

# **GOAL ATTAINMENT SCALING - GAS**

**ORIENTERING OG  
ERFARINGSOPSAMLING**

**FORFATTER: MARIANNE COHEN**

**NOVEMBER 1998**

## FORORD

Goal Attainment Scaling er en metode til resultatevaluering som er udviklet i USA, og tilpasset danske forhold i forbindelse med evalueringen af et amtsligt bostøttetilbud i Århus<sup>1</sup>.

Metoden har vist sig anvendelig dels som evalueringsredskab og dels som en metode til forbedring af handleplaner i arbejdet med sindslidende. Udover at synliggøre og strukturere den faglige indsats, har metoden bidraget til øget brugerinddragelse i støtteforløbene.

Med GAS har man ønsket at udvikle en metode, der tager højde for, at mennesker er meget forskellige og målsætningerne for indsatsen er forskellig fra person til person. Metoden er derfor baseret på, at man udarbejder mål og kriterier der er tilpasset den enkelte. Det er så disse individuelle mål og opfyldelsen, man får et billede af.

I denne orientering præsenteres metoden og erfaringer med metoden både som evalueringsredskab og som redskab i arbejdet med handleplaner i det sociale arbejde med sindslidende.

Center for evaluering vil gerne sige tak til personalet i Bostøtten ved Kragelund for, at de har været positive overfor afprøvningen af Goal Attainment Scaling i arbejdet.

Erfaringsopsamlingen af gennemført af evaluator cand.scient.adm. Marianne Cohen.

Center for evaluering, november 1998

Knud Ramian  
Evalueringschef, cand.psych.

---

<sup>1</sup> Cohen, Marianne; Evaluering af Bostøtten ved Kragelund. Center for evaluering, Psykiatrien i Århus amt. November 1998

Ideerne der senere førte til Goal Attainment Scaling blev første gang diskuteret i Minneapolis, USA i 60'erne. Man ønskede at udvikle en metode til evaluering af resultaterne i det psykiatriske arbejde, der i tilstrækkelig grad tog hensyn til, at mennesker er meget forskellige og mål for arbejdet derfor skal "skæddersyes" i forhold til den enkelte. Man ønskede, at definition af mål og resultater overgives til de involverede, der er tættest på processen. Samtidig arbejdede man med udvikling af metoden, så det også var muligt at sammenligne resultater på tværs af forskellige brugere af det psykiatriske system.

Goal Attainment Scaling er i dag et anerkendt redskab i forbindelse med både evaluering og klinisk arbejde i USA og andre lande, og bruges udover i psykiatrien indenfor andre områder, der omfatter behandlings- og omsorgsarbejde.

### **Principperne i GAS**

Rammen for arbejdet med GAS er et skema<sup>2</sup>, hvori det er muligt at fastlægge op til 5 målområder. Områderne beskriver fokus for indsatsen i en given periode, hvis længde fastsættes individuelt. Målområderne er lidt brede beskrivelser (f.eks. den personlige hygiejne, kontakt med pårørende og praktiske gøremål i hjemmet).

Efter fastlæggelse af en antal målområder, typisk fra 3 - 5, arbejder man videre med konstruktion af en skala for hvert målområde. Man starter med at formulere det *forventede resultat* indenfor en nærmere fastsat periode. Herefter fastlægges de øvrige felter, der i udgangspunktet består af 5 niveauer. Det nederste niveau repræsenterer således "mindste ændring der vil gøre en forskel" og det mellemste niveau "det forventede resultat" og det øverste niveau "meget bedre end forventet".

Efter udfyldelsen af skemaet med fastlæggelse af målområder og skalaer for måling af de opnåede resultater noteres med en \* situationen ved skemaet udfyldelse, hvor man samtidig angiver dato for udfyldelse af skemaet. Herefter laves en opfølgning i overensstemmelse med den fastlagte periode, hvor man i skemaet med en ° markerer status i støtteforløbet på det aktuelle tidspunkt, og man angiver samtidig dato for opfølgningstidspunktet.

