

Helsepersonell si praktisering av kognitiv åtferdsterapi

Ei spørjeundersøking

Siv Iren Juklestad



Masteroppgåve
Institutt for helse og samfunn, avdeling for
sykepleievitskap

UNIVERSITETET I OSLO

12. juli 2011

© Siv Iren Juklestad

2011

Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi

Siv Iren Juklestad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Samandrag



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Namn: Siv Iren Juklestad	Dato: 12. juli 2011
Tittel og undertittel: Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi. Ei spørjeundersøking.	
<u>Samandrag:</u> Føremål: Å få kunnskap om helsepersonell si praktisering av kognitiv åtferdsterapi. Problemstillinga i studien er: I kva grad praktiserer helsepersonell kognitiv åtferdsterapi etter fullført vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn 1? Forskingsspørsmåla er: 1) Kva forhold i arbeidssituasjonen påverkar helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi? 2) Kva forhold hjå leiar påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi? 3) Kva betydning har rettleiing for utøving av kognitiv åtferdsterapi? Metode: Studien er ei tverrsnittundersøking med bruk av spørjeskjema. Det vart sendt ut spørjeskjema til 257 helsepersonell som har fullført vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1. Data vart analysert i Predictive Analytics Software, PASW, versjon 18. I tillegg til deskriptiv statistikk (frekvensanalyse) vart det utført krysstabellanalyse for å finne samanhengen mellom forhold i arbeidssituasjonen, hjå leiar og rettleiing som påverkar grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi. Det har og vore sett nærare på faktorar ved leiar, arbeidssituasjon og rettleiinga som har betydning for utøving av kognitiv åtferdsterapi. Resultat: Det var 135 (52,5%) som svarte på spørjeskjemaet. Funn i studien viser at 88 % av helsepersonellet tilbydde vanlegvis kognitiv åtferdsterapi i kombinasjon med andre terapiar/teknikkar eller tiltak i behandling til pasientar med depresjons- og angstlidingar. Det var 12 % av helsepersonellet som vanlegvis tilbydde kognitiv åtferdsterapi som einaste metode til pasientar med depresjons- og angstlidingar. Det vart funnen ein signifikant samanheng mellom kor nøgd helsepersonellet er med tilhøva i sin arbeidssituasjon og bruk av kognitiv åtferdsterapi. Vidare synte funna i studien at rettleiing og eit tett samarbeidsforhold til leiar har betydning for i kor stor grad helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi. Konklusjon: Forhold som har med tilrettelegging i arbeidssituasjonen, leiartilhøve og rettleiing har betydning for i kva grad helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi. Nøkkelord: vurdere, beslutning, kompetanse, praksis, klinisk praksis, klinisk kompetanse, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, implementering i praksis, rettleiing	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Siv Iren Juklestad	Date: 12. July 2011
Title and subtitle: Use of Cognitive behavioral therapy among health personnel. A questionnaire survey.	
Summary: Objective: To gain insight into the use of Cognitive behavioral therapy (CBT). The problem statement is: To which extent does health personnel use CBT after having finished further education in CBT, level 1. The research questions are 1) Which conditions in the work situation affect the use of CBT? 2) Which characteristics of the teamleader affect the use of CBT, and 3) What significance does coaching have for the use of CBT? Method: The study is cross-sectional using a questionnaire. The questionnaire was sent to 257 health personnel having finished further education in CBT, level 1. The data were analyzed with Predictive Analysis Software, PASW, version 18. In addition to descriptive statistics (frequency analysis), a cross-tab analysis was performed to find connections between conditions at work, characteristics of the teamleader and coaching, that affect the use of CBT. Other factors with respect to leader, work situation and coaching have also been looked into. Results: 135 health personnel (52.5%) responded to the survey. Findings show that 88% of the respondents usually offer CBT combined with other therapies/techniques in treatment of patients with depression and anxiety disorders. 12% of the respondents offered CBT as the only method in treatment of patients suffering from depression and anxiety disorders. It was a significant connection between job satisfaction and use of CBT. The findings also show that coaching and a close working relationship with the team leader influence to what extent the method is used. Conclusion: Facilitating of the work situation, relationship with work leader and coaching affect the use of CBT.	
Key words: Assessing/assessment, decision, coaching, competence, practice, clinical practice, clinical competence, cognitive therapy, cognitive behavioral therapy, implementation.	

Førord

Det har vore spennande og lærerikt å forme denne masteroppgåva. Å utforme ei masteroppgåve som inkluderer utarbeiding av spørjeskjema er eit omfattande arbeid. Dei som fortener ein stor takk i arbeidet med masteroppgåva min er rettleiar Ragnhild Hellesø som har bidratt med støtte og konkret rettleiing i alle deler av studien.

Tusen takk til Bjarne Hansen, Einar Røshol Heiervang, Eli Tønseth og Ehamparam Ketheeswaran som har gjeve faglege synspunkt i utforminga av spørjeskjema for i å få fatt i tendensen om bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis.

Bjarne Hansen får ein ekstra takk for diskusjonar omkring resultatdelen i masteroppgåva.

Eg må takke deltakarane i studien som har delt sine erfaringar om bruk av kognitiv åtferdsterapi. Deira bidrag har gitt perspektiv på korleis kognitiv åtferdsterapi blir brukt i praksis. Det har òg gitt grunnlag for kommande diskusjonar om organisering av innhaldet i vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn I.

Takk til mine gode kollegaer i Høgskulen i Sogn og Fjordane som har gitt støtte og oppmuntring undervegs med masteroppgåva.

Takk til mine nære i heimen som tolmodig og stødig bidrar til godt samhald.

Førde, 12. juli 2011

Siv Iren Juklestad

Innhold

1	INTRODUKSJON	1
1.1	Føremålet med studien.....	2
1.2	Omtale av sentrale omgrep	3
1.3	Oppbygging av masteroppgåva	5
2	GJENNOMGANG AV LITTERATUR	7
2.1	Søk etter litteratur	7
2.2	Kognitiv åtferdsterapi, historie og grunnprinsipp for metoden	8
2.2.1	Grunnprinsipp i kognitiv åtferdsterapi	10
2.3	Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi	13
2.4	Leiar – ein kunnskaps- og organisasjonsutviklar	17
2.5	Læring og læringsmiljøet i arbeidssituasjonen	19
2.6	Leiar med vidareutdanning i kognitiv terapi	21
2.7	Rettleiing i praksis – ein metode for fagutvikling	22
2.8	Tilrettelegging i arbeidssituasjonen	24
2.9	Utviklinga av vidareutdanning i psykiatrisk sjukepleie på 1950- talet og fram til dagens vidareutdanning i kognitiv terapi.....	26
2.10	Oppsummering av kapittel 2.....	28
3	DESIGN OG METODE	29
3.1	Design.....	29
3.2	Val av metode i studien	30
3.3	Utvikling av spørjeskjema	30
3.4	Pilotstudie	34
3.5	Revidering av spørjeskjemaet etter pilotstudie.....	35
3.6	Gjennomføring av spørjeundersøking	35
3.6.1	Tilgang til forskingsfeltet og tidsrom for undersøkinga.....	35
3.6.2	Populasjonen i denne studien	37
3.6.3	Inklusjonskriterium	37
3.7	Validitet og reliabilitet i denne studien.....	37
3.8	Feilkjelder.....	41
3.9	Analyse av data.....	42
3.10	Etikk.....	43

4	RESULTAT	44
4.1	Kven har svart på denne studien.....	44
4.1.1	Leiartilhøve og bruk av kognitiv åtferdsterapi	49
4.1.2	Helsepersonellet sin arbeidssituasjon og bruk av kognitiv åtferdsterapi	54
4.1.3	Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til rettleiing	55
4.2	Oppsummering av resultat.....	58
5	DISKUSJON	60
5.1	Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi	60
5.2	Forhold i arbeidssituasjonen som påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi.....	63
5.2.1	Kollegial støtte – teamarbeid.....	64
5.3	Leiartilhøve som påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi.....	66
5.4	Helsepersonell si rettleiing i praksis	69
5.5	Metodediskusjon.....	72
6	KONKLUSJON OG ANBEFALINGAR	75
6.1	Anbefalingar for praksis	75
6.2	Anbefalingar for vidare forskning	75
	LITTERATURLISTE	77
	VEDLEGG	86

VEDLEGG:

Vedlegg 1	Spørjeskjema.....	86
Vedlegg 2	Invitasjon til å delta i spørjeundersøking.....	95
Vedlegg 3	Meldeskjema frå NSF	96
Vedlegg 4	Søknad om tilgang til informantar	97
Vedlegg 5	Svar på søknad om tilgang til informantar	98
Vedlegg 6	Invitasjon til å delta i spørjeundersøking.....	99

FIGURAR:

<u>Figur 1</u>	Ei oversikt over gangen i gjennomføringa av studien	29
<u>Figur 2</u>	Alder og kjønnsfordeling	44
<u>Figur 3</u>	Profesjonar til helsepersonell som har svart på spørjeskjemaet	45
<u>Figur 4</u>	Helsepersonell sin grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi (n=135).....	47

<u>Figur 5</u> Type kognitiv åferdsterapi helsepersonell vanlegvis tilbyr pasientar med depresjon og angstlidningar (n=129).	48
<u>Figur 6</u> Helsepersonell sin bruk av kognitive terapimodellar (n=129).	49
<u>Figur 7</u> Helsepersonell sin bruk av kognitiv åferdsterapi (KAT) i forhold til leiar (n=129) ..	50
<u>Figur 8</u> Helsepersonell sin kommunikasjon med leiar og bruk av kognitiv åferdsterapi.....	51
<u>Figur 9</u> Tilrettelegging for bruk kognitiv åferdsterapi og om leiar har vidareutdanning i metoden	52
<u>Figur 10</u> Helsepersonellet si oppleving av meistring i utøving av kognitiv åferdsterapi i forhold til leiar (n=129).....	53
<u>Figur 11</u> Helsepersonellet sin arbeidssituasjon og bruk av kognitiv åferdsterapi (n=129)....	54
<u>Figur 12</u> Helsepersonell sin bruk av kognitiv åferdsterapi i forhold til rettleiing.....	56
<u>Figur 13</u> Fagpersonar kognitiv åferdsterapi (KAT) med og utan rettleiing i arbeidssituasjonen (n=129).	57
<u>Figur 14</u> Helsepersonell si meistring i å bruke kognitiv åferdsterapi og om dei har rettleiing	58

TABELL:

Tabell 1 Inndeling av kategoriar i spørjeskjemaet	32
---------------------------------------------------------	----

1 INTRODUKSJON

Denne masteroppgåva handlar om helsepersonell si praktisering av kognitiv åtferdsterapi i det kliniske feltet.

Kognitiv terapi er ei strukturert psykologisk behandling, og tilnærminga byggjer særleg på læringspsykologi og kognitiv psykologi. Terapiforma kjenneteiknast av å vere tidsavgrensa og notidsorientert i tillegg til å vere strukturert. Det er utvikla fleire modellar i kognitiv åtferdsterapi for dei ulike psykiske lidningane, og behandlinga vil variere ut i frå kva diagnose pasienten har. Kognitiv terapi blir òg kalla kognitiv åtferdsterapi som er eit paraplyomgrep som dekkjer ei rekke ulike terapeutiske metodar i behandling av psykiske lidingar.

Undervisning om psykiske lidingar og om behandlinga er ein viktig del av behandlingsprogrammet (Berge og Repål, 2008).

Modellen i kognitiv terapi seier at mennesket kjensler heng saman med korleis ei tolkar situasjonen kjensla oppstår i. Gjennom å korrigere ein persons kognisjon kan ein lindre den kjenslemessige forstyrringa (Beck, 2006). Måten vi tenkjer rundt ein situasjon vil påverke kva for kjensler vi knyter til sjølve hendinga. I kognitiv terapi skal terapeuten ideelt sett framstå som ein ledsager eller guide. Målet er å få pasienten til å ta stilling til betydinga av ulike måtar å tenkje på og vidareutvikle evna til å utforske eigne tankar og sette spørsmål ved fastlåste tankemønster (Berge et al, 2008).

Kognitiv terapi har bygd bru over fleire terapeutisk retningar (Beck, 2006). Blant dei kunnskapsbaserte behandlingane har kognitiv åtferdsterapi vist seg å vere effektiv over eit breitt spekter med psykiske lidingar. Data frå fleire tilfeldige randomiserte studium og metaanalyser syner at kognitiv åtferdsterapi er effektive intervensjonar i forhold til depresjon, angstlidingar og spiseforstyrringar (Butler, Chapman, Forman og Beck, 2006; Haby, Donnelly, Corry og Vos, 2006; Shafran et al, 2009). Det er òg bevis frå randomiserte studium og metaanalyser på at kognitiv åtferdsterapi er effektiv til å redusere psykotisk symptom og nød, med liten til middels effekt (Wykes, Steel, Everitt og Tarrier, 2008). Det er òg lovande data på at metoden har effekt på somatoforme lidingar (Kroenke, 2007).

Formidling av betydinga av å bruke kunnskapsbasert praksis har vore og er satsingsområde i medisin, psykologi og folkehelse. Å trene opp klinikarar til å levere kunnskapsbasert praksis er eit kontinuerleg behov. Det er eit krav i helsevesenet å trene klinikarar til å levere

evidensbasert behandling. For å auke bruk av kunnskapsbasert praksis må fagpersonar få ei effektiv opplæring i terapi, få nye ferdigheiter og bli klinisk dyktige. Fordelen med kognitiv åtferdsterapi er at metoden lett kan lærast med fagleg rettleiing (Kauth et al, 2010).

Men det er arbeids- og tidkrevjande å lære og integrere ny terapi i praksis. Det er ein føresetnad at den enkelte tilsette har motivasjon og interesse for å implementere metoden i praksis og organisatorisk støtte for bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF) oppretta i 2004 ei vidareutdanning i kognitiv terapi for fagpersonar med treårig høgskule – og universitetsutdanning. Denne vidareutdanninga, Kognitiv terapi, Trinn I, vert arrangert i ulike landsdelar i Noreg og er eit deltidsstudium over to semester. Utdanninga omfattar 50 timar undervisning og 30 timar rettleiing. Undervisninga og rettleiinga vert tilrettelagt i samarbeid med førelesar og lokale forhold (HSF, 2010).

Vidareutdanninga har følgjande ansvarsfordeling: Norsk foreining for kognitiv terapi har ansvar for planlegging og gjennomføring av undervisning, arbeidskrav og skriftleg test.

Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag har ansvar for studieplan, pensum og 10 dagar skriftleg heimeeksamen. Studiet går over to semester og er på 30 studiepoeng (HSF, 2010). Førelesarar som underviser i vidareutdanninga er godkjende rettleiarar i Norsk foreining for kognitiv terapi, og har lang klinisk erfaring med bruk av kognitiv terapi.

Vi veit lite om korleis dei ulike helsepersonella brukar kognitiv åtferdsterapi, og utgangspunktet for denne masterstudien er kva som påverkar deira bruk av metoden etter at dei har teke vidareutdanninga.

1.1 Føremålet med studien

Føremålet med studien er å få kunnskap om korleis helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis. Sentralt er å få kunnskap om kva faktorar som påverkar utøving av kognitiv åtferdsterapi i praksis.

Tema i studiet er helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis.

Problemstillinga er: I kva grad praktiserer helsepersonell kognitiv åtferdsterapi etter fullført vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn I?

For å belysa problemstillinga søker studien svar på følgjande forskingsspørsmål:

- Kva forhold i arbeidssituasjonen verkar inn på helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi?
- Kva forhold hjå leiar påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi?
- Kva betydning har rettleiing for utøving av kognitiv åtferdsterapi?

Studien er ikkje ei evaluering av vidareutdanninga i Kognitiv terapi, trinn I. Fokuset er å kartlegge korleis helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis, og kva faktorar som påverkar bruk av metoden.

1.2 Omtale av sentrale omgrep

Kognitiv åtferdsterapi

Kognitiv terapi er en modell for å forstå og behandle psykiske lidningar. Kognitiv terapi er ei behandling der tankane blir gitt spesiell merksemd (Beck, 2006). Erfaring viser at tankane våre spelar ei stor rolle i utvikling av psykiske lidningar. Behandlinga dreier seg difor om problemløysning og endring i tankar og handlemåtar. Utgangspunktet er kva vi tenkjer og korleis dette verkar på våre kjensler og handlingar (Beck, 1967). I terapeutisk behandling tek ein utgangspunkt i den aktuelle situasjonen her og no (Beck, 2006). Eit kjerneområde i terapien er å støtte pasienten i å meistre sine livsproblem. Det er lagt vekt på at pasienten skal bli sin eigen problemløysar og aktiv medarbeidar i terapien (Berge og Repål, 2010).

Ordet kognitiv er latinsk og har å gjere med aktiv vedkjenning, innsikt og undersøking. Kognisjon er kjennemerket på den kontinuerlige omarbeidinga av informasjon. Vedkjenning og innsikt får vi ved å bruke tankane våre (Berge et al, 2010).

Helsepersonell

Kognitiv åtferdsterapi er ein helserelatert metode som kan nyttast i ulike deler i folkehelsearbeidet. Invitasjonen om å delta i spørjeundersøkinga er sendt ut til fagpersonar som har gjennomført vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1. I masteroppgåva er omgrepet helsepersonell brukt for å omtale fagpersonane sine svar. ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”

(Helsepersonellova, 1999). Dersom pasientens behov tilseier det, så skal yrkesutøvinga skje ved samarbeid og samhandling med anna kvalifisert personell (Pasientrettighetslova, 1999).

Leiar

I denne studien er respondentane sin næraste overordna omtala som leiar. Leing er ei samspel mellom menneske (Orvik, 2004). Leing kan definerast om målretta, problemløysande og kommunikasjonsutviklande samhandling med andre (Johnsen, Vanebo, Valstad og Busch, 2007). Fagleg leing i praksis inkluderer blant anna å vurdere behovet for opplæring og rettleiing, delegere arbeidsoppgåver, tilbakemelding og kontroll på utført oppdrag og motivere medarbeidarar til oppfølging av tiltak (Strand, 2007).

Arbeidssituasjonen

Ein organisasjon er eit sosialt system som er konstruert for å realisere bestemte mål. I generell systemteori er eit system delar som står i gjensidig forhold til einannan. Det enkelte system påverkar dei andre delane i systemet. Samtidig er kvar enkelt del avhengig av systemet som heilskap (Orvik, 2004).

