgsmålene ikke sagde ham noget. Han mener ikke at have udfyldt noget vedr. disse. ***TAP**FREELANCE-kommentar: Dansk Center for Neurocoaching har over for **TAP**FREELANCE ApS dokumenteret fremsendelse af WHO-skemaer, men også bekræftet, at skemaerne trods påmindelser ikke er blevet returneret af kunden.*
- Bekræfter oplysningerne. Understreger, at der har været udsving undervejs
- Vi må gerne ringe igen, hvis der er yderligere spørgsmål

4. Konklusioner og anbefalinger

Overordnet har valideringsundersøgelsen vist, at man kan have tillid til de data, som Dansk Center for Neurocoaching fremlægger. Der er fundet mindre afvigelser, men disse påvirker kun observationerne i meget lille grad. Samtlige adspurgte klienter har bekræftet tallene.

---

[2] Én af klienterne, som var listet på top-20 listen, blev ikke interviewet, da klienten ikke ønskede at medvirke. Mailkorrespondancen fra samme klient indgik heller ikke i valideringen af resultater

Bilag 2

TAPFREELANCE

Neurocoaching har gjort en del for at harmonisere klientdata og -informationer, men valideringsarbejdet har vist, at der er nogle variationer i tilgængeligheden af data for de enkelte klienter.

DANSK CENTER FOR
NEUROCOACHING

Dansk Center for Neurocoaching | Slotsvej 4 | 8543 Hornslet | Tlf. 70276100 | email: mail@neurocoaching.dk