Herefter justeres skemaet efter behov for den kommende støtteperiode. Der kan efter en periode være behov for justering af de fastlagte skalaer eller en justering/ændring af de fastlagte målområder. Der arbejdes nu videre med en løbende registrering og opfølgning på udviklingen i de enkelte støtteforløb.

---

<sup>2</sup> Se bilag for eks. på udfyldning af GAS skema

## Typiske forbehold

Det har været en generel tendens hos de professionelle som har arbejdet med GAS, at man umiddelbart har været skeptisk i forhold til den meget skemalagte form. Der har været frygt for, at den skematiserede form ville medføre "blinde pletter" i forhold til andre behov i støtteforløbene. Erfaringen viser imidlertid, at den professionelle stadig er opmærksom på brugerens forskellige behov. Men afgrænsningen af målområder støtter den professionelle i, at det er legitimt og fagligt en fordel, at fokusere på bestemte afgrænsede områder i bestemte perioder. I modsat fald eksisterer en latent fare for, at målet for indsatsen bliver diffust for både brugeren og den professionelle.

Det kan være vanskeligt, at afsætte den nødvendige tid til arbejdet med GAS i en forvejen travl hverdag med mange brugerkontakter. Det er dog vurderingen fra de der har benyttet skemaet, at udbyttet ved brug af skemaet har modsvaret den anvendte tid, og som beskrevet i det følgende kvalificeret arbejdet på en række områder. Samtidig er vurderingen, at det med erfaringen bliver mindre tidskrævende at anvende skemaet, som med tiden bliver en naturlig del af den samlede arbejdsproces.

Inden der var indhentet erfaringer omkring brug af GAS skemaet, frygtede flere, at der ville blive for massivt fokus på resultatvurdering. Efterfølgende har de involverede ikke oplevet dette som et problem, men fundet det givtigt, at både bruger og den professionelle kan registrere udviklingen i det enkelte forløb.

## Inddragelse af brugerne

Mulighederne for inddragelse af brugerne vil variere, da brugernes tilstand og kontakten mellem bruger og f.eks. støtte- og kontaktperson vil være forskellig. Men erfaringer viser, at brugerne generelt er meget positive i forhold til en diskussion af mål f.eks. For et forløb med bostøtte i eget hjem, og faktisk har kunnet klare en inddragelse.

Niveauet for, hvordan man som medarbejder kan inddrage brugeren, må vurderes individuelt. Nogle brugere kan klare, at man helt konkret sidder med skemaet imellem sig og diskuterer afgrænsning af mål og fastlæggelse af skalaer for de enkelte målområder. Vælges denne metode, er det hensigtsmæssigt at afsætte to møder til arbejdet, da det er en forholdsvis tidskrævende proces.

For andre brugere kan det være mere hensigtsmæssigt, at støttepersonen på baggrund af mere uformelle samtaler med brugeren indkredser forslag til målområder, som herefter godkendes af brugeren inden endelig fastlæggelse. Uafhængigt af hvilken metode man vælger, skal man være opmærksom på risikoen for manipulation af brugeren. Nogle brugere har meget svært ved at formulere ønsker og behov, og den professionelle må derfor så vidt muligt støtte brugeren heri.

Det har vist sig, at det kan være en krævende proces for brugeren at erkende, at det ofte er meget små mål man må arbejde med, hvis de skal være realistiske. Men samtidig har det på sigt vist sig værdifuldt, at man faktisk har lagt ambitionsniveauet realistisk, da det fremmer chancerne for opnåelse af de fastsatte mål og dermed øger muligheden for succes. Endeligt bliver det meget tydeligt for brugeren, hvad indsatsen reelt retter sig imod.