Rettleiing

Rettleiinga sitt hovudføremål er å legge til rette for å vidareutvikle fagpersonar sin kompetanse. Ikkje minst handlar det om kunne reflektere over påtenkte og utførte handlingar (Teslo, 2006).

Læring og lærande organisasjonar

I helsevesenet legg ein vekt på å vere lærande organisasjonar. Dette stiler krav til både leiarar og tilsette. Lærings og kunnskapsdeling er sentralt for å skape, skaffe og overføre kunnskapsbasert praksis (Garvin, 2000).

Datainnsamlingsinstrument

Datainnsamlingsinstrumentet og spørjeskjemaet har same betyding i denne studien. Omgrepa er brukt om ein annan for å gje variasjon i språket.

1.3 Oppbygging av masteroppgåva

Kapittel 2

Dette kapittelet inneheld litteratur som er bakgrunn for studien og for utarbeidinga av datainnsamlingsinstrument. Kognitiv terapi, historie og grunnprinsipp for metoden er første del av kapittelet. Eit historisk tilbakeblikk frå opphavet til kognitiv terapi fram til dagens bruk av metoden er òg teke med for å vise nokre av dei grunnleggande elementa i metoden. Ein lærande organisasjon vil legge til rette for å skape eit godt klima for innføring av kunnskap og vil bidra til tilrettelegging av eit læringsmiljø. Læring, leiing, arbeidstilhøve, organisatoriske forhold og rettleiing er sett på som eit samspel av krefter som har betydning for innføring og bruk av metode i kognitiv terapi. Læring og læringsmiljøet i kunnskapsutvikling blir omtalt i forhold til leiar, arbeidssituasjon og rettleiing. Utviklinga frå psykiatrisk sjukepleie på 1950-talet og fram til dagens vidareutdanning i kognitiv terapi blir omtalt i avslutninga av kapittelet.

Kapittel 3

Tredje kapittel er metode og design. Det er utarbeidd eit eige datainnsamlingsinstrument for denne studien. Utviklinga av spørjeskjemaet, presentasjon av studiepopulasjon og gjennomføring av spørjeundersøking er neste del av kapittelet. Validering og reliabilitet for dette spørjeskjemaet er drøfta, og statistiske metodar er drøfta i siste del av kapittelet.

Kapittel 4

Dette kapittelet gir ei oversikt over dei viktigaste resultatata frå spørjeundersøkinga. Presentasjonen av resultatata startar med demografiske variablar som alder, kjønn, profesjonar og arbeidsstad. Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi er andre del av kapittelet. I denne delen viser kva for type kognitiv åtferdsterapi helsepersonell tilbyr til pasientar med depresjons- og angstlidingar og kva for kognitiv terapimodell som vart nytta mest i 2010. Helsepersonell sin grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til leiar, arbeidssituasjonen og rettleiing er tredje del av kapittelet.

Kapittel 5

Det femte kapittelet omhandlar diskusjon av funn i studien. Helsepersonell sin bruk av kognitiv terapi er òg sett i lys av forhold som har med tilrettelegging i arbeidssituasjon, leiartilhøve og rettleiing.

Kapittel 6

I det sjette og siste kapittelet blir det gitt ei kort oversikt over konklusjon og forslag til vegen vidare.

2 GJENNOMGANG AV LITTERATUR

Denne delen av studien gjer greie for kva teoretisk empiri denne studien er bygd på. Utgangspunktet er at forskingsstudium skal ta utgangspunkt i eksisterande kunnskap og at nye studium skal tilføre noko nytt. Den første delen gjev oversikt over framgangsmåte ved søk etter litteratur. Deretter kjem ei omtale av innhald og læringsmål for vidareutdanninga i Kognitiv Terapi, Trinn I. Del to presenterer relevant teori som er brukt i utarbeiding av spørjeskjemaet og innhaldet i masteroppgåva.

2.1 Søk etter litteratur

Søk etter litteratur vart utført i førekant av studien, og det er blitt utført søk fleire gonger i arbeidet med masteroppgåva. Dei viktigaste søkemotorane etter litteraturgrunnlag i denne studien er i internasjonale databaser. Følgjande databaser har vore brukt: The Cochrane Library, Academic Search Premier (ACP), Cinahl, Pubmed og Embase og Psychinfo.

The Cochrane Library har vore nytta til søk etter kvalitetsvurdert systematiske oversikter. Dei andre databasane har vore nytta til søk etter primærstudium.

Søk etter litteratur har i 2010 har vore gjennomført i mai og juni, og månadane frå august til desember. I 2011 har søk etter litteratur vore utført i mars, mai, juni og juli. Søkeorda som er brukt er: assessing/assesment, decision, coaching, competence, practice, clinical practice, clinical competence, cognitive therapy, cognitive behavioural therapy og implementation practice.

Norske faglege retningslinjer, rettleiarar og oppsummert forskning har vore nytta som instruksar for søk etter litteratur. I Bibsys vart det søkt etter doktorgradsarbeid, hovudfagsoppgåver og masteroppgåver og bøker som er skrive om kognitiv terapi. Det har og vore utført søk etter referanselister som er bruk i denne studien. Artikkelen til Steinfeld (Steinfeld, Keyes og Coffmann, 2009) er eit eksempel på at referansar frå artiklar har gjeve grunnlag for nye søk etter litteratur som òg er brukt i framstillinga av teksten i oppgåva. Systematiske søk har synt vegg til dei randomiserte studiane og oversiktsartiklane.

Nasjonalt har det blitt oppretta eit fagleg system for kvalitetsvurderte retningslinjer (Helsbiblioteket 2011). Den søkemotoren har retningslinjer som er vurderte etter AGREE-

krav. Agree-instrumentet er utvikla for å vurdere retningslinjer utarbeidd av lokale, regionale, nasjonale og internasjonale arbeidsgrupper og myndigheiter. Informasjon i Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010), Nasjonalt Kunnskapsenteret for helsetjenesten (Helsetjenesten, 2010) og norske helselover har òg vore nytta til konkret informasjon om standardar som har gitt grunnlag for å utforme innhaldet i denne oppgåva. Dei norske helselovene som har vore aktuelle i denne studien er Lov om pasientrettar (Pasientrettighetsloven, 1999) og Lov om helsepersonell (Helsepersonellova, 1999). Lov om pasientrettar §§ 3-1, 3-2 omtalar pasienten sin rett til medverknad til helsehjelp og informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Lov om helsepersonell (1999) §4 er forsvarligheit til helsepersonell sin yrkesutøving. Helsepersonell skal utøve sitt arbeid fagleg forsvarleg utifrå arbeidssituasjon og kvalifikasjonar. Lovparagrafane var og viktige for idéane til å utforme spørsmåla om arbeidssituasjonen og helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Under utarbeiding av spørjeskjemaet vart spørsmåla til ei kvar tid vurderte opp mot forskingslitteraturen. Spørsmåla om bruk av kognitiv åtferdsterapi og forslag til testledd i datainnsamlingsinstrumentet vart utvikla frå desse hovudkategoriane; fagpersonar sin bruk av kognitiv åtferdsterapi, organisatoriske forhold og leiar sin påverknad for bruk av kognitiv åtferdsterapi, samt rettleiinga sin betyding for bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Dei tre grunnleggande søkemetodane etter litteratur er kjedesøking, systematisk søking og bevisst tilfeldig søking (Rienecker, Stray Jørgensen, Hedelund, Hegelund og Kock, 2006). I oppgåva er det veksla mellom desse metodane. Kjedesøk har vore nytta når ein artikkel har gjeve hensiktsmessig informasjon for vidare søk etter nye referansar.

Elektroniske tidsskrift har gjeve tilgang på fulltekstar. Bevisst tilfeldig søking har synt seg relevant i forhold til nasjonale retningslinjer, og i starten på leit etter problemformuleringa. Idéane til dette spørjeskjemaet er henta frå kohurtstudium, psykologisk teori, sjukepleie litteratur, randomiserte studium, pilotstudium og oppsummert forskning.

2.2 Kognitiv åtferdsterapi, historie og grunnprinsipp for metoden

Kognitiv åtferdsterapi vart utvikla på 1960-talet av Aron Temkin Beck, fødd i 1921. Beck var utdanna som psykiater og arbeidde som psykoanalytikar. I terapien oppdaga han at mange hadde devaluerande, automatiske tankar som førte til at den lidande såg situasjonen sin lite

nyansert. Beck oppdaga at terapien vart langt meir effektiv om han fikk klienten til å stille seg spørjande til dei negative automatiske tankane, og teste ut om den uhensiktsmessige måten å tenke på var korrekt (Beck, 1967).

Beck meinte at forstyrringa kom til uttrykk i ein systematisk feiltolking av bestemte opplevingar (Beck, 1967). I terapien oppdaga han at klienten fikk umiddelbart lindring av sine symptom når han påpeika feiltolkingane og føreslo rimeleg forklaringar. Etter kvart såg han at betring kunne stabiliserast ved å trene klienten til å nytte kognitive øvingar (Beck, 2006). Ved å stille opne spørsmål fekk pasienten sjølv reflektere omkring sine tankar og kjensler knytt til dei aktuelle situasjonane (Beck, 1967).

Aron Beck (Beck, 2006) sitt terapeutiske arbeid førte til utvikling av den første kognitive modellen som syner korleis tankar, kjensler og kroppslege reaksjonar gjensidig påverkar kvarandre. Kognitiv åtferdsterapi går ut på å lære klienten å identifisere og modifierer tankar som igjen vil virke inn på kjensler og åtferd. Teorien har grunnlag i at ein kan løyse klienten sine problem ved sjå samanhengen mellom tankar, kjensler og åtferd, og at disse gjensidig påverkar kvarandre (Beck, 2007).

Kognitiv åtferdsteori tek utgangspunkt i korleis ein person tolkar ein gitt situasjon påverkar kva ein føler og korleis ein handlar (Clark, Beck og Alford, 1999). Det betyr at det ikkje er situasjonen som ligg til grunn for kva ein føler, men personen si oppfatning og konstruering av situasjonen (Beck, 2006). I kognitiv åtferdsterapi er ikkje målet å lære klienten å tenkje positivt, for urealistisk tenking kan svekke høve til å meistre sine livsproblem (Berge et al, 2010). Målsettinga i behandlinga er å gi pasientane hjelp til sjølvhjelp, og gjere den terapeutiske prosessen meir forståelig for pasient og terapeut (Beck, 2006). Den kognitive terapiprosessen skal styrke pasientens ferdigheit til å identifisere sjølvdestruktive vonde sirkular. Terapien skal hjelpe pasienten til sjølv å meistre problem og belastningar i livet samt hjelpe ein til å endre tenkemåtar som gjev problema næring. Det handlar om å undersøke alternative måtar å tenke rundt eiga tenking (Kauth et al, 2010).

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på ein fjerdeplass over dei ti lidingar i verda som gir størst tap av livskvalitet og leveår. Psykiske lidingar rammer ca. 1/3 av EUs befolkning i løpet av ein 12 månaders periode. Depresjon og angst er blant dei mest hyppige lidingane. Dei fleste deprimerte får inga behandling (Dalgard og Bøen, 2007). Ei av årsakene til underbehandling er at pasientar med depresjon og angstlidingar ikkje blir identifiserte

(Taylor og Chang, 2008). Om lag halvparten av alle som er deprimerte tek ikkje kontakt med lege for plagene sine. Årsakene til dette er ulike, men nokre av problema med å søke hjelp er stigma og vanskar med å finne omsorg som er skånsam i forhold til kulturen ein lever i.

Kognitiv terapi er ei strukturert psykologisk behandling som har oppnådd dei mest konsistente positive resultata i randomiserte, kontrollerte studium blant anna for moderat og alvorlig depresjon (Shafran et al, 2009). I det neste delkapittelet vil grunnprinsippa bli presenterte.

2.2.1 Grunnprinsipp i kognitiv åtferdsterapi

Kognitiv terapi er eit aktivt samarbeid mellom pasienten og terapeuten, og hovudområdet er retta mot korleis problema fortonar seg i klienten sin kvardag. Det er pasienten sin situasjon og behov som står i fokus (Berge et al, 2010). Terapien må alltid tilretteleggast den enkelte, og ei rekke prinsipp må oppfyllest i behandlinga (Beck, 2006).

Kognitiv terapi er basert på eit aktivt samarbeid i formuleringa av klienten sine problem (Beck, 2006). Terapeuten må fokusere på korleis klienten tenkjer om sin situasjon i notid. Terapeuten identifiserer dei ulike faktorar som påverkar pasienten sin oppfatning i ulike situasjonar. Det vidare arbeid i denne delen er å utarbeide ulike hypotesar eller faktorar i klienten si utvikling og tolkingsmønster som kan ha disponert for utvikling av den psykiske lidinga (Beck, 1967).

Terapeuten må heile tida sørge for at ein sunn allianse er tilstades, og at klient og terapeut har ei felles forståing for kva problem som skal løysast (Berge et al, 2010). Klient og behandlar skal saman bli einige om kva mål ein arbeider mot, og kva metodar ein skal bruke for å nå måla (Beck, 1976).

Relasjonen må tilstrebe eit emosjonelt band som er prega av varme, respekt og fortrulegheit. (Berge og Repål, 2007). Dette er nødvendig då kognitiv åtferdsterapi legg stor vekt på samarbeid og deltaking mellom klient og terapeut. Ein vellukka terapi er at pasienten har fått auka forståing for kva som har bidrege til problema og kva for verktøy som kan nyttast for å førebygge nye problem (Berge et al, 2010). Terapeutar som ofte oppnår gode resultat i behandlinga blir beskrivne av pasientane som varme, merksame, forståelsesfulle, erfarne og aktive (Berge og Repål, 2008).

I tillegg til behandlingsallianse, er det fleire kognitive og åtferdsmessige teknikkar som danner grunnlaget for tilnærminga i terapien. Kognitiv åtferdsterapi er målretta og problemfokuserert med undervisande karakter (Beck, 2006). Målet er at klienten skal lære metoden og bli i stand til å førebygge tilbakefall. Eller i beste fall at pasienten blir i stand til å vere sin eigen terapeut (Beck, 1967).

I terapien lærer pasienten å identifisere, evaluere og forhalde seg til sine uhensiktsmessige tankar og antakingar (Beck, 2006). Klienten si tolking av ein situasjon er avgjerande for kjensler og åtferd.

I samtalane er sokratiske spørjemåte ein metode til ny oppdaging. Spørsmåla tek til med kven, kva og korleis som gjer at klienten får opne spørsmål, og gjev klienten sjanse til å formulere sine eigne, og for han truverdige svar. Eksempel på sokratiske spørsmål kan vere: "Kva skjedde i situasjonen? Kva gjorde du etterpå? Kva bevis har du for at tanken er sann? Korleis kan du sjå annleis på denne situasjonen"? Slike spørsmål kan hjelpe til med å endre dei uhensiktsmessige tankane og hjelpe klienten til oppdage ulike sider ved sin opplevde situasjon. Relasjonen er avhengig av kva terapeuten og klienten gjer, og bruk av teknikk er ein relasjonell handling (Berge et al, 2010).

I terapien nyttar terapeuten ei rekke ulike teknikkar for endre klienten sin tankegang, humør og åtferd (Beck, 2006). Åtferdsendringa har dobbelt føremål. Den første er endring av åtferd som til dømes frå ingen aktivitet til ein aktivitet, og den andre er identifikasjon og forandring av uhensiktsmessig tenking relatert til åtferd (Mørch og Rosenberg, 2005).

Åtferdseksperimenta sin design er basert på ei kognitiv formulering av problemet og hensikta er å skaffe ny informasjon som kan hjelpe til med å teste gyldigheita av pasienten sine eksisterande tankar om seg sjølv og andre (Raknes, 2008). Eit eksempel på åtferdsteknikk er at klienten får testa ut korleis ein kan styre tankeprosessen i forhold til angstnivået. Ein måte å utføre dette på er flytte fokus frå angstreaksjonar til det som hender i kroppen (Raknes, 2008) Det handlar om å undersøke alternative måtar å tenke rundt eiga tenking (Sullivan, Blevins og Kauth, 2008).

Terapien er tidsavgrensa, timane følgjer ein fast struktur og samtalane er strukturerte (Beck, 2006). Kognitiv terapi gjer bruk av ulike teknikkar som er med få å endre tankegang, kjensler

og åtferd. Gjennom å korrigere ein persons kognisjon kan ein lindre den kjenslemessige forstyrringa (Beck, 2006).

Dei ulike terapeutiske tilnærmingane i kognitiv åtferdsterapi vil vere avhengige av behandlingsforløpa til den enkelte klient si diagnose. Eit overordna prinsipp i terapien er at klienten i stor grad skal sikrast aktiv medverknad i utredninga (Berge et al, 2010). Noko av målsettinga er å gi pasientane hjelp til sjølvhjelp og gjere den terapeutiske prosessen meir forståelig for pasient og terapeut (Beck, 2006). Den kognitive terapiprosessen skal styrke pasientens ferdigheit til å identifisere sjølvdestruktive vonde sirklar (Beck, 1967). Terapien skal hjelpe pasienten til sjølv å meistre problem og belastningar i livet, samt hjelpe ein til å endre tenkemåtar som gjev problema næring. Ved at pasienten blir kjend med, og meistrar, kognitiv metode kan han bli sin eigen terapeut (Berge et al, 2008).

God behandling føreset grundig utredning av klient og hans livssituasjon. I ein forenkla terapiprosess kan ein sjå på terapi i tre fasar, diagnose, behandling og avslutning. I nasjonale retningslinjer blir det anbefalt systematisk kartlegging med bruk av kunnskapsbaserte kartleggingsskjema i klinisk god samtale (Helsedirektoratet, 2009). Bruk av kartleggingsskjema vil vere avhengig av kor ein er i denne terapiprosessen (Hovland, 2008).

Den enkelte terapeut skal vere merksam på at erfaringsbakgrunnen kan påverke tolkinga av observasjonane. Difor bør ei vurdering av pasienten si lidning ta utgangspunkt i standardiserte administrerings- og skåringsprosedyrar for å sikre at terapeutar nyttar metoden på same måte. Blant dei vanlegaste og standardiserte metodane i kognitiv åtferdsterapi er diagnostiske intervju, vurderingsskalaer og sjølvutfyllingsskalaer.

I semistrukturerte diagnostiske intervju er målet å få nøyaktig og relevant informasjon om diagnostiske kriterium. Desse skjemaene inneheld systematiske samansette og presist formulerte spørsmål. Vurderingsskalaer inneheld ei samling av presist formulerte og representative påstandar som baserer seg på uttrykk for ei bestemt lidning. Dei ulike svara gjev grunnlag for vurdering av alvorgrad i klienten si psykiske lidning (Hovland, 2008).

I nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av vaksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetenesta vert strukturert psykologisk behandling anbefalt til behandling av moderat til alvorlig depresjon. Strukturert psykologisk behandling bør alltid tilbydast pasientar som ikkje mottar eller ynskjer behandling med antidepressiva, og ved

alvorlig depresjon bør ein kombinere strukturert psykologisk behandling med bruk av antidepressiva (Helsedirektoratet, 2009).

2.3 Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi

Det er ein samanheng mellom auka kompetanse i kognitiv terapi og forbetra resultat av formidling av kognitiv terapi til pasientar (Kingdon, Tyrer, Seivewright, Ferguson og Murphy, 1996; Armstrong et al, 2010; Strunk, Brotman, De Rubeis og Hollon, 2010). Men det er store ulikskapar i kva resultat terapeutar oppnår, sjølv om ein nyttar lik terapeutisk metode. Det er ofte ein større variasjon i terapiens effekt innanfor same metode enn mellom dei ulike metodane (Wampold, 2010). Studien til Huppert et al (2001) syner at sjølv om terapeutane har fått same utdanning, nyttar dei same manualbaserte teknikkar og får rettleiing, så varier likevel effektstørrelsen for terapeuten si innverknad på utfallet frå 0-18 % (Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear og Woods, 2001). Dette tyder på at det ikkje er manualen i seg sjølv som verkar, men terapeuten og pasienten sin fleksibilitet og ferdigheit i bruken av metoden. Effekten er i høgare grad relatert til terapeuten sin stil og veremåte eller til terapeuten som person. Pasientar tilskriv gjerne positiv endring i terapien til personlege eigenskapar hjå terapeuten (Sloane, Staples, Cristol og Yorkston, 1975).

Forhold som påverkar kvaliteten i generelt terapeutisk arbeid er blant anna utdanning, rettleiing, fagleg stimuli og tilbakemelding i eit godt fagleg miljø. Andre faktorar som påverkar er personlege eigenskapar, verdiar og haldningar (Berge et al, 2008). Empati, varme og at ein er ekte er eigenskapar som i tidlegare forskning har synt effekt på relasjonen (Rogers, 1957). I kunnskapsbasert terapi er følgjande relasjonsfaktorar viktige i individuell behandling; at ein har allianse, empati og tilbakemelding frå pasient. Vidare tyder det på at samarbeid og positiv aktelse er effektive komponentar i relasjonen. Det er òg andre forhold som syner lovande resultat, men desse er ikkje konkludert med som effektive. Desse forholda er at ein er ekte og at ein kan oppnå allianse etter ein alliansesprekk (Norcross og Wampold, 2011).

Det er eit pågåande behov for at helsepersonell skal levere kunnskapsbasert behandling i helsetenesta. Sjølv om helsetenesta har forsøkt å formidle kunnskapsbasert praksis i psykisk behandling, så er tilgangen for pasientane framleis låg (Kauth et al, 2010). Empirisk støtta psykologisk behandling som kognitiv åtferdsterapi har vore utvikla for ei rekke psykiske lidingar, men det er dokumentert at klientar ikkje får desse rutinemessig i klinisk praksis. Det

er ulike grunnar til dette. Funn tyder på at ein del klinikarar er motvillig til å nytte diagnostiske kriterium, eller ikkje er i stand til å diagnostisere. Vidare ser det ut til at om pasientar mottek disse behandlingane, så er dei ikkje godt leverte. I helsetenesteforskning er det tidlegare understreka gapet mellom bevis og praksis. Gapet understrekar at vi har forskning som viser at kognitiv åtferdsterapi har effekt, men at praksis syner at det er hindringar for å bruke den kunnskapsbaserte metoden (Shafran et al. 2009). Det er både organisatoriske og individuelle barrierer for å bruke av ein kunnskapsbasert metode som kognitiv åtferdsterapi (Steinfeldt et al, 2009).

Ein hindring for innføring kan vere at terapeuten ikkje trur på forskning, fordi dei som er med i forsøka ikkje har alvorlege lidingar eller komorbiditet. I forskning er det også heilt andre ressursar til rådvelde, og ein ekspert overvakar det heile. Ei anna hindring er at terapeuten er viktigare enn sjølve metoden for å få ei godt utfall. Terapeuten kan ha førestillingar om behandlinga som at diagnosar ikkje er til hjelp, og eit ønske om å blande og samanstille ønska delar frå ulike intervensjonar. Dei trur dei følgjer behandlinga sjølv om dei kanskje ikkje gjer det (Shafran et al, 2009). Nokre terapeutar ser det ikkje som noko ulempe å blande delar frå ein behandlingsmetode med andre metodar. Ein vel ut dei delane dei likar og blandar dei med andre intervensjonar basert på personleg preferanse. Dei meiner at deira eiga erfaring med ulike pasientgrupper er viktigare enn erfaring oppnådd gjennom forskingsprosjekt i academia (Shafran et al, 2009). Slike førestillingar kan ligge til grunn for at ein held fast på ein metode (Waller, 2009).

Andre forhold som er beskive er at klinikarar trur det ikkje er noko ulempe å velje kun enkelte element av kognitiv åtferdsterapi som ein likar, og i tillegg blande ulike tiltak på grunnlag av personlege erfaringar (Shafran et al, 2009).

I ein studie av 2281 praktiserande psykologar i USA meddelte 4 % at dei utelukkande brukte modellen i kognitiv åtferdsterapi, mens 69 % av dei spurte brukte kognitiv åtferdsterapi delt eller i kombinasjon med andre terapiar (Taylor et al, 2008). I følgje Taylor et al (2008) viser det seg at dei mest erfarne terapeutane føretrekkjer ei rekke teknikkar i staden for å følgje ein strukturert metode. Nokre av hindringane for å formidle kunnskapsbasert praksis som kognitiv åtferdsterapi er at manualisert behandling kan oppfattast som ”kjedeleg”, og unnlèt å anerkjenne kompleksiteten i behandling av personar med mange problem.

Dersom depresjonen er komorbid med andre psykiske problem vil det ofte være behov for lengre behandlingstid. Tilbodet bør vere frå 16 til 20 behandlingar over en periode på seks til ni månader (Shafran et al, 2009). Det meste av forskinga har blitt gjennomført med pasientar utan komorbide lidningar, men dei fleste terapeutar behandlar pasientar med fleire komorbide lidningar (Taylor et al, 2008).

Dei randomiserte studiane og helsedirektoratet sine veiledarar gir vanlegvis ikkje rettleiing i å handtere tilleggslidningar. Dette kan igjen gje fagpersonen avgrensingar i utøving av metoden (Shafran et al, 2009). Men dersom det er slik at pasientane får gjentekne gonger med sjukdom, så bør ein bruke stringente metodar som kognitiv terapi for å førebygge nytt tilbakefall. Behandlinga av psykiske helseproblem bør ein nå eit bestemt utfall etter ei viss tid i behandlingsforløpet. Dette er sjølvstøtt avhengig av symptom, alvorsgrad og andre faktorar (Shafran et al, 2009). Dersom terapeuten ikkje oppnår eit akseptert utfall i behandlingsperioden kan ein då stille spørsmål ved om ein har nytta ei standardisert behandling (Taylor et al, 2008). Utfordringa som helsepersonell møter er blant anna at ein del av dei som tek kontakt presenterer somatiske framfor psykiske problem. For legar fører dette til at diagnostisering blir vanskeleg (Timonen og Liukkonen, 2008).

I nasjonale mål og prioriterte oppåver er eit satsingsområde å styrke tilbodet til personar med angst og depresjonslidningar ved at blant anna at det psykiske helsearbeidet blir gjort meir synleg og tydeleg (Helsedirektoratet, 2011). Det er eit krav i helsevesenet å trene klinikarar til å levere kunnskapsbasert behandling (Kauth et al, 2010). Studium viser òg at ein kunnskapsbasert metode som kognitiv åtferdsterapi er praktisert for lite i forhold til samfunnet sine behov (Wang et al, 2007). Til tross for betydeleg forskning som viser at effekten av kognitiv åtferdsterapi i behandling av vaksne med depresjon er med å redusere risikoen for tilbakefall, så er kognitiv åtferdsterapi brukt i mindre grad enn kva retningslinjene tilrår (Simons et al, 2010).

Kliniske retningslinjer tek sikte på å bruke forskingsresultat til å gje anbefalingar om behandling, slik at pasientane kan få eit høgre omsorgsnivå. Ei auke i internkontrollen i forhold til nasjonale og internasjonale standardar vil gje ei større kvalitetsikkerheit for både pasientar og helsepersonell. Vurdering av kompetanse krev vanlegvis retningslinjer som kan bidra til ei evaluering av bruk av metoden (Shafran et al, 2009). Eit forslag er å nytte The Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS), som består av vurdering av kognitiv åtferdsterapi, interpersonleg psykoterapi og klinisk behandling av farmakoterapi. Auka

internkontroll i forhold til nasjonale og internasjonale standardar er òg aktuelle bidrag for oppfølging av implementeringa av kunnskapsbasert metode (Steinfeldt et al 2009; Shafran et al, 2009).

Mangel på fasiliteter eller mangel på kunnskap og ferdigheiter kan òg hindre helsepersonell å bruke kognitiv terapimetode (Rhodes, Genders, Owen, Hanlon og Brown, 2010). Gunter og Whittal (2010) beskriv barrierar som hindrar bruk av kognitiv terapi mot angst. Barrierane er mangel på mulegheiter for vidareopplæring, at ein ikkje tek praktistarane sine bekymringar på alvor og at praktistarar gjerne er forsiktige med å bruke eksponerende intervensjonar.

Opplæring og organisatorisk støtte er nødvendig for å få innført kognitiv åtferdsterapi som behandlingsmetode. Gunter et al, (2010) presenterer ein modell for kognitiv terapi som er inndelt i fire fasar. Den første fasen er å lage ein base med informasjon om metoden. Det som synest å vere dei viktigaste spørsmåla er om behandlinga vil hjelpe pasientane og om den er kostnadseffektiv. Fase to er å få støtte til innføring av metoden. Tredje fase er opplæring og implementering, og fjerde fase er å tilbakeføre erfaringane som vert gjort til fase ein, og dermed vidareutvikle erfaringsbasen. Dette er ein variant av Senge (Senge,1999) sitt femte element, at ein i lærande organisasjonar deler ny kunnskap med alle på ein effektiv måte. Samtidig med innføring og bruk bør ein vurdere kvaliteten på behandlinga i kognitiv åtferdsterapi som blir utført (Shafran et al, 2009). Det første er at terapeuten gjer det ein skal i den grad som terapien er tiltenkt, og vidare at terapeuten utfører terapien med god fagleg kompetanse.

Faktorar som er med å påverke bruk av kognitiv åtferdsterapi må sjåast i samanheng med dei organisatorisk forholda den einskilde helsepersonell arbeider i. Dette inkluderer òg dei individuelle faglege eigenskapane hjå helsepersonell. Det er gjort studium som viser at kognitiv åtferdsterapi kan vere like effektiv som medikament til behandling av moderat til alvorleg depresjon, men graden av effektivitet kan avhenge av ein erfaren terapeut med kompetanse eller ekspertise på høgt nivå (DeRubeis et al, 2010).

Dette indikerar at ein må få til eit læringsmiljø i arbeidssituasjonen slik at helsepersonell kan få oppøvd terapeutisk ferdigheit. I neste delkapittel blir det sett nærmare på leiar som ein kunnskaps- og organisasjonsutviklar.

2.4 Leiar – ein kunnskaps- og organisasjonsutviklar

Helsevesenet blir styrt etter New Public Management med vekt på måling av kvalitet og vurdering av resultat etter bedriftsøkonomisk tankegang. Både leiar og tilsette blir påverka av dette, knappe ressursar skal forvaltast mest muleg effektivt (Blåka og Filstad, 2007).

I lov om helsepersonell (Helsepersonellova, 1999) står det i kapittel 2 om ressursbruk at ”helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienten, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift”. Det å vere effektiv og å levere helsetenester av høg kvalitet krev kunnskap, og læring blir difor viktig i alle ledd. Læring blir eit viktig element både i strategiske prosessar og i det daglege virke (Blåka et al, 2007).

Peter Senge (Senge, 1999) sin definisjon av ein lærande organisasjon er at det er organisasjonar der menneska skaper dei resultata dei ynskjer ved å vidareutvikle evnene sine, dei blir oppmuntra til nye tenkemåtar og blir flinkare til å lære i lag.

... knuse den illusjonen at verden består av adskilte og usammenhengende krefter. Når vi gir slipp på denne illusjonen kan vi bygge "lærende organisasjoner", organisasjoner der mennesker videreutvikler sine evner til å skape de resultater som de egentlig ønsker, der nye og ekspansive tenkemåter blir oppmuntret, der kollektive ambisjoner får fritt utløp og der mennesker blir flinkere til å lære i fellesskap (Senge, 1999, s. 9).

Senge (1999) omtalar fem personlege disiplinar. Det første er personleg meistring, at ein er kreativ og i ein prosess av livslang læring. Det andre er å utfordre mentale modellar som kan vere til hinder for å ta i bruk ny innsikt. Tredje disiplin er å ha ein felles visjon for heile organisasjonen som er knytt til den personlege visjonen til kvar enkelt. Fjerde disiplin er gruppelæring, det å bli engasjert til å tenke i fellesskap, og at gruppa meistrar både dialog og diskusjon. Til slutt er det systemtenking, der teori og praksis blir smelta saman og i tillegg viser korleis disiplinane heng saman. Ny kunnskap skal tilflyte alle i organisasjonen.

Eit grunntrekk ved ein lærande organisasjon er altså oppmuntring til læring i grupper og team. Dei tilsette har ulik kompetanse og erfaringar, noko som kan gje ein synergieffekt i gruppa og sidan i organisasjonen. Refleksjon, anten åleine eller i gruppe, er å revurdere eller tenke over ein gang til idéar og erfaringar ein har gjort (Strand, 2007). Dialog gir mulegheit til å dele erfaringar, å få støtte eller å bli utfordra og få tilbakemeldingar (Tveiten, 2008). Første trinn i refleksjonen vert å vende tilbake til erfaringa som vart gjort. I dialog med andre vil erfaringane bli utdjupa grunna dei innspela og tilbakemeldingane som vert gitt.

Organisatoriske forhold som oppgåver, struktur, kultur, maktforhold og omgjevnader påverkar kommunikasjonsprosessar (Jacobsen og Thorsvik, 2007). I vertikal kommunikasjon går informasjonen frå leiar til underordna nedover i hierarkiet, og kan delast inn i fem hovudtypar (Jacobsen et al, 2007). Det kan vere instruksar for arbeidet, grunngeving for arbeidet, informasjon om prosedyrar og praksis, tilbakemelding på arbeidet og informasjon om organisasjonen sin ideologi. Tilsvarande kan kommunikasjonen andre vegen, frå medarbeidar til leiar, delast inn i fire hovudtypar. Informasjon om seg sjølv og eige arbeid, informasjon om andre og deira arbeid, informasjon om korleis ting fungerer generelt og informasjon om kva som bør gjerast, og korleis. Vertikal kommunikasjon går gjennom mange ledd, og kan gje rom for mistolkingar.

I horisontal kommunikasjon har tilsette mest kontakt med andre som arbeider med like oppgåver. Personar som arbeider med same type oppgåver har felles erfaringar og interesser, noko som gjer det lett å kommunisere. Dei har òg same kompetanse og utdanning, noko som gjer det lett å kommunisere utan store mistydingar. Dei snakkar "same språk". Det vil ofte utvikle seg felles relasjonar prega av tillit, der ein kan hente sosial støtte (Jacobsen et al, 2007).

Ein leiar har betydning for organisasjonskulturen. Det er ein samanheng mellom leiaren sin patologi og organisasjonspatologi. Ein leiar kan skape felles delte fantasiar hjå tilsette som igjen kan påverke organisasjonskulturen. Er det ein mistruisk og misunneleg leiar kan dette bidra til at tilsette bli mistenksame og mistruiske i organisasjonen. Strategiske hersketeknikkar som sanksjonar av arbeidsoppgåver er eit knep ein slik leiar kan bruke mot tilsette (Vries, 1986). Eit helsepersonell med kompetanse i kognitiv terapi kan med ein slik leiar oppleve at ein ikkje får tildelt relevante faglege oppgåver som står i forhold til kompetansen. Ein slik leiarstil kan føre til at det blir eit misforhold mellom den tilsette sine forventningar og det som blir opplevd av arbeidserfaring. Det skadelege er at dei tilsette blir lydhøyre for sladder og rykter, og tidlegare liknande erfaringar får liv ved at desse blir tolka og dannar ny forståing (Balogum og Johnson, 2004).

Leiararbeidet handlar i å utvikle kompetanse og gjere medarbeidarar dyktige. Mor Teresa sa ein gong i eit føredrag om leiing: "Do you know your people? Do you love them?" I relasjonskompetanse blir det snakka om leiaren sin A-faktor (Spurkeland, 2005). A står for aksept, og har å gjere med om ein person blir akseptert eller avvist som leiar. Det er kanskje slik at dei leiarane som investerer i relasjonane til medarbeidarane sine vert oppfatta som gode

leiarar. Sentralt i leiar si oppgåve er å optimalisere tilpassinga mellom dei tilsette sine behov og organisasjonen sine målsetningar. Grunnlaget er forståing for kva som motiverer den tilsette, anten det er prestasjon, innflytelse, samarbeid eller fagutvikling. I studien til Harris (2005) er eit av funna at dersom ein opplever at arbeidskrav hindrar ein i å oppnå viktige personlege mål, så vil det vil føre til ein kjensleladd reaksjon. Praktiske tiltak i ein organisasjon må fokusere både på arbeid og hendingar om enkeltpersonar sine oppfatningar av korleis personlege mål skal nåast (Harris, 2005; Rakovshik og McManus, 2010).