## **Dialogen mellem medarbejderne**

I testprojektet har der været 2 medarbejdere knyttet til den samme bruger og inddragelse af GAS fordrer, at de involverede i forbindelse med afgrænsning og fastlæggelse af mål har en grundig diskussion af planerne for det konkrete støtteforløb. Hvordan man konkret vælger at sikre dialogen kan variere. Medarbejderne kan vælge at sidde sammen inden dialogen med brugeren, begge tage ud til samtalen med brugeren eller laves fælles opfølgning efter den ens samtale med brugeren.

I kraft af dialogen mellem medarbejderne styrkes kontinuiteten i støtteforløbet, da der både mellem bruger og medarbejder og medarbejderne imellem er klarhed over, hvad der aktuelt prioriteres i støtteforløbet.

## **Afgrænsning af indsatsen**

I arbejdet med sindslidende er der ofte et behov for støtte omkring mange aspekter af brugernes liv. Inddragelsen af GAS som metode betyder ikke, at man fralægger sig ansvaret for alle aspekter, der ligger udenfor de i skemaet fastlagte. Men forudsætningen for at bruge GAS er, at det må være legitimt, at der i øjeblikket fokuseres på bestemte aspekter i støtten til brugeren. Dette betyder, at støtte i forhold til andre behov i en periode kan have lavere prioritet.

Det bliver med afgrænsningen klart for både brugeren og de professionelle, hvad der i bestemte perioder prioriteres i forhold til den mest intensive støtte. Det er erfaringen, at brugen af GAS kan danne fundamentet for arbejdet med de socialpsykiatriske handleplaner, og blive et aktivt arbejds- og styringsredskab.

## **Dokumentation af indsatsen**

For mange der arbejder indenfor det socialpsykiatriske område, er det vanskeligt at formidle og dokumentere, hvilken indsats der ydes. Ofte arbejder man med meget små mål. Selv for medarbejderen der er tættest på brugeren, kan det være svært at formidle, hvad der er hensigten med den konkrete indsats. Dialogen mellem brugeren og de professionelle og de professionelle imellem konkretiserer de faglige argumenter for

indsatsen, og styrker den professionelle opmærksomhed omkring prioriteringer i indsatsen.

Samtidig bliver det via de afgrænsede målsætninger nemmere at dokumentere, hvad der rent faktisk er målet i forhold til opfyldelsen af brugerens behov. Den professionelle er på baggrund af de faglige diskussioner afklaret omkring, hvorfor visse aspekter i en periode er nedprioriteret og andre i perioder har højere prioriteret som centrale for indsatsen. Det bliver på denne baggrund nemmere for medarbejderen at videreformidle de faglige begrundelser for de valgte tilgange i arbejdet.

## **Dokumentation af resultaterne**

Som beskrevet arbejder man via GAS metoden med løbende opfølgninger, hvor man laver status over, hvor langt man er nået i forhold til de forventede resultater. Dette betyder, at man oparbejder et dokumentationsmateriale i forhold til resultater i arbejdet. Metoden fastlægger dog ikke valg af metoder, og indsatsen afhænger derfor af den der udfører opgaven. Ligeledes præges målingen af de der tilrettelægger og udfører indsatsen. Men dokumentationen viser, hvor man er kommet fra og hvor langt man helt konkret er nået i støtteforløbet. På de anvendte skalaer har man netop udspecificeret de forskellige niveauer for mulige resultater. På denne måde bliver det muligt at dokumentere en eventuel udvikling i et støtteforløb.

## **At finde et realistisk niveau**

Det er ved fastlæggelse af det forventede resultat kunsten at beskrive, hvad man realistisk set mener, at det er muligt at opnå indenfor en afgrænset periode. Det er således ikke hensigten at beskrive, hvad man ideelt set håber at nå. Det vanskelige i brug af metoden består derfor i, at man både i forhold til egne faglige ambitioner om f.eks. udvikling og i forhold til dialogen med brugeren, må være helt oprigtig omkring, hvad der er realistisk i forhold til hver enkelt bruger.