Offentlege og private kompetanseorganisasjonar, som til dømes sjukehus, er basert på spesiell kunnskap som vert utvikla etter behov. Strand (2007) definerer det som Atenekultur basert på kunnskap, utforsking og løysingar. I helsevesenet er dei grunnleggjande verdiane lækjing, lindring, omsorg og profesjonelt ansvarleg arbeid. Det er fleire subkulturar, der legekulturen og sjukepleiarkulturen er viktigast. Kulturar i sjukehus kan ikkje endrast over kort tid, det må gjerast gradvis. Endring over tid er muleg ved at kontrollregima vert dempa og leiaren går over frå å vere kontrollør til å bli tilretteleggjar. Leiarar kan forandre kulturen ved å endre rutinar og prosedyrar, og ved å rekruttere personell som passar inn i den nye tenkemåten (Strand, 2007).

Leiarrolla må skapast gjennom gjerningar (Strand, 2007). Ein må skilje mellom fagleg leiing og administrativ leiing. Den faglege leiaren har utdanning og innsikt i profesjonen, medan den administrative leiaren ikkje treng ha det. Fagleg innsikt kan vere avgjerande for å få og bevare leiarautoritet (Orvik, 2004).

2.5 Læring og læringsmiljøet i arbeidssituasjonen

Læring og læringsmiljø i organisasjonen er avgjerande for den enkelte medarbeidar si fagutvikling. Fokus på læring og kunnskapsutvikling over tid medfører eit godt læringsmiljø, og leiarar som legg til rette bidrar til å utvikle ein sterk læringskultur. Det er leiinga sitt ansvar å ha nødvendig fokus på læring og kunnskapsutvikling (Jakobsen, 2010).

Utan læring har ein organisasjon inga framtid (Spurkeland, 2009). I meisterlæring vert det lagt vekt på læring i arbeidsfellesskap, og det har hatt innverknad på prinsipp for praksislæring i profesjonsutdanningar og vidare i arbeidslivet (Skår, 2010). Praksislæring og erfaringsbasert læring er sentralt (Nielsen og Kvale, 2003). Praksislæring byggjer på at medarbeidarane har mange interesser, mykje kunnskap og erfaring. Dei likar å lære, og søker

aktivt fagleg og personleg utvikling. Medarbeidarane er sjølvstendige og vil ha medinnflytelse og ansvar. Ein dyktig praktisk brukar tid på å analysere eit problem kvalitativt, og har sterke sjølvstyrande og sjølvreflekterande ferdigheiter (Schumann, 2000).

Tradisjonell kunnskapsbasert læring fokuserer på det eksisterande (fakta, kunnskap og prosedyrar), medan erfaringsbasert læring vektlegg notid og framtid (Moxnes, 2000). All læring krev at nokon legg til rette for den, men i kunnskapsbasert læring er det meir i form av ein tradisjonell lærar, eller ekspert. Eksperten har alle dei rette svara, som er retta mot fakta. Læringa er trygg ved at usikkerheiter og uklarheiter er få. Kunnskapsbasert læring er orientert mot fortida og eksisterande kunnskap, medan erfaringsbasert læring ser meir framover. Erfaringsbasert læring fokuserer på individets evne til å løyse problem, lære av det og ta eit steg vidare i læringa. Den som lærer set sjølv opp måla for si læring, og stiller spørsmål ved det som er definert som rette løysingar. Ein føresetnad for erfaringsbasert læring er deltaking (Tveiten, 2008). Erfaringsbasert læring kan skje gjennom fagmøte, teammøte, hospitering og utveksling av problemstillingar. Erfaringsbasert læring og refleksjon heng nøye saman. Evne, og ikkje minst tid, til refleksjon er avgjerande for å lære av sine, eller andre sine erfaringar. Ifølge Handal og Lauvås (2000) er ein reflektert praktisk ein som heile tida er i ein læringsprosess. I erfaringsbasert læring vil ein organisasjon legge vekt på notida og framtida (Moxnes, 2000)

Enkelkretslæring betyr at ein berre justerer gjeldane rutiner (Argyris og Schön, 1996), noko som medfører at medarbeidarane blir flinkare til å utføre det dei alt kan. Dei styrande verdiane er kontroll, handlingsstrategiane einsidig styring og det som pregar medarbeidarane er forsvarsmekanismar, noko som fører til redusert effektivitet. Miljøet blir prega av handlingslammelse, lite kreativitet og lite innovasjon (Kaufmann og Kaufmann, 2009). Dobbelkretslæring betyr at ein set spørsmål ved prosedyrar og rutinar og kan gjere meir djuptgripande endringar. I dobbelkretslæring er dei styrande verdiane informasjon og val, medbestemmelse og friheit, noko som kan føre til auka effektivitet. Å legge til rette for dobbelkretslæring er ein prosess både på organisatorisk og individuelt plan, og leiar må gje frå seg kontroll. Organisasjonen har ikkje stram styring frå toppen i form av reglar og direktiv (Kaufmann et al, 2009).

Garvin (2000, s. 11) seier det slik: "A learning organization is an organization skilled at creating, acquiring, and transferring knowledge, and modifying its behavior to reflect new knowledge and insights". Det betyr at det viktige er å skape, skaffe og overføre ny kunnskap

og innsikt. I tillegg må ein endre praksis i tråd med den nye kunnskapen og innsikta. Ein lærande organisasjon er flink til systematisk problemløysing, ein lærer av andre og sine egne erfaringar og greier å overføre den nye kunnskapen effektivt til heile organisasjonen (Garvin, 2000).

Sjukepleiarar er avhengige av å lære i eit fellesskap (Skår, 2010). Kartlegging og synleggjering av læringsmulegheitene i fellesskapet er viktig. Skår (2010) har gjort funn som viser at maktforhold og posisjonar er hemmande for læringa. Sjukepleiaren treng tid (rom) for å kunne reflektere over eiga utvikling. Læringa stiller krav til eigenskapar hos den som lærer og krav til eigenskapane til dei kontekstar der læring skjer.

2.6 Leiar med vidareutdanning i kognitiv terapi

Ideelt sett vil ein leiar med bakgrunn i kognitiv terapi kunne ha ei forståing for relasjonens betydning for samhandling, og bruke den utforskande og nysgjerrige veremåten. Erfaring med kognitiv terapi kan bidra med ei ramme som inkluderer forståing av haldning og metodar til arbeidsfeltet (Mikkelsen, 2008). Med bakgrunn i kognitiv terapi har leiarar bakgrunn i den fenomenologiske orienteringa og evne til å ta utgangspunkt i hendingane slik dei kjem fram, med utgangspunkt i det subjektivt opplevde.

Ei konstruktivistisk vinkling inneheld at det verkelege liv blir forstått slik opplysningane ligg føre. Derifrå må ein erkjenne at det verkelege kan bli forstått på ulike måtar og at ny kunnskap eller opplysningar gjer ein revisjon nødvendig. Å ha med seg ei empirisk haldning med erfaring i å beskrive kategoriar i erfaringar gjer at ein kan generalisere frå det enkle til det meir komplekse. Med utgangspunkt i kognitiv modell kan ein systematisk hente inn og prioritere informasjon som resulterer i strategival, og grunnlag for val av intervensjon for løysing av problem (Mikkelsen, 2008). Ei slik tilnærming frå leiar vil gje utgangspunkt for ein felles tenkemåte i dialogsituasjonar med helsepersonellet.

Ein leiar med kompetanse i kognitiv åtferdsterapi har eit fagleg føretrinn til å utvikle og styrke eit fagmiljø sin bruk av kognitiv metode. Dersom leiarar går føre som rollemodeller, så aukar det sjansen for at medarbeidarane føl etter. Leiaren påverkar organisasjonskulturen gjennom fem kanalar (Schein, 1985). Ein av desse kanalane er bevisst rollemodellering, rettleiing og trening. Leiaren kommuniserer verdiar og antakelsar til resten av organisasjonen ved kva arbeidsoppgåver dei utfører, korleis dei utfører dei og ved korleis dei forhold seg til

kollegaer og underordna. I nokre tilfelle brukar leiinga dette bevisst (Bang, 2000). Leiarar kan, gjennom eiga åtferd, vere rollemodellar og bidra til at prestasjonane aukar (Strand, 2007). Dersom leiar har utdanning i kognitiv terapi, og er ein rollemodell, vil det kunne gje auka læring. Ein leiar som aktivt brukar kognitiv terapi og oppmuntrar til bruk av det, vil kunne inspirere medarbeidarane til å følgje etter. Leiar har stor betydning for arbeidssituasjonen, kanskje den enkelte leiar ikkje er klar over kor stor betydninga er. I framtida vil gjennomføring og formidling av kognitiv åtferdsterapi i større grad kvile på leiing enn på vitskapeleg kunnskap (Taylor et al, 2008).

2.7 Rettleiing i praksis – ein metode for fagutvikling

For å vidareutvikle fagpersonar si personlege evne er fleire faktorar viktige. Nokre av desse er at ein har forståing for menneskelege behov, at ein har evne til å ta ansvar og initiativ, at ein har samarbeidsevne, dvs. at ein kan ta i mot og gje kritikk og skryt, at ein er påliteleg og har evne til å søke ny kunnskap der det manglar (Teslo, 2006).

Fagleg rettleiing er ideelt tenkt for at fagpersonar skal få fagidentitet eller tryggleik i fagrolla (Tveiten 2008). Rettleiing har ulike definisjonar, Hawkins og Shohet (1989) skriv at rettleiing er ein profesjonell læreprosess med profesjonell støtte. I denne prosessen er individet sine egne ressursar viktige. Handal og Lauvås (1983, 2000) beskriv rettleiing som ei form for undervisning, og som assistanse i eige læringsstrev, Hermansen, Carlsen og Bruland (1991) som opplæringsverksemd. Gjems (2007) skriv at rettleiing er ein læreprosess som går mellom ein eller fleire personar for å skape meining, ny forståing og nye handlingsalternativ i det profesjonelle virke. Læringsaspektet og det relasjonelle aspektet i står sentralt i dei ulike rettleiingsomgrepa (Tveiten, 2008).

Rettleiing som metode har lange tradisjonar innanfor psykisk helsearbeid. I fagleg rettleiing er det ein grunnleggande føresetnad om at den som tek i mot rettleiing har sitt profesjonelle ansvar for situasjonen som blir lagt fram. Rettleiar har ansvar for å tilrettelegge for læring ved å syne fagleg og personleg engasjement for situasjonen som blir presentert. Når rettleiar har med seg ein nyutdanna yrkesutøvar, eller ein som mottek fagleg rettleiing i ein opplæringsperiode, kan rettleiar vere den som tek det faglege ansvaret i rettleiinga (Hermansen et al, 1991). Målet med rettleiing er at yrkesutøvaren skal oppnå fagleg og

personleg vekst slik at ein kan fungere betre i si yrkesrolle. Rettleiingsklima blir såleis eit incitament for læring (Teslo, 2006; Rakovshik et al, 2010).

Rettleiingsprosessar kan forståast som ein pedagogisk prosess, der eiga læring er i fokus og kan bidra til varige endringar i praksis på bakgrunn av tidlegare erfaringar (Hermansen et al, 1991). Eit mål i rettleiinga kan vere å utdjupe ein praksisteori som handlar om personlege erfaringar, overført kunnskap, erfaringar og verdiar (etikk, menneskesyn). Den som blir rettleia tek utgangspunkt i situasjonar som ein har behov for å lære noko om. I dette ligg det at ein må vere villig til å utforske sin eigen praksis og bidra til å finne kjerna i den aktuelle utfordringa eller problemet (Handal og Lauvås, 1990). Målet er blant anna å utvikle faglege haldningar og problemløysande ferdigheiter.

I rettleiinga er kandidaten sjølv den viktigaste reiskapen. Her legg ein til grunn at ein får drøfta tankar om sin arbeidssituasjon i praksis (Handal et al, 1990; Teslo 2006; Berge et al, 2008; Tveiten, 2008). Tema som kan vere aktuelle i rettleiinga er erfaringar, opplevingar, utfordringar, dilemma og problem som er relatert til praksis eller yrkesfunksjon.

Rettleiing handlar i stor grad om interaksjon og kommunikasjon (Tveiten, 2006). For å få til ein god kommunikasjon må ein redusere forsvarsmekanismane til eit minimum. Det skjer ved eit støttande klima. Eit støttande klima i rettleiing inneheld elementa beskriving, problemorientering, spontanitet, innleving, jamnbyrdig og ei utforskande haldning til tema (Stålsett, 2009). Å beskrive er å gje ei konkret framstilling av ein erfaringsituasjon. Å halde fokus på ”problemet” gjer at ein stadig kretsar rundt kjerna som er utgangspunktet for rettleiinga. I det spontane kan både humor og alvor rundt situasjonen bidra til nye refleksjonar. At ”du møter min” situasjon med undrande spørsmål gjer at refleksjonane i rettleiinga blir styrka. Eit anna sentralt område i kommunikasjonen er at ein uttrykkjer seg i presens og er konkret på sak. Spørjeord som er prosessfremmande er kva og korleis.

Eit kinesisk ordtak seier ”det eg høyrer -gløymer eg, det eg ser - hugsar eg, det eg gjer -forstår eg”. Reiskapar til analyse og refleksjon over eigen praksis kan helsepersonellet få gjennom rettleiing (Tveiten, 2008). Ein må òg tilstreve eit klima for læring og problemløysing. Eit vesentleg moment er at rettleiar er empatisk, viser innleving i fagpersonane sin situasjon utan å forveksle deira kjensler med egne. Rettleiinga kan bidra til bevisstgjerjing av eigen praksis (Tveiten, 2008).

2.8 Tilrettelegging i arbeidssituasjonen

Når ein organisasjon bestemmer seg for at helsepersonell skal ta utdanning i kognitiv terapi er det eit signal om at kognitiv terapi er ein metode som skal nyttast i arbeidssituasjonen. I det interne arbeidet er oppstarten å vedkjenne seg at denne metoden skal implementerast i organisasjonen og takast i bruk.

Faktorar som avgjer kor vellukka implementeringa av kognitiv åtferdsterapi er i praksis syner fleire forhold som er avgjerande for bruk av metoden. Sullivan et al (2008) skiljer mellom tre forhold som kan påverke implementering av kognitiv åtferdsterapi. Dette er intern og ekstern tilrettelegging etter fullført opplæringsprogram, samt å undersøke verdien av ekstern tilrettelegging. Etter opplæring i kognitiv åtferdsterapi er idéen at ein nyttar både intern og ekstern tilrettelegging for gjennomføring av metoden til pasientar. Den interne tilrettelegginga føreset at leiinga er aktivt engasjert for å innføre kognitiv åtferdsterapi. Den eksterne tilrettelegginga kan vere rettleiing og råd på terapeutens utførte terapi (Sullivan et al, 2008).

I 2010 vart Kauth et al. sin pilotstudie om bruk av eksterne fagpersonar for å implementere kognitiv åtferdsterapi utgitt. I denne pilotstudien er det presentert funn og forslag til korleis ein kan gå fram for å implementere kognitiv åtferdsterapi i praksis. I pilotstudien (Kauth et al, 2010) vart det brukt ein tilretteleggar for å følgje opp at kognitiv åtferdsterapi faktisk vart teke i bruk og vart brukt, samt fortsette opplæringa av fagpersonane der det var nødvendig.

Tilretteleggar sin funksjon var å arbeide med enkeltpersonar eller grupper som hadde mål om å endre sin praksis. Det var ikkje krav om at tilretteleggar hadde kompetanse i kognitiv åtferdsterapi, men folkehelsebakgrunn og erfaring frå prosjekt. Tilretteleggar sin funksjon var å identifisere og løyse problem rundt endring av innsats i praksis. Oppfølginga med helsepersonellet var via faste samtalar og omfatta både rådgeving og rettleiing. Fokus i samtalanane var på metode og praktisering av kognitiv åtferdsterapi. Samtalanane var på telefon eller e-post før og under opplæringa, og minst ein gong pr. måned (to gonger den første månaden) i seks månader etter opplæringa. Oppfølgingssamtalar vart òg utprøvd med videokonferanse, med positive tilbakemeldingar. Avslutningsvis evaluerte ein tiltaka av ekstern tilrettelegging og konsekvensar for implementeringa i organisasjonen (Kauth et al, 2010).

Pilotstudien til Kauth et al (2010) om bruk av eksterne fagpersonar for å implementere kognitiv åtferdsterapi i praksis syner at opplæring i metoden åleine er utilstrekkeleg. Effekten

av opplæringsprogram er betydeleg og berekraftig om praksis blir endra med ein intern eller ekstern tilretteleggar for implementering av metoden. Konklusjonane er at framtidig bruk av tilretteleggar bør få større fokus i arbeidssituasjonen. Det er viktig at tilretteleggar kan intervensjonen i kognitiv terapi. I tillegg må både organisasjonen òg tilretteleggar vere aktivt engasjert for at metoden skal nyttast i praksis (Kauth et al, 2010).

Rogers (1995) sin modell set opp fem faktorar som er viktig ved innføringa av nye metodar eller praksis. Metoden må oppfattast å ha fordelar framfor andre metodar, den må vere konsistent med gjeldande praksis, den må vere enkel (dess enklare, dess betre), det må vere ei tidslinje for innføringa (gradvis innføring er best) og metoden må synleggjerast når den er teken i bruk (dess meir, dess betre). Ein organisasjon som er interessert i å formidle bruk av kognitiv terapi vil først undersøke kva som er oppfatta som fordelar ved metoden samanlikna med andre metodar. Deretter må ein undersøke om helsepersonellet har tru på at bruk av terapi vil gi betre og raskare utfall, og om dette er ein fordel for dei (Taylor et al, 2008). Modellen er ikkje testa i forhold til kognitiv åtferdsterapi, men Taylor et al (2008) uttrykkjer at ein slik modell kan lede til formidling av kunnskapsbasert praksis. Ein organisasjon som er interessert i at kognitiv åtferdsterapi blir brukt vil òg undersøke om terapeutane nyttar modellen i sin praksiskvardag. Dette inkluderer òg ei tilrettelegging av organisatorisk art, både med ekstra tid og tilrettelegging på arbeidsplass (Sullivan et al, 2008).

Implementering av kognitiv åtferdsterapi i ein organisasjon omhandlar fleire tiltak. Som ein del av forbetningsarbeid inkluderer implementering av kunnskapsbasert metode ein omarbeiding av organisasjonen si målsetting (Kennedy-Merrick, Haarhoff, Stenhouse, Merrick og Kazantzis, 2008; Fixsen, Blase, Naom og Wallace, 2009). Ein profesjonell har stor grad av fridom og mulegheit til å styre seg sjølv, den profesjonelle må leie seg sjølv og planlegge sin eigen arbeidsdag. Der arbeidet føregår i grupper er samhandling viktig (Irgens, 2007).

2.9 Utviklinga av vidareutdanning i psykiatrisk sjukepleie på 1950- talet og fram til dagens vidareutdanning i kognitiv terapi

I 1951 anbefalte Statens Sykepleieråd oppretting av ei utdanning for psykiatriske sjukepleiarar. Den første utdanninga starta i 1954. Det var ein eittårig spesialskule for psykiatrisk sjukepleiarar på Gaustad sjukehus. Dette var oppstarten på oppbygginga av ei systematisk og fagretta psykiatrisk sjukepleiekompetanse. Fagutviklinga i psykiatrisk behandling, pleie og omsorg fekk ein ny dimensjon då psykofarmaka vart tekne i bruk på slutten av 1950-talet (Robberstad, 2002). Miljøterapien vart òg eit forsterkande ledd i det samla behandlingstilbodet til pasientane.

Vidareutdanning i psykiatrisk sjukepleie kom i gang i 1973. Men forskriftene for offentleg godkjenning av spesialskular for vidareutdanning i psykiatrisk sjukepleie kom først i 1980 (Sosialdepartementet, 1980). Tidlegare hadde spesialskulane i psykiatrisk sjukepleie vore i drift under vilkår for offentlig godkjenning av spesialskular (Sosialdepartementet, 1952; Sosialdepartementet, 1963). Pleie, omsorg, behandling og problemløysing var sentrale område i denne vidareutdanninga. Det er utvikla fleire definisjonar på psykiatrisk sjukepleie. Hummelvoll seier innleiingsvis at ”psykiatrisk sjukepleier er ein planlagt, omsorgsgivande, psykoterapeutisk virksamhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem” (Hummelvoll, Jensen, Dahl og Olsen, 2004). Psykiatrisk sjukepleie føreset spesielle kunnskapar innanfor biologi, psykiatri, psykologi og sosiologi. Det skulle til saman gje grunnlaget for førebygging, behandling og rehabilitering i forhold til menneske med psykisk lidning.

Vidareutdanning i psykiatrisk sjukepleie vart erstatta av vidareutdanning i psykisk helsearbeid i 1998. Rammeplanen for vidareutdanning er tydeleg på at ein skal fremje relasjonskompetanse og evne til samhandling og samarbeid med brukarane. Forståinga av psykisk lidning skal ta utgangspunkt i eit relasjonelt perspektiv. Vidareutdanninga omfattar psykisk helse i eit livsløpsperspektiv, men med hovudfokus retta mot dei vaksne og deira nettverk. Denne tverrfaglege vidareutdanninga har som mål å gje fleire yrkesgrupper innanfor helse- og sosialtenesta kompetanse i psykisk helsearbeid og inspirasjon til auka tverrfagleg samordning og samarbeid. Etter fullført vidareutdanning skal kandidaten blant anna ha kompetanse i å etablere relasjonar med, og gje omsorg til, menneske med psykisk lidning og

deira pårørande, med utgangspunkt i deira ressursar, ynskje og behov. Studenten skal òg ha evne til å systematisere og ha kunnskap om ulike perspektiv på psykisk lidingar og anvende faglege haldningar og handlingar i møte med dei ulike lidingane. Denne vidareutdanninga har som mål å styrke tverrfagleg samarbeid, brukarperspektivet og nettverkstenkinga.

Kunnskapsbasert behandling skal og vektleggast i studiet (Forskningsdepartementet, 2005).

Det vert likevel påpeikt manglar ved vidareutdanningane. Kritikken går blant anna på at det er for lite formidling av kunnskap og forståing når det gjeld psykiske lidingar. Studentane etterlyser blant anna betre dekking av kunnskap om symptom, alvorlege lidingar, medisiner og behandling av psykiske lidingar (Ådnes og Harsvik, 2007).

Kunnskapsbasert praksis fått større fokus i helsevesenet. Kognitiv terapi har synt seg å vere ein viktig kunnskapsbasert metode som bør brukast i behandlingstilbodet til pasientar med psykiske lidingar (Beck, 2007). I Høgskulen i Sogn og Fjordane er vidareutdanning i Kognitiv terapi eit utdanningstilbod for helse og sosialpersonell som arbeider med psykisk lidingar. Forløpet til denne vidareutdanninga går tilbake til 1990-talet. Norsk foreining for kognitiv terapi vart etablert og knytte til seg helsepersonell med kompetanse i kognitiv terapi. Det vart arrangert innføringskurs i kognitiv terapi for tilsette i spesialisthelsetenesta. Dette kurset var organisert slik at førelesarar med kompetanse i kognitiv terapi reiste ut og underviste lokalt. Det var lagt til rette for at fleire i same institusjon kunne få kurs og rettleiing i kognitiv terapi. Etter kvart vart det fleire helsepersonell i kommunehelsetenesta som òg fullførte innføringskurset. I 1999 var eg deltakar på dette innføringskurset.

Etter at eg tok til i Høgskulen i Sogn og Fjordane har eg sidan 2003/2004 samarbeidd med Norsk foreining for kognitiv terapi. I 2004 vart studiet Innføringskurs i kognitiv terapi etablert som eit studium på 10 vekttal. I 2007 vart studiet sitt namn endra til vidareutdanning i Kognitiv Terapi, Trinn I. Vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn 1, 30 studiepoeng, gir studentane mogelegheit til å tilegne seg teoretisk og praktisk kunnskapar i om kognitiv terapi, samt auke ferdigheiter i bruk av kognitive behandlingsmodellar. Studiet inneheld undervisning, praktisk øving på kognitiv åtferdsterapi, rettleiing, kliniske demonstrasjonar og framlegg av studiearbeid. Rettleiinga i studiet føregår i smågrupper og i plenum, og er basert på stor grad av eigenaktivitet. Etter avslutta studium skal kandidaten kunne vurdere eigne kommunikasjonsferdigheiter og si eiga rolle som terapeut, i tillegg til å ha kompetanse og kunne vurdere, planlegge og gjennomføre behandlingsprogram i kognitiv terapi. Det er

forventa at ein brukar evidensbasert kunnskap i kognitiv terapi for å kvalitetssikre tenestetilbodet til pasientar.

Studiet Kognitiv Terapi, Trinn II, 30 studiepoeng, byggjer på Kognitiv Terapi, Trinn I. Denne vidareutdanninga gir ei djupare teoretisk forankring i terapeutiske ferdigheiter. Fokus er òg retta mot å knyte saman dei ulike nivå av dei terapeutiske kompetanseområda som er; generelle terapeutiske ferdigheiter, grunnleggjande ferdigheiter i kognitiv terapi, spesifikke teknikkar i kognitiv terapi, problemspesifikke intervensjonar og metaferdigheiter og etablere ein terapeutisk allianse og tilpasse behandlinga til den enkelte pasients behov.

Dei ulike behandlingsmetodane inneheld ei rekkje spesifikke teknikkar og prosedyrar som den kognitive terapeuten må ha kjennskap til og kunne beherske (HSF, 2010).

2.10 Oppsummering av kapittel 2

Føresetnadane for å praktisere kognitiv åtferdsterapi heng saman med både individuelle og organisatoriske forhold. I gjennomgang av litteratur var det lagt vekt på å presentere aktuell teori som var grunnlaget for utforming av masteroppgåva samt utvikling av spørjeskjemaet. Eit historisk tilbakeblikk frå opphavet til kognitiv terapi fram til dagens bruk av metoden er òg teken med for å vise nokre av dei grunnleggande behandlingselementa i metoden. Ein lærande organisasjon vil bidra til tilrettelegging av eit læringsmiljø ved å legge til rette for eit godt klima for innføring og bruk av forskingsbasert kunnskap. Teori frå læring, leiing, arbeidstilhøve, organisatoriske forhold og rettleiing er sett på som eit samspel av krefter som har betydning for innføring og bruk av kognitiv terapimetode.

Det neste kapittelet handlar om design og metode for dette studiet.

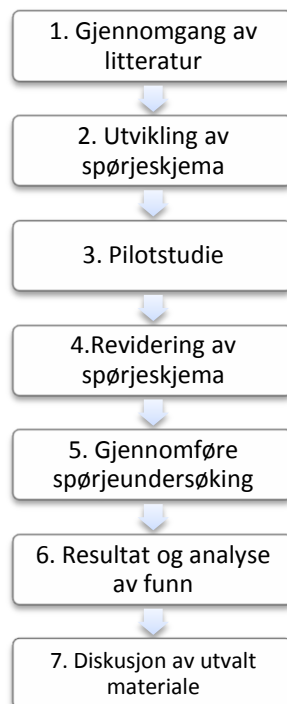
3 DESIGN OG METODE

I dette kapitlet vert design og metode presentert. Det vert først gjort greie for design for denne studien. Deretter vert det gjort greie for val av metode, utvikling av spørjeskjema, datainnsamling og respondentar. Vidare kjem drøfting av validitet og reliabilitet, samt statistiske metodar for analyse. Ethiske vurderingar er avslutninga på kapitlet.

3.1 Design

Denne studien har eit beskrivande design basert på tverrsnittundersøking med bruk av spørjeskjema. Formålet med spørjeskjemaet er å få informasjon om tendensar og variasjon i forhold til korleis helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi. Tverrsnittundersøking blir brukt for å finne samanhengen mellom ein eller fleire variablar (Polit og Beck, 2004). Tverrsnittstudie er ei notidsundersøking som måler respondenten si haldning og meining i dag, men seier ikkje noko om årsaksforhold (Haraldsen, 1999). I denne studien er formålet å få informasjon om tendensar til variasjon i forhold til korleis fagpersonar brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis, kva forhold hjå leiar som påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi hjå fagpersonar og kva betydning rettleiing har for utøving av kognitiv åtferdsterapi.

Figur 1 Ei oversikt over gangen i gjennomføringa av studien



3.2 Val av metode i studien

I psykisk helsearbeid har kognitiv åtferdsterapi blitt ein anerkjent behandlingsmetode for fleire psykiske lidingar. Både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta har det blitt lagt vekt på å bygge opp fagmiljø der helsepersonell har utdanning i kognitiv åtferdsterapi. Utgangspunktet for studien var å få kunnskap på korleis helsepersonell nytta metoden i praksis og kva faktorar som bidrar til at dei nyttar kognitiv åtferdsterapi.

I litteraturgjennomgangen vart merksemda òg knytt til andre forhold som er medverkande for at helsepersonell brukar metoden. Det vart utarbeidd eit eige spørjeskjema for innsamling av data om helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i 2010. Datainnsamlingsinstrumentet er utvikla med utgangspunkt i fleire utvalde studiar som syner ulike påverknadar for helsearbeidar sin bruk av metoden.

Ved bruk av spørjeundersøking kan ein gå breitt ut til mange og få ei mest mogeleg eksakt avspeiling av den kvantitative variasjonen i ein populasjon (Dalland, 2007). Ulempa med kvantitativ datainnsamlingsmetode er at ein ikkje får detaljert kunnskap om synspunkta til respondentane. Ved bruk av spørjeskjema er ein avhengig av at respondentane gjev svar i bestemte kategoriar, men ein får ikkje detaljkunnskap om deira synspunkt slik ein kunne fått om ein hadde gjennomført eit intervju, noko ein ofte nyttar i kvalitativ innsamlingsmetode (Haraldsen, 1999).

3.3 Utvikling av spørjeskjema

I utgangspunktet var det tenkt å bruke eit utvikla validert spørjeskjema med høg validitet som var utprøvd og oversett til norsk. Søka etter spørjeskjema var utført i HaPI (Health and Psychosocial Instrument) og i litteraturen for å få finne eit standardisert datainnsamlingsinstrument for denne spørjeundersøkinga. Helsepersonell innanfor fagfeltet i kognitivt terapi deltok òg i søk etter eigna datainnsamlingsinstrument. Det var ingen spørjeskjema som høvde til designa og problemstillinga. Difor vart det utvikla eit eige spørjeskjema for innsamling av data fordi det då let seg tilpasse for å få svar på forskingsspørsmåla. Det betyr at datainnsamlingsinstrumentet ikkje er reliabilitet- og validitetstesta på førehand.

Ein tilrår sjeldan forskaren å utvikle eit eige instrument, især om forskaren har lite erfaring (Haraldsen 1999; Polit og Beck, 2008). Fagekspertar har difor vore nødvendige bidragsytarar for utarbeiding av spørjeskjemaet.

I dei seinare åra har det blitt meir vanleg i testutvikling å kartlegge fenomena i djupna ved å kontakte fagpersonar med ekspertkompetanse i temaet (Martinussen og Araï, 2010). Ynskjer ein å få idear til spørjeskjema er det òg ein fordel å kontakte personar som ein forventar vil ha problem med å forstå formuleringane, og andre som er godt kvalifiserte til å gje sine svar (Haraldsen, 1999). I denne studien inkluderer dette blant anna ei evaluering av følgjande moment; om instrumentet held tilstrekkeleg i forhold til om rekrutteringsstrategi, vurdering av kvaliteten på instrumentet og potensielle problem som kan påverke resultatet av studiet (Fayers og Machin, 2007; Polit et al, 2008).

Spørsmåla i studiet er laga med utgangspunkt i teori. I denne studien har gjennomgangen av litteratur synt at bruk av kognitiv åtferdsterapi blir praktisert ulikt blant helsearbeidarar. Studiar syner òg at helsearbeidar møter ulike utfordringar i overføring av kunnskap om metoden til praksis (Kennedy-Merrick et al, 2008; Shafran et al, 2009; Steinfeld et al, 2009; Simons et al, 2010).

Grunnlaget for å utarbeide spørsmåla om helsepersonell har rettleiing i min studie, er at klinikarar truleg har høge krav til effektivitet i tillegg til lite tilgang på rettleiing i manualisert terapi (Connor-Smith og Weisz, 2003). Eit opplærings- og oppfølgingsprogram viser at rettleiing har betydning for bruken av kognitiv åtferdsterapi i behandlinga av klientar med depresjon (Simons et al, 2010).

I studien til Kennedy-Merrick et al (2008) er det undersøkt korleis fagpersonar overfører kunnskap om kognitiv åtferdsterapi til klinisk praksis. Føremålet med denne studien var å kartlegge bruk av kognitiv åtferdsterapi etter eit 12 vekers opplæringsprogram. Noko av det som vart spurt om i denne undersøkinga var faktorar som påverkar overføringa av kunnskapen, blant anna tryggleik, endring i teoretisk tilnærming og opplevd opplæring. I artikkelen til Kennedy-Merrick et al. (2008) er det skriva at det vart ikkje kartlagt om desse personane hadde rettleiing i forhold til utøving av kognitiv åtferdsterapi. Dette meiner forfattarane er av interesse å kartlegge i ein ny studie.

Tabell 1

Tabell 1 Inndeling av kategoriar i spørjeskjemaet

Fagpersonar sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis og organisatorisk forhold som påverkar bruk av metoden	Leiar sin påverknad for bruk av åtferdskognitiv terapi	Rettleiinga si betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis
Variablar:	Variablar:	Variablar:
Type kognitiv åtferdsterapi som blir praktisert til pasientar med depresjon og angstlidingar	Støtte for bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis	Regelmessig rettleiing
Meistringsoppleving i utøving av kognitiv åtferdsterapi	Støtte for sjølvstendig vurdering for bruk av kognitiv terapi	Grupperettleiing
Type kognitiv modell som var brukt i 2010.	Kompetanseheving i kognitiv åtferdsterapi	Individuell rettleiing
Behandlingsansvar for pasienten	Tilrettelegging for bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis	Fagleg tryggleik i kognitiv åtferdsterapi
Oversikt over eigen tidsplan i praksis	Utdanning i kognitiv terapi	Styrking av terapeutisk funksjon
Kollegial støtte for utøving av kognitiv åtferdsterapi		Inspirasjon til fordjuping i kognitiv åtferdsterapi
Brukt fritid til å skaffe meir kunnskap om kognitiv åtferdsterapi		

Tabell 1 gir ei oversikt over korleis spørjeskjemaet vart inndelt i kategoriar. Fagekspertar i kognitiv åtferdsterapi vart oppmoda om å sjå på tolkingsproblem i forhold til spørsmål og

utvalskriterium. I samtalene med fagekspertar var det sentralt å få tilbakemelding på om spørsmåla og svara var tydelege og lette å forstå, og om det var samsvar mellom det som var ynskjeleg å måle og det som faktisk var ynskt å måle. Andre råd som er følgt i denne prosessen er omformulering av enkelte spørsmål og endra type svarkategoriar. Dette for å få tydeleg fram svar på spørsmål som tek utgangspunkt i haldning. I tillegg har fagekspertar bidrege til fagleg spissformulering av enkelte spørsmål. Tal spørsmål i spørjeskjemaet vart òg redusert.

Spørsmåla som er brukt i spørjeskjemaet er enkeltspørsmål, samansette spørsmål og samansette spørjesekvensar med matrisespørsmål (Martinussen et al, 2010). Det er tre samansette haldningsspørsmål i spørjeskjemaet (vedlegg 1). Desse spørsmåla blir stilt i påstandform. Det er brukt Likertskala som er ein måleskala som vert nytta ved utsegn for å måle haldningar. Likertformatet er mest kjent for ei gradert vurdering av påstandar med 3 til 7 svarkategoriar (Haraldsen, 1999). I spørjeskjemaet er det nytta vurderingssørsmål med påstandar for å måle haldningar til desse hovudkategoriane. Kvart av desse spørsmåla inneheld fleire påstandar respondenten skal krysse av for om han er ueinig, ganske ueinig, verken ueinig eller einig eller heilt einig i (Haraldsen, 1999).