Det kan være, at man på længere sigt mener, at der vil være en udvikling, men at det mest realistiske er, at der indenfor den kommende periode ikke vil være ændring sammenlignet med nuværende status. Det er da opgaven at afspejle disse forventninger i skemaet, hvorved chancerne for succes øges. Jo nærmere man kommer et realistisk niveau for, hvad man kan opnå i støtteforløbet, jo større er chancerne for, at man opnår det forventede resultat, hvilket opleves som en succes for både brugeren og den professionelle.

## **Brug og udfyldningen af skemaet**

Som allerede nævnt, må der et individuelt skøn til, i forhold til hvornår, hvordan og hvor meget brugeren involveres. I forhold til arbejdet med resourcesvage sindslidende er det

erfaringen, at man kan starte op med GAS omkring 4 måneder efter den første kontakt mellem bruger og professionel. For at kunne formulere realistiske forventninger i forhold til f.eks. en brugers udviklingspotentiale, er det afgørende, at

den professionelle kender brugeren godt. I vurderingen af hvornår man kan starte op med formulering af mål, må man derfor inddrage hensyn til, hvilken målgruppe brugeren tilhører.

Er vedkommende blandt de mere ressourcestærke brugere, kan der måske hurtigere opnåes en grad af tillid og kontakt, der gør arbejdet med målsætninger muligt, og man kan starte tidligere med GAS. Formuleres målsætninger før der er opnået tilstrækkelig kendskab til brugeren, øges risikoen for fejlskøn og dermed risikoen for, at det i højere grad er ønsker til udvikling, end det er realistiske mål der formuleres.

Man skal regne med at afsætte et par timer gerne fordelt over 2 møder med brugeren, til udfyldelse af det første GAS -skema.

### **Målsætter**

Når man har besluttet sig for at igangsætte arbejdet med målformuleringer og det er besluttet, hvordan man griber det an i forhold til både bruger og mellem de professionelle, beslutter man, hvem der skal være målsætter. For at sikre realistiske forventninger til resultater, og samtidig sikre at de valgte mål er relevante, er det hensigtsmæssigt at involvere en 3. part.

Målsætteren kan enten være den professionelle leder eller det team den professionelle eventuelt er tilknyttet. Det skal være en person(er), der kan stille relevante spørgsmål i forhold til netop lige det konkrete støtteforløb. Det er derfor godt, hvis det er en person(er), der har et rimeligt forhåndskendskab til brugeren og det hidtige støtteforløb. Efter at have diskuteret mål og niveauer igennem godkendes disse af målsætter og fastlægges endeligt.

Det er værd at overveje, om man kan styrke brugerens medindflydelse/retssikkerhed ved, at denne ligeledes får mulighed for at diskutere mål og forventninger igennem med en tredje part. Alt afhængig af i hvilket regi man arbejder, anbefales det, at man så vidt muligt tilbyder brugeren en snak med en tredje part, omkring mål for forløbet inden disse endeligt godkendes.

### **Periodernes længde**

Inden udfyldningen af GAS skemaet og fastlæggelse af målene, er det nødvendigt at diskutere, hvor lang perioden skal være inden næste opfølgning. Omkring 3 måneder mellem hver opfølgning har været hensigtsmæssigt. Dog må fastlæggelsen af periodernes

længde atter en gang bero på et individuelt skøn. Perioden skal være lang nok til, at der er en rimelig chance for at opfange eventuelle ændringer. Samtidig må den ikke være så lang, at man ved registreringerne mister for mange nuancer i den løbende udvikling.

### **Fastlæggelsen af mål**

Man skal bruge god tid på fastlæggelsen af målområder, som helst skal være betydningsfulde for både bruger og den professionelle. Fastlæggelsen af målområder kræver et indgående kendskab til brugerens problemer, behov og ønsker. Der skal afsættes god tid til indkredsning af målområderne, da de vil være betydningsfulde i forhold til den fremtidige indsats. Man skal være opmærksom på antallet af målområder, da for få områder vil indsnævre opmærksomheden og for mange områder vil virke uoverkommeligt. Erfaringerne viser, at mellem 3 og 5 områder har været passende.