I Likertskalaen i spørjeskjemaet er det lagt inn fem ulike svaralternativ. Desse er frå heilt ueinig, ganske ueinig, verken einig eller ueinig, ganske einig og til heilt einig. Dei andre svarkategoriane er i svært stor grad, i høg grad, i middels grad, i liten grad og i ingen grad. Desse svaralternativa opnar for at respondenten har nøytrale svaralternativ, verken einig eller einig og i middels grad (Haraldsen, 1999).

Dei samansette haldningsspørsmåla i dette spørjeskjemaet handlar om organisatoriske forhold, leiar sin påverknad for bruk av kognitiv åtferdsterapi og om rettleiinga har betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi. I tillegg var det to spørsmål med dikotomi variabel med ja/nei svaralternativ om rettleiing i praksis. I arbeidet med å utvikle spørjeskjema må ein vurdere betydninga av ord og uttrykk i spørsmåla, kva opplysningar og kva målestokk som skal brukast når ein gir svaret (Haraldsen, 1999). Spørjeskjemaet inneheld òg spørsmål som gir bakgrunnsopplysningar om informantane. Dei demografiske variablane omhandlar statistiske opplysningar som alder, kjønn, stilling, utdanning, arbeidsplass og næraste regionale helseføretak.

Oppsettet i spørjeskjema bør følge ei logisk rekkjefølgje og bør opne med lette, nøytrale og ufarlege spørsmål (Ringdal, 2007). Dei demografiske spørsmåla var dei innleiande spørsmåla i dette spørjeskjemaet. Som avslutning på spørjeskjemaet var det eit ope spørsmål som opna for tilbakemelding på sjølve spørjeundersøkinga.

I utarbeiding av spørjeskjemaet har den største utfordringa vore vurderinga av korleis spørsmåla og svaralternativa skulle kartlegge forskingssørsmåla. Skal ei spørjeskjemaundersøking bli vellukka må utforminga av spørjeskjema, val av utval og innsamlingsteknikk spele på lag og følgje einannan (Haraldsen, 1999). Utviklinga av dette datainnsamlingsinstrumentet inneheldt desse hovudområda; skaffe oversikt over kva som var gjort av tidlegare forskning og definisjon av kategoriar, formulering av testledd og responsskala samt ekspertvurdering av testledd (Haraldsen, 1999; Ringdal, 2007; Martinussen et al, 2010).

3.4 Pilotstudie

Før gjennomføringa av spørjeundersøkinga vart det utført ein pilotstudie (vedlegg 6). I pilotstudien, som vart gjennomført før den ordinære spørjeundersøkinga tok til, var målet å kartlegge korleis sjølve spørjeskjemaet fungerte. Ein pilotstudie kan gje bidrag til viktige justeringar i spørjeskjemaet. Pilotstudiar kan brukast til å identifisere fråfallsproblem og problem med spørsmåla (Haraldsen, 1999).

I denne pilotstudien deltok det åtte respondentar. Fem av respondentane var helsepersonell som hadde praktisert kognitiv åtferdsterapi i meir enn sju år. Dei andre tre hadde ulik fagbakgrunn med kompetanse på eller over masternivå samt erfaring med undervisning. Vurderinga ved val av respondentar var at kombinasjonen av respondentane kunne gje ulike tilbakemeldingar på innhald og oppsettet i spørjeskjemaet.

I pilotstudien var det bedd om tilbakemelding på om spørsmåla og svara var tydelege og lette å forstå, om det var samsvar mellom spørsmål og svar, om det var ein eller fleire delar av spørjeskjemaet som fungerte mindre godt, om det var problem med utfylling av skjemaet, om respondentane si vurdering av dei ulike svaralternativa og kor lang tid dei brukte på å fylle ut spørjeskjemaet. Det var òg sett av eit punkt til forslag til tilleggsopplysningar eller forslag til endring av spørsmål og svaralternativ.

3.5 Revidering av spørjeskjemaet etter pilotstudie

Tilbakemeldinga var at layouten var oversiktleg og at spørsmåla med svaralternativ var lette å forstå. Ingen ga merknad til om det var manglande samanheng mellom spørsmål og svar.

Eit av spørsmåla i spørjeskjemaet var i kva fylke helsearbeidar hadde sin arbeidsplass. Den fylkesvise inndelinga i forhold til arbeidsplass vart føreslått omgjort til næraste regionale helseføretak. Grunngevinga for dette var at ei at inndeling etter dei regionale helseføretaka er eit større geografisk område som kan gje den fordelten at respondentane kjenner større tryggleik på anonymitet i spørjeundersøkinga.

Frå to av respondentane med bakgrunn i kognitiv terapi vart spørsmål om miljøterapeutane sin funksjon påpeika som mangelfull i spørjeskjemaet (vedlegg 1). To av klinikarane som arbeidde med kognitiv åtferdsterapi var klar på at dei brukte kognitiv åtferdsterapi som eit supplement til andre tiltak i sin praksis. Denne tilbakemeldinga førte til eit nytt spørsmål om kva type kognitiv åtferdsterapi som vanlegvis blir tilbydd klientar med depresjon og angstlidningar. Ut frå dette vart det laga eit spørsmål som tek utgangspunkt i korleis ein brukar kognitiv åtferdsterapi åleine eller i kombinasjon med andre terapiar.

3.6 Gjennomføring av spørjeundersøking

3.6.1 Tilgang til forskingsfeltet og tidsrom for undersøkinga

Det vart søkt om formell godkjenning om tilgang til e-postadresser til kandidatar som har fullført vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn 1, frå 2007 til 2010 ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (vedlegg 4). I førekant av søknaden vart dekan ved Avdeling for helsefag munnleg orientert om studien sitt innhald. Studien vart meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S i februar 2011 og kvittering låg føre 8. mars 2011. Spørjeundersøkinga føregjekk frå midten av mars 2011 til april 2011.

Spørjeskjemaet vart sendt til respondentane sine e-postadresser. Informasjon om føremålet med studien og forskingsspørsmål vart sendt saman med spørjeskjemaet (vedlegg 1). I den skriftlege invitasjonen vart helsepersonell informert om føremålet med studien, inkludert forskingsspørsmål. Det vart òg informert om at respondenten var sikra anonymitet ved at svara på spørjeskjemaet vart koda i Questback.

I e-posten følgde det med ein avmeldingslink for dei som ikkje ynskte å delta i spørjeundersøkinga.

QuestBack (QuestBack, 2011) er eit webbaserte onlineprogram som har vore brukt i denne spørjeundersøkinga. Dette spørjeskjemaet er laga slik at respondenten har skjult identitet. Ein annan funksjon i QuestBack er at systemet automatisk registrerer og sender ut påminning om spørjeundersøkinga til respondentar som ikkje svarar på invitasjonen om å delta.

Tidsintervallar for puring er ei vurdering som vart gjort fortløpande etter respons på undersøkinga.

For kvar spørsmål er det lagt inn sirkel for avmerking av svaralternativa. Denne måten for avmerking var konsekvent i heile spørjeskjemaet (vedlegg 1). For å skape interesse for utfylling av skjemaet var det korte instruksjonar framfor kvart spørsmål. På to av spørsmåla er det lagt inn "routing". Det vil seie at når respondenten svarar "eg brukar ikkje kognitiv åtferdsterapi i min jobb" så er dette svaralternativet kopla til neste relevante spørsmål som her er avslutningssida med følgjande informasjon "takk for at du deltok i spørjeundersøkinga". Spørsmåla i studien er relatert til respondentane som brukar kognitiv åtferdsterapi.

Eit anna spørsmål som inneheldt routing var "eg mottek rettleiing i min arbeidssituasjon" der dei som svarte "ja" automatisk vart ført vidare til spørsmål 24. Spørsmål 24 handlar om påstandar om rettleiinga i praksis (vedlegg 1).

For å få svar på alle spørsmåla vart funksjonen "obligatorisk svar" lagt inn på 25 av dei 27 spørsmåla. "Når avslutta du vidareutdanning i kognitiv terapi, Trinn I" og siste spørsmålet om "kommentarar til undersøkinga du nettopp har svart på" var utan obligatoriske svar. I dette skjemaet er det lagt inn fleire sideskift slik at kvar side har eit til fire spørsmål, dette for å gje oversikt og luft.

Ved elektronisk utsending av spørjeskjema kan det vere utfordrande å få tilstrekkeleg tal svar. Det vart sendt påminning om spørjeundersøkinga etter 16, 19, 22 og 24 dagar. I eit elektronisk sjølvutfyllingsskjema er design viktig. Presentasjonsforma kan påverke respondenten sitt svar i spørsmålssituasjonen (Haraldsen, 1999). I sjølvutfyllingsskjema må ein ta omsyn til effekten av rekkefølgja i spørsmåla, som kan påverke respondenten sin motivasjon for å svare på skjemaet. Spørsmåla som er stilte tidlegare kan påverke svara som kjem seinare (Haraldsen, 1999; Ringdal, 2007). I Questback (QuestBack, 2011) sitt dataprogram ligg det malar for

utforming av skrift, størrelse og fargeval på skjemaet. I spørjeskjemaet var det nytta lyse tonar i fargeval og skrifttype Times New Roman.

3.6.2 Populasjonen i denne studien

Populasjonen er alle dei 257 som har fullført vidareutdanning i Kognitiv Terapi, Trinn I, frå 2007 til 2010, og som brukar kognitiv åtferdsterapi. Heile populasjonen, totalt 211 kvinner (82%) og 45 (18%) menn var inviterte til å delta i spørjeundersøkinga. Det er denne gruppa det er ynskjeleg å seie noko om for å få fram kjenneteikn ved populasjonen. Vidareutdanninga i kognitiv terapi starta opp 2004, men dei som tok utdanninga frå 2004 til 2006 var ikkje inviterte til å delta i denne studien.

3.6.3 Inklusjonskriterium

Inklusjonskriterium i denne studien er helsepersonell som har fullført vidareutdanning i Kognitiv Terapi, Trinn 1, frå 2007 til 2010.

3.7 Validitet og reliabilitet i denne studien

Validitet og reliabilitet er eigenskapar som kan nyttast til å vurdere kvaliteten til studien.

Validitet går på å kartlegge om ein måler det ein ynskjer å måle (Haraldsen, 1999). Eit av forskingsspørsmåla i studien var kva betyding rettleiing har for utøving av kognitiv åtferdsterapi. Høg grad av validitet vil då innebere at spørsmålet i spørjeskjemaet bidrar til å kartlegge forskingsspørsmålet. Det er verdt å merke seg at validitet ikkje blir bestemt ut frå eintydige reglar, men på grunnlag av vage standardar innanfor eit temaområde (Lund og Haugen, 2006).

Reliabilitet, eller truverde, seier noko om kor godt eller nøyaktig ein måler det ein ynskjer å måle (Haraldsen, 1999). I denne studien handlar dette om tal respondentane er stort nok, om dette speglar populasjonen i tilstrekkeleg grad i høve til det heile populasjonen ville ha svart.

I denne studien er eit utdrag av Cook og Campell (Lund og Haugen, 2006) sitt validitetssystem nytta som bakgrunn for å drøfte om studien sitt design har dei nødvendige føresetnadane for å trekke gyldige slutningar. Systemet til Cook og Campell har fire ulike

validitetstypar eller slutningar som er relevante i ei spørjeskjemaundersøking. Desse er statistisk validitet, intern validitet, omgrepsvaliditet og ytre validitet (Lund, 1996).

For kvar av validitetstypane er det utvikla moglege feilkjelder. Desse feilkjeldene blir kalla truslar fordi dei kan svekke slutninga eller true validiteten (Lund et al, 2006). I følgje Lund og Haugen (2006) må forskaren ut frå studien sitt føremål prioritere kva validitetstype som skal vektleggast. I denne studien er statistisk validitet og ytre validitet vektlagt i høg grad. I tillegg er Face validity brukt for å sjå om spørjeskjemaet ser ut til å innehalde det som det er meint å måle. Face validity refererer ikkje til kva spørjeskjemaet faktisk måler, men kva det overflatisk ser ut til å måle. Omgrepsvaliditet er tatt med under innhaldsvaliditet.

Statistisk validitet gjeld sikring av ei statistisk slutning. At studien er statistisk valid betyr at det må påvisast eit empirisk forhold mellom avhengig variabel (bruk av kognitiv åferdsterapi) og uavhengig variabel (organisatoriske forhold, leiar sin påverknad og rettleiing i praksis) som er statistisk signifikant i ein viss størrelse (Lund, 1996; Polit og Beck, 2008).

Statistisk signifikans beskriv kor sannsynleg resultatet er. Signifikansnivået gjev ein peikepinn på at noko sannsynleg ikkje er tilfeldig (Haraldsen, 1999). Utrekning av signifikansnivå er vesentleg for å kvalitetssikre ein statistisk analyse (Polit et al, 2008). I denne studien er det valt statistisk signifikansnivå på 5%. Ved eit strammare signifikansnivå kan studien sin styrke bli redusert (Polit et al, 2008).

For å testa om det er nokon samanheng mellom dei ulike variablane i krysstabellen er det nytta frekvensanalyse, krysstabell med Pearsons chi-kvadrattest.

Innhaldsvaliditet seier noko om målemetoden (spørsmåla) i spørjeskjemaet dekker alt, eller berre delar av det omgrepet ein ynskjer å måle. Innhaldsvaliditet er difor lettare å måle om det som skal målast er nøyaktig definert (Polit et al, 2008).

Eit eksempel frå spørjeskjemaet er omgrepet arbeidsforhold. Her er det stilt ei rekke underspørsmål som delvis er henta frå andre studiar og litteraturgjennomgang som skal dekke ulike aspekt ved omgrepet arbeidsforhold. Dersom desse dekker omgrepet arbeidsforhold godt er det karakterisert ved at det har høg innhaldsvaliditet.

I førekant av spørjeundersøkinga vart det utført ei pilottesting. Ei pilottesting og bruk av fagekspertar er viktig for å kvalitetsvurdere studien, det vil seie å sikre at spørjeundersøkinga gjev svar på det som den er meint å måle.

For at ein skal kunne samanlikne respondentane sine svar på spørsmåla, så må dei ulike personane ha tolka spørsmåla på same vis (Haraldsen, 1999; Polit et al, 2004). Eit strukturert datainnsamlingsinstrument gjer det mogeleg å hente inn informasjon frå ein stor gruppe menneske. Eit sentralt kvalitetsmål er at svara (respondentane) svarar på dei same spørsmåla som stilt på same måte til alle i lik rekkefølge. Denne standardiseringa av heile datainnsamlinga er grunnleggande for at svara skal kunne uttrykkast i talkodar som vert definert etter faste svarkategoriar (Dalland, 2007). Dette kriteriet er teke vare på i denne studien.

Face validity er eit ledd i å sikra innhaldsvaliditet. *Face validity* går ut på ei subjektiv og grovkorna vurdering om spørjeskjemaet måler det ein ynskjer å måle, det vil seie ei grovsortering av om spørsmåla og omgrepa er dekkande. For å gjere denne grovsorteringa må ein bruke ei ekspertgruppe eller røynde fagfolk på området. Helst bør ein bruke ekspertgruppa før ein pilotstudie. *Face validity* inneber å sjekke om elementa i eit instrument viser at dei tiltenkte emna er klare og tydelege (Fayers et al, 2007).

Fagekspertane si vurdering er i denne studien utført i førekant av sjølv spørjeundersøkinga og pilotstudien. Fagekspertar med ulik profesjonsbakgrunn har vurdert dei ulike delane i instrumentet. Desse ekspertane var ein professor i psykiatri, ein med Ph.d.grad i psykologi og to psykiatriske sjukepleiarar med fagkompetanse og røynsle med bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Face validity vart brukt for å vurdere om enkeltelement er rett for oppbygginga av instrumentet, og om innhaldet har meining og relevans i forhold til forskingsspørsmåla. Valideringa inneheldt ein kritisk gjennomgang etter at instrumentet var konstruert med grunngeving for utviklinga av instrumentet (Fayers og Machin, 2000). Innhaldsvurderinga var ei fagleg vurdering om kor godt undersøkinga dekkja problemstillinga den var meint å belyse, det vil seie ei subjektiv ekspertvurdering. Eit sentralt moment var om måleinstrumentet såg valid ut for dei som skulle gjennomføre spørjeundersøkinga.

Føremålet med vurderinga var å få testa spørsmåla og svara som var utarbeidde i forhold til problemformulering og forskingsspørsmål (Haraldsen, 1999; Polit et al, 2004). Val av ekspertpersonar var gjort på grunnlag på følgjande grunnlag. Dette er ein studie som krev statistisk analyse og difor var det valt ein med kompetanse i statistisk analyse. To av fagpersonane har forskingserfaring psykiatri og erfaring med bruk av kognitiv åtferdsterapi. Dei to andre fagekspertane har kompetanse og erfaring med bruk av kognitiv åtferdsterapi. Tilbakemeldingane frå ekspertpersonane førte til endringar og tydelegare spesifiseringar av nokre av spørsmåla og utvalskriterium.

I denne studien inkluderer dette blant anna ei evaluering av om instrumentet held tilstrekkeleg i forhold til rekrutteringsstrategi, vurdering av kvaliteten på instrumentet og potensielle problem som kan påverke resultatet av studien (Fayers et al, 2007; Polit et al, 2008).

Ekstern validitet i studien er om resultatane frå studien kan generaliserast over til aktuelle personar eller situasjonar. Talet på respondentar har betydning for styrken i studien, men òg for kor representative respondentane er (Haraldsen, 1999; Polit, 2010).

Graden av representivitet avheng av kor tilfeldig respondentane er. I eit tilfeldig utval kan ein ved hjelp av sannsynsrekning finne ut kor stor uvissa er. Desse utrekningane kan ein ikkje gjere dersom utvalet ikkje er tilfeldig trekt frå populasjonen. Respondentane i denne studien er ikkje tilfeldige, fordi dei som ikkje er med blant respondentane er dei som ikkje har svart på spørjeskjemaet. Det er truleg ikkje tilfeldig kven som vel å svare og kven som vel ikkje svare. Ein kan tenkje seg at ein mindre del av dei som nyttar kognitiv åtferdsterapi i liten grad eller ikkje i det heile, er større blant dei som ikkje svarar enn blant dei som har svart. Dette vil i så fall påverke resultatet av respondentane. Er det ein høg representivitet, så har ein høg ekstern validitet.

Eit anna moment er om ein kan vere sikker på at den uavhengige variabelen er den uavhengige variabelen. Årsaksvariabelen kan gå to vegar. Eit eksempel frå denne studien kan illustrere dette på denne måten; det helsepersonellet som var mest med nøgd med tilrettelegginga frå leiar har brukt kognitiv åtferdsterapi i stor grad. Men det kan òg vere omvendt, slik at dei som har bestemt seg for å bruke kognitiv åtferdsterapi i stor grad kan oppleve at dei får meir oppfølging frå leiar, nettopp fordi dei brukar metoden og difor brukar dei metoden i større grad. Då vil årsaksvariabelen vere motsatt. Det som er vesentleg er at statistikken ikkje kan prove årsaksfelte, men kan sannsynleggjere dei. I denne studien er den

avhengige variabelen bruk av kognitiv terapi og uavhengig variabel organisatoriske forhold, leiar sin påverknad og rettleiing i praksis.

Reliabilitet beskriv to forhold ved spørjeundersøkinga for å få høg reliabilitet. Det første er om det er gitt ein god beskriving av undersøkinga, jf. kapittel 3.3. om utvikling av spørjeskjema, kapittel 3.3.1. utsending av spørjeskjema og kapittel 4 resultat av spørjeundersøkinga. Det andre er svarprosent, det at informantane er representative for heile populasjonen. Stor svarprosent gir små usikkerheitsmarginar (Haraldsen, 1999).

3.8 Feilkjelder

Feilkjelder i spørjeskjemaundersøkingar kan delast inn i tre hovudtypar, målefeil, utvalsfeil og prosessfeil (Haraldsen, 1999).

Målefeil kan skuldast anten feilregistreringar/ feilpunching eller at spørsmåla ikkje måler det dei var tenkt å måle (validitetsproblem). Ved registrering av e-postadresser i Questback vart fem namn dublert. Dette skuldast at det ikkje var sett ”stopp” ved eit svar frå kvar e-postadresse. Dubleringa vart oppdaga etter at respondentar som alt hadde svart ga tilbakemelding om at dei hadde fått purring.

Kjelder til målefeil er når ein person svarar systematisk uærlig og framstiller seg meir positivt enn det som er sant. Dette representerar ei kjelde til feilvarians som ikkje svekker reliabiliteten, men den kan forringe nytte og validiteten av testinnhaldet (Martinussen et al, 2010). I elektroniske skjema er punchefeil under registrering av svaralternativ ein risiko for feilkjelde. Slike tilfeldige feilskårar reduserer konsistensen i testkårar og bidrar som øydeleggande kjelde (Martinussen et al, 2010).

Utvalsfeil er at ein spør eit utval, i denne studien respondentane, og ikkje ein populasjon.

Prosessfeil kan vere ikkje-responsfeil/fråfall. Dette er feil som skuldast fråfall i spørjeundersøkinga og som dermed kan føre til at informantane ikkje er representative for populasjonen (Haraldsen, 1999).

3.9 Analyse av data

Dataanalysen vart utført i Predictive Analytics Software, PASW, versjon 18.

Signifikansnivået er sett til <0.05 . I dei statistiske testane er det utført frekvensanalyse og krysstabellanalyse.

Det er gjennomført krysstabell og Pearsons chi-kvadrattest på nokre av variablane for å avdekke om det er nokon samanheng mellom dei. Dersom Pearsons chi-kvadrattest er signifikant så inneber det at det er ein signifikant skilnad på alle verdiane på dei to variablane. I dei tilfella testen ikkje var signifikant er det sett nærare på om det likevel var skilnader på nokre av variabelverdiane. Dersom skilnaden var større enn 7-8% poeng, så er det tolka som signifikante skilnader (Jacobsen, 2005).

Når det er få respondentar blir Pearsons chi-kvadrattest følsam for skilnad (Pallant, 2010). For å svare på dei tre forskingsspørsmåla har eg nytta spørsmåla der helsepersonell vart bedt om å ta stilling til ulike påstandar om leiar som kunne ha innverknad på praktisering av kognitiv åtferdsterapi (spørsmål 19 med sju delspørsmål), påstandar om arbeidssituasjonen (spørsmål 21 med sju delspørsmål) og om rettleiing i praksis (spørsmål 24 med ni delspørsmål). Alle spørsmåla var i likskap med andre spørsmål i spørjeskjemaet inndelt etter Likertskala; helt ueinig, ganske ueinig, verken einig eller ueinig, ganske einig og helt einig.

Ved gjennomføring av analysar basert på underspørsmåla gav statistisk testing med Pearsons chi-kvadrattest få signifikante svar. Dette skuldast truleg at det er for få respondentar innanfor dei einskilte variabelverdiane. Analyser viste at det var ein stor grad av korrelasjon mellom dei einskilte underspørsmåla knytt høvesvis til spørsmål 19, 21 og 24. Difor vart det valt å gruppere saman dei einskilte underspørsmåla under kvar av dei tre hovudspørsmåla 19, 21 og 24. Dermed fekk eg fleire respondentar innanfor kvar av dei grupperte variabelverdiane. Det vil seie at dersom respondenten har gitt høgt svar på det eine delspørsmålet så er det òg høgst sannsynleg at respondenten har gitt høgt svar på dei andre delspørsmåla. Eit eksempel frå spørsmål 19 er at dersom leiar har gitt god støtte for bruk av kognitiv åtferdsterapi, så er det òg sannsynleg at leiar tek vare på talent for kognitiv åtferdsterapi og oppmuntrar til ytterlegare kompetanseheving i metoden. Resultata i spørsmåla 19, 21 og 24 syner så høg samvariasjon mellom dei ulike delspørsmåla at det lønte seg å gruppere dei saman for å få signifikante (utslagskraftige) svar. Det same gjeld helsepersonellet sin arbeidssituasjon

(spørsmål 21) og rettleiinga i praksis (spørsmål 24), sett i forhold til bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Alle svaralternativa fekk score frå 1 til 5, der 1 var heilt ueinig, 2 var ganske ueinig, 3 var verken einig eller ueinig, 4 var ganske einig og 5 heilt einig. Denne scoren var gitt til alle delspørsmåla i spørsmål 19. Deretter vart det etablert ein ny variabel der det vart summert saman ein respondent sin score på alle dei 7 delspørsmåla. Eit døme er at ein respondent som svarte heilt ueinig fekk score 7. Den enkelte respondent sine svar i det aktuelle spørsmålet er summert saman etter ein skala frå 7 til 35, der 0-7 er heilt ueinig, 8-15 ganske ueinig, 16-22 verken ueinig eller einig, 23-28 ganske einig og 29-35 er heilt einig. Ny skala er inndelt i 0-10 heilt ueinig, 1-17 ganske ueinig, 18-24 verken einig eller ueinig, 25-31 ganske einig og over 32 heilt einig. Formålet med ei slik inndeling er at det skal vere lik størrelse på 1 til 5 for å tilpasse skalaen.

Spørsmål 24 har inndeling etter same prinsipp, men med fleire kategoriar. Summen her blir større på grunn av fleire delvariablar, totalt 9. Inndelinga er 0-13 heilt ueinig, 14-22, ganske einig, 23-31 verken einig eller ueinig, 32-40 ganske einig og 41 heilt einig.

3.10 Etikk

Før gjennomføring av studien vart prosjektet meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (vedlegg 3). Søknad om tilgang til utvalet, informasjon om studien og spørjeskjemaet vart sendt til dekan ved Avdeling for helsefag, Høgskulen i Sogn og Fjordane i februar 2011(vedlegg 4). På førehand var det gjeve munnleg lovnad om tilgang til e-post adressene til utvalet. Godkjenning frå Høgskulen i Sogn og Fjordane vart motteken i mars 2011(vedlegg 5). Informasjon og førespurnad om å delta i undersøkinga vart sendt samtidig med spørjeskjemaet til den enkelte respondent sin e-post adresse.

Anonymitet til helsepersonell sine svar på spørjeundersøkinga vart ivareteke ved at svara vart koda i dataprogrammet Questback. Det er nokre få av respondentane som har bakgrunn frå psykisk helsearbeid/psykisk helsevern og har høgare universitetsgrad. Av omsyn til at dei er få og kan gjenkjennast, så er dei presenterte med anna yrkesbakgrunn.

4 RESULTAT

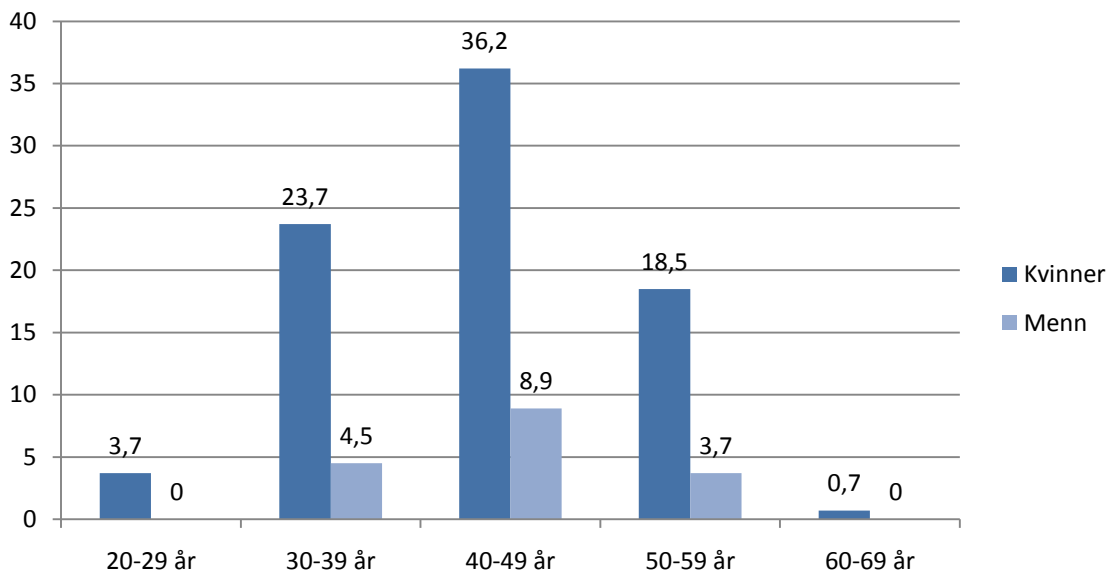
Dette kapittelet inneheld ei beskriving av studien sine funn. Totalt svarte 135 respondentar på spørjeskjemaet. Dette utgjør ein andel på 52,5% av den totale studiepopulasjonen som var 257. Av dei som svarte var det 112 (83%) kvinner og 23 (17%) menn. Det betyr at det er ein prosentpoeng skilnad mellom studiepopulasjonen (82% kvinner og 18% menn) og respondentane.

Etter første utsending var det 47 (18,3%) som svarte på spørjeundersøkinga og 18 (7 %) som nytta avmeldingslink. Etter andre puring var svarprosenten 21,3%, svarprosenten etter tredje puring var 39% og etter siste puring 52,5%.

4.1 Kven har svart på denne studien

I denne studien er det er ei klar overvekt av kvinner blant respondentane.

Figur 2 Alder og kjønnsfordeling

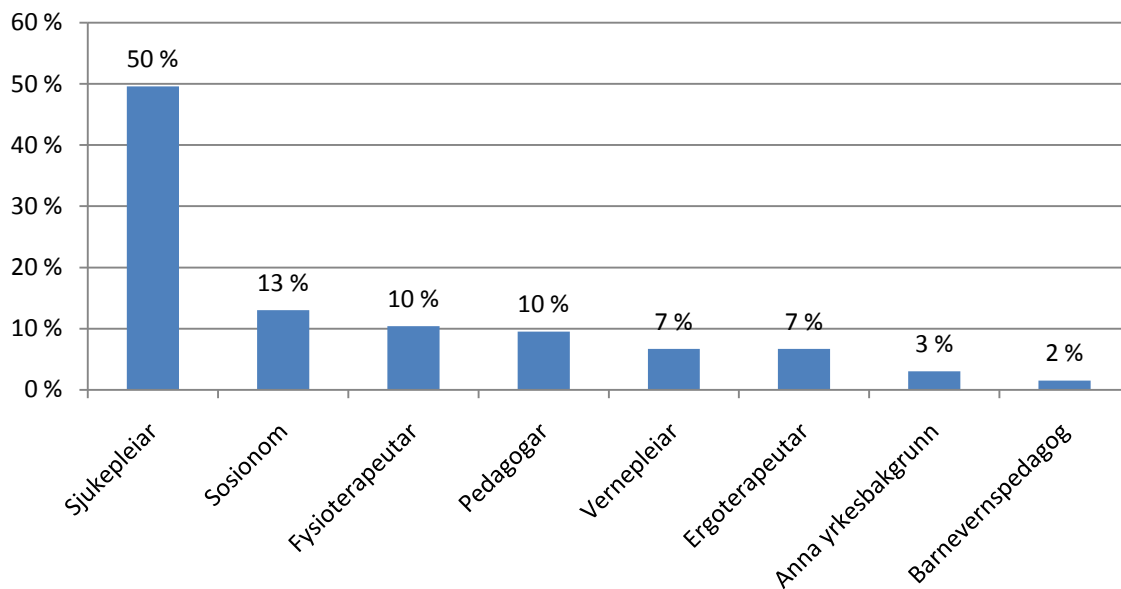


Figuren syner at det var flest helsepersonell i aldersgruppa 40-49 år, omlag 45 % var i denne aldersgruppa.

Profesjonar til helsepersonellet

Halvparten av dei som svarte på spørjeskjemaet var sjukepleiarar. Dette var den største gruppa av respondentane. Sosionomar, fysioterapeutar og pedagogar representerer tilsaman 33 % av helsepersonellet som har svart på spørjeskjemaet.

Figur 3 Profesjonar til helsepersonell som har svart på spørjeskjemaet



Helsepersonell som er sett opp med anna yrkesbakgrunn har høgare universitetsgrad, men har ikkje bakgrunn i profesjonar som er nemnd i figuren (n=135).

Helsepersonell sin arbeidsstad fordelt etter regionale helseføretak

I denne studien er helsepersonellet sin arbeidsplassar inndelt geografisk etter grensene til dei regionale helseføretaka. Det er forskjell på størrelsen på tal helsepersonell i dei ulike helseføretaka. Helse Nord er representert med 9 personar som er 7% av respondentane. Helse Sør-Øst er representert med 86 personar som tilsvarar 64% av respondentane og Helse Vest 30 personar som er 22% av respondentane. Frå Helse Midt-Norge er det totalt 10 personar som er 7% av respondentane. Desse resultatane reflekterer ulikskapar i opptaksområde og tal tilsette i helseføretaka.

Helsepersonell sin bruk av kognitiv atferdsterapi i praksis

I denne delen av kapitlet er resultatene om helsepersonell sin bruk av kognitiv atferdsterapi i 2010 presentert. Resultatene i dette kapitlet blir presenterte etter oppsettet av forskningsspørsmålene som er: I kva grad praktiserer helsepersonell kognitiv atferdsterapi etter fullført vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn 1? Forskingsspørsmålene er: 1) Kva forhold i arbeidssituasjonen påverkar helsepersonell sin bruk av kognitiv atferdsterapi? 2) Kva forhold hjå leiar påverkar bruk av kognitiv atferdsterapi? 3) Kva betydning har rettleiing for utøving av kognitiv atferdsterapi?

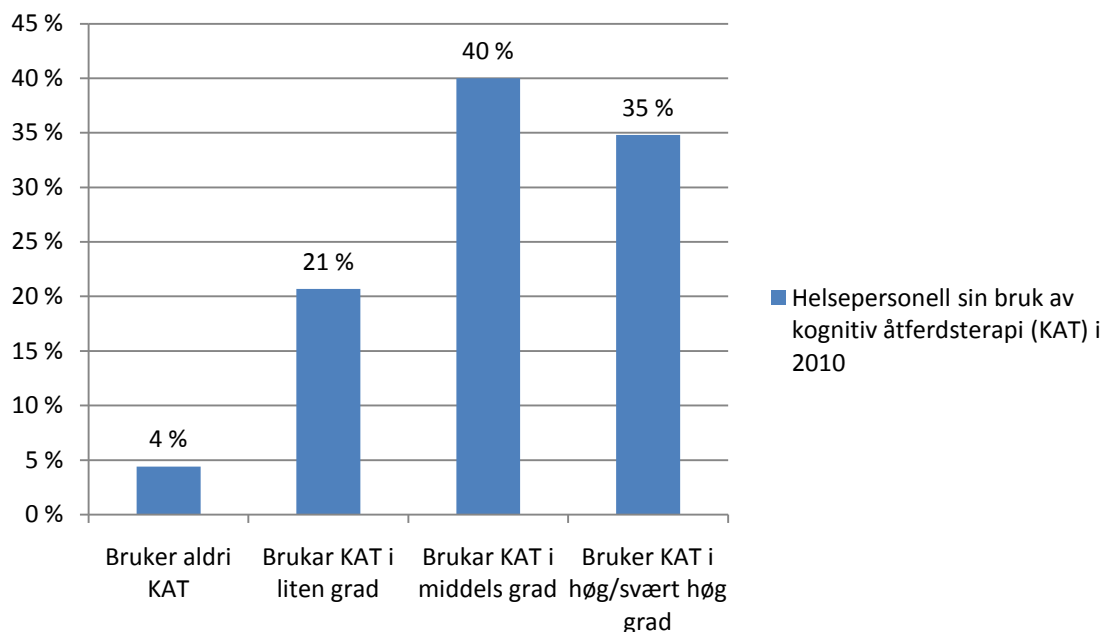
Tal pasientar helsepersonellet behandla i 2010

I 2010 har helsepersonellet (n=135) behandla 216 personar med kognitiv atferdsterapi, 107 kvinner og 109 menn. For seks av dei 257 helsepersonane var ikkje metoden aktuell i arbeidssituasjonen i 2010.

I kor stor grad brukte helsepersonellet kognitiv atferdsterapi

Det innleiande spørsmålet til bruk av kognitiv atferdsterapi var i kor stor grad helsepersonellet brukte metoden (n=129). I spørjeskjemaet var det muleg å krysse av for fem alternativ. Bruk av kognitiv atferdsterapi var i spørjeskjemaet inndelt i svært stor grad, i høg grad, i middels grad og i liten grad. I figur 4 er i svært stor grad og i høg grad slått saman til ein kategori.

Figur 4 Helsepersonell sin grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi (n=135).