### **Prioritering af de enkelte målområder**

Efter fastlæggelsen af de overordnede målområder, kan man vælge at diskutere en prioritering mellem målene. Der kan være områder, der har højere prioritet end andre, hvilket man kan gøre klart ved at lave en vægning. Dette gøres rent praktisk ved, at man fordeler i alt 100 points på de enkelte mål, efter hvordan vigtigheden af disse vurderes. Det vigtigste område får f.eks. 60 points og de 2 øvrige 20 points hver.

### **Konstruktion af skalaer**

Efter fastlæggelsen af målområderne drøftes hvorledes hvert område kan måles, og denne proces gennemføres så vidt muligt også i et samarbejde med brugeren. Det er her væsentligt, at de kriterier man opstiller er nyttige, det vil sige har noget at gøre med den indsats man laver sammen. Samtidig skal de være relevante, det vil sige betydningsfulde i forhold til det fastlagte mål. Endeligt skal de være lette at registrere, det vil sige, at det skal være synligt for de involverede, hvornår målet er nået. Det må helst ikke kunne gøres til genstand for diskussion, hvornår et mål er nået.

Man starter med formulering af *det forventede resultat*, ikke det ønskede resultat. Det vil sige, at der skal være meget stor sandsynlighed for, at målet nåes indenfor den fastlagte tidshorisont. Som nævnt skal det være let at registrere, og man må derfor være omhyggelig i sin formulering. I forbindelse med fastlæggelse af det forventede resultat skal man tage hensyn til den fastlagte tidshorisont. Det er selvfølgelig af stor betydning om denne er af 1 eller 3 måneders varighed.

Efter fastlæggelse af det forventede resultat fastlægges de øvrige felter, og der skal være mindst et og gerne to på hver side af det forventede. Vælger man fem felter, øges chancer-



ne for en præcis registrering af udviklingen i det konkrete forløb. Også her skal man være opmærksom på, at de ønskede og eventuelt uopnåelige resultater ikke sniger sig ind. Alle niveauer såvel *bedre end forventet* og *meget bedre end forventet* skal være realistiske muligheder indenfor den afsatte periode. Måske kan disse niveauer bruges som *forventet resultat* i næste periode, hvis der er sket en udvikling.

I formuleringen af skalerne skal man være opmærksom på, at der ikke er “overlapinger” eller “huller” imellem niveauerne. Man må ikke kunne registrere på flere niveauer samtidigt, og der må ikke være “huller” imellem niveauerne, så man mangler et sted at registrere.

### **Første registrering**

Når man har færdiggjort udarbejdelsen af skemaet markerer man med en \* situationen ved skemaets udfyldelse. Samtidig noteres datoen for udfyldelsen af skemaet, og det aftales om målsætningen er sket i et samarbejde med brugeren. Endvidere noteres brugerens navn, og navnene på henholdsvis støtteperson og målsætteren, det vil sige den eller de 3. personer man gennemgår målene med.

### **Opfølgning**

Efter en periode af den aftalte længde, er det tid for en opfølgning på resultaterne. Man gennemgår så vidt muligt med brugeren, den aktuelle status under hvert målområde. Det kan gøres på forskellige måder. I nogle tilfælde vil en mere uformel samtale omkring hvordan det går, være den eneste måde, hvorpå man kan få brugerens vurderinger. I andre situationer, er der mulighed for, at inddrage brugeren i den konkrete vurdering af, hvor langt man er nået i forhold til den opstillede skala. Når man har opnået enighed om, hvordan den aktuelle situation bedst beskrives, markerer man med ° det relevante sted i skemaet. Efter at have markeret for hvert målområde, diskuterer man, om man ønsker at bibeholde de nuværende målområder som fokus for indsatsen, eller der er områder der skal udskiftes/justeres.

Samtidig må man vurdere, om der skal ske en justering af skalaerne. Har der været udvikling omkring et målområde, kan det vise sig relevant at ændre skalaen. Det forventede resultat for den kommende periode vil måske svare til det, der var markeret som *bedre end forventet* i den foregående periode.

Ved at sammenholde de udfyldte skemaer over tid, er det meget enkelt for både brugeren og den professionelle at registrere en eventuel udvikling.

### **GAS som evalueringsredskab**

I forbindelse med evaluering har GAS vist sig brugbar som metode til dokumentation af arbejdet med sindslidende, der er karakteriseret ved meget individuelle billeder af mål og

indsats<sup>3</sup>. Ved hjælp af GAS har det været muligt at lave en beskrivelse af arbejdet i støtteforløb i brugernes eget hjem og efterfølgende at registrere, i hvilket omfang, man har nået de forventede resultater indenfor en given periode.

Det er altså de individuelle mål og opfyldelsen heraf, man får et billede af. Metoden er kritiseret for ikke at leve op til en række almindelige videnskabelige standarder. De mere standardiserede måleinstrumenter, der anvender på forhånd definerede kriterier, tager dog ikke som GAS, hensyn til de meget individualiserede målsætninger, man ofte arbejder med i forhold til sindslidende. De egner sig derfor mest til anvendelse, når evalueringen omfatter et større antal mennesker, men opfylder til gengæld flere videnskabelig krav.

---

<sup>3</sup> Cohen Marianne; Evaluering af Bostøtten ved Kragelund. Center for evaluering, Psykiatrien i Århus amt. November 1998

# LITTERATUR OM GOAL ATTAINMENT SCALING

## Hovedværket er:

Kiresuk, T. J. Smith, A. & Cardillo, J.E. (Eds.). (1994). *Goal Attainment Scaling - Applications, Theory and Measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Pp.332.

## Klassikeren:

Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.

## Øvrig litteratur:

Badger, T. A. & Adaskin, E. J. (1989). Using motivational theory with the longterm psychiatric client. *Issues Ment Health Nurs*, 10(1), 41-53.

Bailey, D., Jr. & Simeonsson, R. J. (1988). Investigation of use of goal attainment scaling to evaluate individual progress of clients with severe and profound mental retardation. *Ment Retard*, 26(5), 289-95.

Beitel, P. A. & Kuhlmann, J. S. (1992). Relationships among age, sex and depth of sport experience with initial open-task performance by 4- to 9- year-old children. *Percept Mot Skills*, 74(2), 387-96.

Belcher, J. R. & Diblasio, F. A. (1990). The needs of depressed homeless persons: Designing appropriate services. *Community Ment Health J*, 26(3), 255-66.

Berry, M. W., Danish, S. J., Rinke, W. J., & Smiciklas-Wright, H. (1989). Work-site health promotion: The effects of a goal-setting program on nutrition-related behaviors. *J Am Diet Assoc*, 89(7), 914-20.

Bonaguro, J. A., McLaughlin, M. & Sussmann, K. (1984). An exploration of health counseling and goal attainment scaling in health education programs. *J Sch Health*, 54(10), 403-6.

Braaten, L. J. (1989). Predicting positive goal attainment and symptom reduction from early group climate dimensions. *Int J. Group Psychother*, 39(3), 377-87.

Braaten, L. J. (1990). The different patterns of group climate critical incidents in high and low

cohesion sessions of group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, 40(4), 477-93.

Cline, D. W., Rouzer, D. L. & Bransford, D. (1973). Goal-attainment scaling as a method for evaluating mental health programs. *Am J Psychiatry*, 130(1), 105-8.

Cookfair, D. L., Zevon, M. A. & Mirand, E. A. (1986). The use of goal attainment scaling to evaluate a cancer research training program for high school and college students. *J Cancer Educ*, 1(4), 255-63.

Daley, B. J. (1987). Applying goal-attainment scaling to nursing continuing education courses, Part Two. *J Contin Educ Nurs*, 18(6), 203-8.

Daley, B. J. (1987). Goal-attainment scaling: A method of evaluation, Part One. *J Contin Educ Nurs*, 18(6), 200-2.

Davidhizar, R. (1989). So you want to be promoted? *Ad Nurse*, 4(1), 24-7.

Fuchs, L. S., Fuchs, D. & Stecker, P. M. (1989). Effects of curriculum-based measurement on teachers' instructional planning. *J Learn Disabil*, 22(1), 51-9.

Graham, S., MacArthur, C., Schwarts, S. & Page-Voth, V. (1992). Improving the compositions of students with learning disabilities using a strategy involving product and process goal setting. *Except Child*, 58(4), 322-34.

Green, R. J. & Herget, M. (1989). Outcomes of systemic/strategic team consultation: II. Three-year followup and a theory of "emergent design". *Fam Process*, 28(4), 419-37.

Guidry, J., Herbert, L. J. & Stern, C. (1989). Teen Advocate Program: A unique assessment of case management. *J La State Med Soc*, 141(8), 37-40.

Hanucharumkul, S. (1989). Comparative analysis of Orem's and King's theories. *J Adv Nurs*, 14(5), 365-72.

Haynes, R. B. (1988). Selected principles of the measurement and setting of priorities of death, disability, and suffering in clinical trials. *Am J Med Sci*, 296(5), 364-9.

Hida, M. (1989). The relationships between the difficulty of goal attainment and interpersonal attraction. *Shinrigaku Kenkyu*, 60(2), 69-75.

Hospers, H. J., Kok, G. & Strecher, V. J. (1990). Attributions for previous failures and subsequent

outcomes in a weight reduction program.  
Health Educ Q, 17(4), 409-15.

Husband, A. (1989). Application of King's Theory of Nursing to the care of the adult with diabetes.  
J Adv Nurs, 13(4), 484-8.

King, I. M. (1992). King's theory of goal attainment. Nurs Sci Q, 5(1), 19-26.

Kiresuk, T. J. (1975). Process and outcome measurement using goal attainment scaling. In J. Zusman & C. R. (Eds.), Program evaluation: Alcohol drug abuse and mental health services, (pp.278): Wurster Lexington, Mass.: Lexington Books.

Lang, R. A., Lloyd, C. A. & Fiqia, N. A. (1985). Goal attainment scaling with hospitalized sexual offenders. J Nerv Ment Dis, 173(9), 527-37.

Lewis, A. B., Spencer, J., Jr., Haas, G. L. & DiVittis, A. (1987). Goal attainment scaling. Relevance and replicability in followup of inpatients.  
J Nerv Ment Dis, 175(7), 408-417.

Ottenbacher, K. J. & Cusick, A. (1990). Goal attainment scaling as a method of clinical service evaluation. Am J Occup Ther, 44(6), 519-25.

Palisano, R. J. Haley, S. M. & Brown, D. A. (1992). Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. Phys Ther, 72(6), 432-7.

Spaeth, R. K. (1972). Skill learning and performance. Maximizing goal attainment. Res Q, 43(3), 337-61.

Stanley, B. (1984). Evaluation of treatment goals: the use of goal attainment scaling. J Adv Nurs, 9(4), 351-6.

Stolee, P., Rockwood, K., Fox, R. A. & Streiner, D. L. (1992). The use of goal attainment scaling in a geriatric care setting. J Am Geriatr Soc, 40(6), 574-8.

Temple, A. & Fawdry, K. (1992). King's theory of goal attainment. Resolving filial caregiver role strain. J Gerontol Nurs, 18(3), 11-5.

Thompson, C. M. (1985). Characteristics associated with outcome in a community mental health partial hospitalization program.  
Community Ment Health J, 21(3), 179-88.

Wright, R. A. & Gregorich, S. (1989). Difficulty and instrumentality of imminent behavior as

determinants of cardiovascular response and self-reported energy. *Psychophysiology*, 26(5), 586-92.

## BILAG