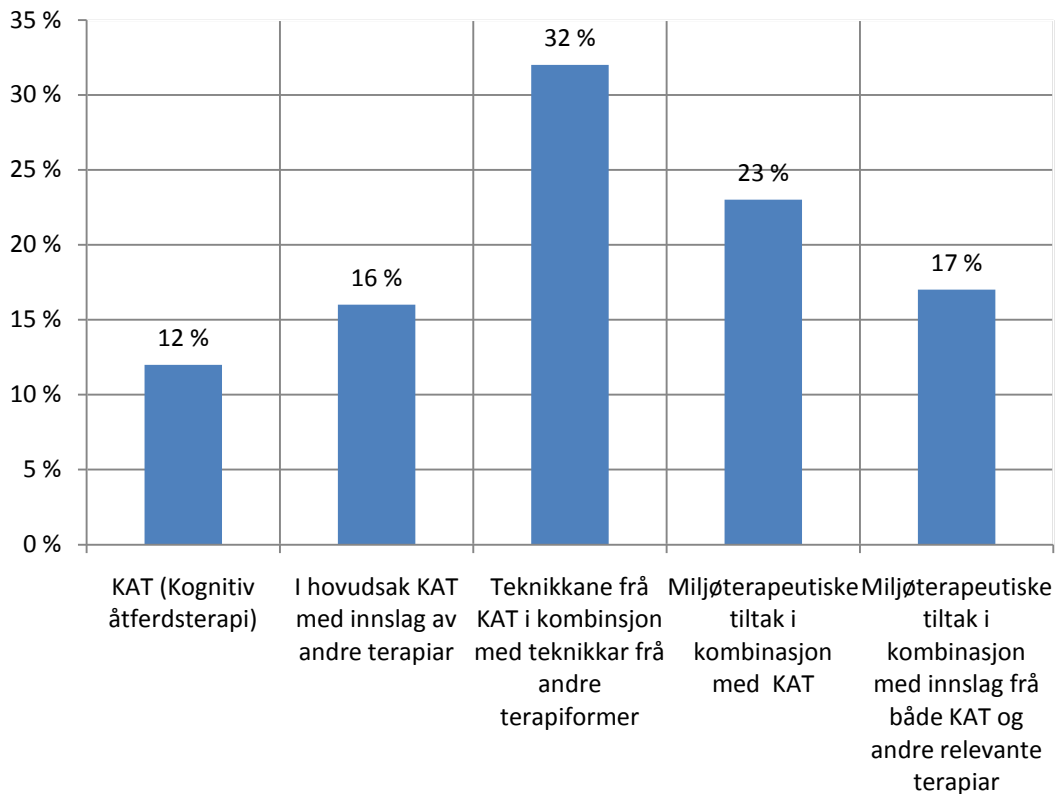
Figuren¹ viser at det er 35% av helsepersonellet som brukte kognitiv åtferdsterapi i høg/svært høg grad. Av dei seks som aldri brukar kognitiv åtferdsterapi er fire sjukepleiarar, ein sosionom og ein med pedagogisk bakgrunn. Fire av helsepersonellet har gjeve opp årsaker til at dei brukte kognitiv åtferdsterapi i liten grad. Av desse hadde ein permisjon frå stillinga si, ein var student og to var gått over i leiarstillingar. Ein har skrive at han brukte kognitiv åtferdsterapi i høg grad, men at han ikkje hadde støtte av leiar for bruk av metoden.

Kognitiv åtferdsterapi helsepersonell vanlegvis tilbydde pasientar med depresjon og angstlidingar

I den vidare presentasjonen blir det skrive om kva type kognitiv åtferdsterapi som helsepersonell vanlegvis tilbydde pasientar med depresjons- og angstlidingar. Underspørsmål var inndelt i desse kategoriane; a) kognitiv åtferdsterapi, b) i hovudsak kognitiv åtferdsterapi med innslag av andre terapiar, c) eg brukar teknikkane i kombinasjon med teknikkar frå andre terapiar, d) eg brukar miljøterapeutiske tiltak i kombinasjon med innslag frå kognitiv åtferdsterapi og e) eg brukar av miljøterapeutiske tiltak i kombinasjon frå både kognitiv åtferdsterapi og andre relevante terapiar. Helsepersonellet vart spurt om kva type kognitiv åtferdsterapi dei brukte mest.

¹ I figur 4 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne

Figur 5 Type kognitiv åferdsterapi helsepersonell vanlegvis tilbyr pasientar med depresjon og angstlidingar (n=129).

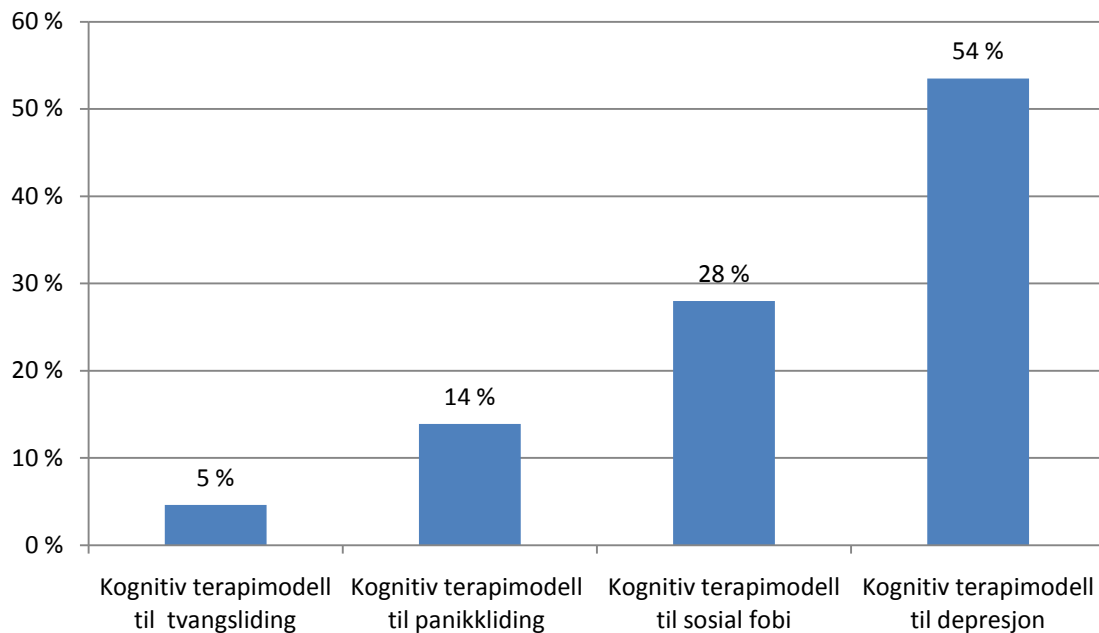


Figuren syner at det var 12% av helsepersonellet som vanlegvis tilbydde kognitiv åferdsterapi som einaste metode til klientar med depresjons- og angstlidingar. Det betyr at 88% av helsepersonellet vanlegvis tilbydde kognitiv åferdsterapi i kombinasjon med andre terapiar/teknikkar/tiltak til pasientar med depresjons- og angstlidingar. Det var ikkje signifikant skilnad på bruk av kognitiv åferdsterapi mellom alle profesjonsgruppene (Pearson Chi-Square. $p=0,862$).

Kognitive terapimodellar som var brukt i behandling til klientar med depresjon og angstlidingar

Kognitiv terapimodell til behandling av tvangsliding vart teken ut av vidareutdanninga i Kognitiv terapi, Trinn 1, hausten 2007. I denne undersøkinga har 27 % av helsepersonellet fullført vidareutdanning før eller i 2007. Kognitiv modell til tvangsliding er no ein del av innhaldet i vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn II (HSF, 2010).

Figur 6 Helsepersonell sin bruk av kognitive terapimodellar (n=129).



Figuren² viser at kognitiv terapimodell til depresjon er den meste brukte modellen, dvs over halvparten (54 %) brukte denne i behandlinga i 2010. Kognitiv modell til tvangsliding er den modellen som er minst brukt.

4.1.1 Leiartilhøve og bruk av kognitiv åtferdsterapi

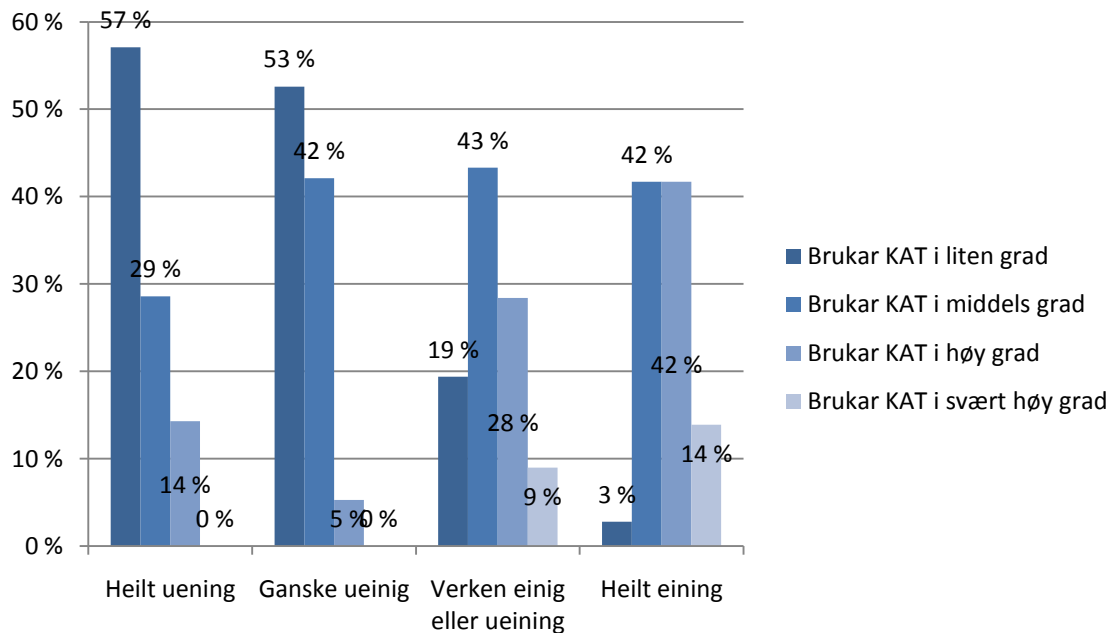
Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi (KAT) og leiarleiartilhøve (n=129)

Figur 7 syner grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til kor ueinig, verken einig eller ueinig og einig respondentane er i forhold til påstandane om leiar. Helsepersonellet vart bedt om å ta stilling til ulike påstandar om leiar som kunne ha innverknad på praktisering av kognitiv åtferdsterapi (spørsmål 19 med sju delspørsmål). Innhaldet i dei sju delspørsmåla var; leiar si støtte, god kommunikasjon og oppmuntring til bruk av kognitiv åtferdsterapi, sjølvstendig vurdering av bruk av kognitiv åtferdsterapi og om leiar har vidareutdanning i kognitiv terapi. Svara er grupperte og figuren her syner kor ueinig, ganske ueinig, verken

² I figur 6 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

einig eller ueinig og heilt einig respondentane er i forhold til påstandane om sin leiar og bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Figur 7 Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi (KAT) i forhold til leiar (n=129)



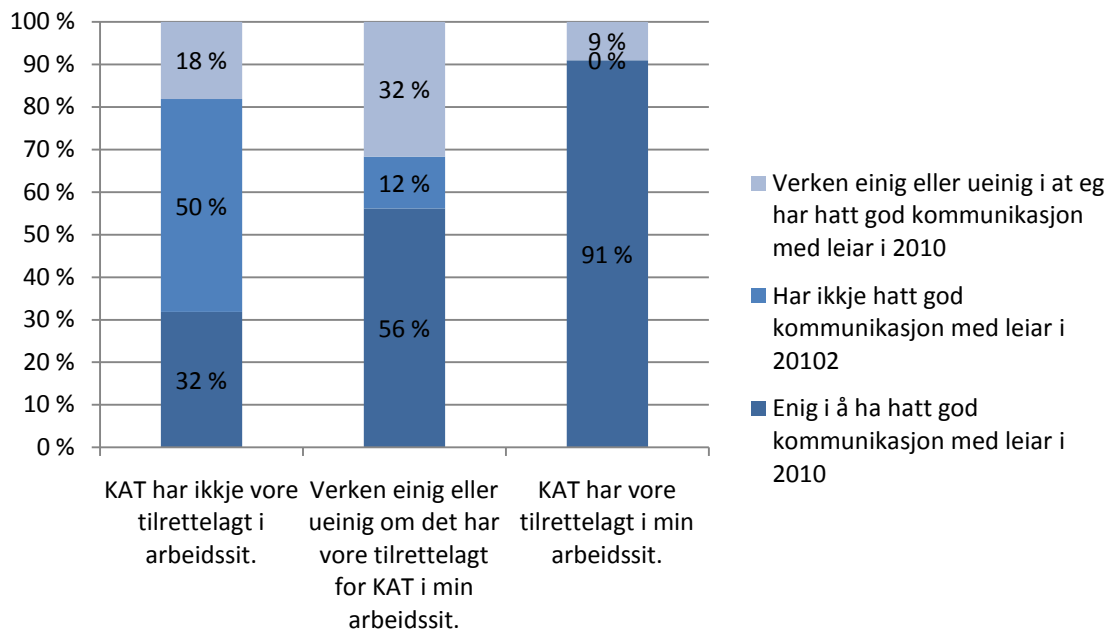
Det er ein signifikant samanheng mellom kor tett forhold ein har til leiar og kor mykje helsepersonell nyttar kognitiv åtferdsterapi (Pearson Chi-Square =0.001). Figuren³ viser at dess betre forhold respondentane har til leiar dess meir nyttar dei kognitiv åtferdsterapi. Blant dei som er ueinige i påstanden om at dei har eit godt forhold til leiar er det ingen som brukar kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Men blant dei som er einige i at dei har eit godt forhold til leiar brukar heile 14 % metoden i svært høg grad.

Tilrettelegging for kognitiv åtferdsterapi (KAT) i arbeidssituasjonen og god kommunikasjon med leiar (n=129)

Figuren her syner bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til kor ueinig, verken einig eller ueinig respondentane er i forhold til kommunikasjonen med leiar.

³ I figur 7 dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

Figur 8 Helsepersonell sin kommunikasjon med leiar og bruk av kognitiv åtferdsterapi

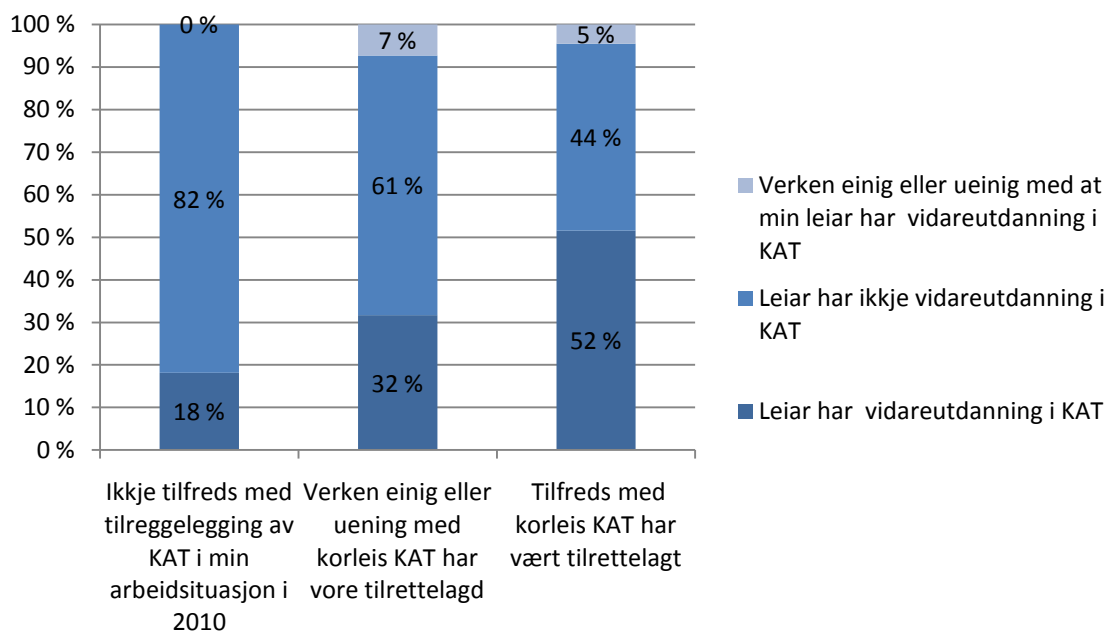


Figuren⁴ viser at dess betre kommunikasjon respondentane har med leiar, dess meir brukar dei kognitiv åtferdsterapi. Det er ein signifikant samanheng mellom kor god kommunikasjonen med leiar er og i kva grad helsepersonell opplever at dei har kunna nytta kognitiv åtferdsterapi (Pearson Chi-Square.=0.000). Det er ingen av dei som ikkje fekk tilrettelagt for bruk kognitiv åtferdsterapi i sin arbeidssituasjon som er samde i at dei har hatt ein god kommunikasjon med leiar. Heile 91 % av respondentane som har fått kognitiv åtferdsterapi tilrettelagt i sin arbeidssituasjon har hatt god kommunikasjon med leiar.

⁴ I figur 8 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

Tilrettelegging i arbeidssituasjon og om leiar har vidareutdanning i kognitiv åtferdsterapi (n=129)

Figur 9 Tilrettelegging for bruk kognitiv åtferdsterapi og om leiar har vidareutdanning i metoden



Figuren⁵ viser at dei helsepersonella som ikkje er tilfredse med tilrettelegginga i arbeidssituasjonen svarar 18,1% at leiarane har vidareutdanning i kognitiv åtferdsterapi. Blant helsepersonellet som er tilfreds med tilrettelegginga svarar heile 51,6% at leiarane har vidareutdanning i kognitiv åtferdsterapi. Det er signifikant samanheng mellom kor tilfreds helsepersonellet er med tilrettelegging i arbeidssituasjonen og at leiar har vidareutdanning i kognitiv åtferdsterapi (Pearson Chi-Square.=0.037). Dess betre utdanning leiar har i kognitiv åtferdsterapi, dess meir tilfredse er helsepersonellet med tilrettelegginga i arbeidssituasjonen.

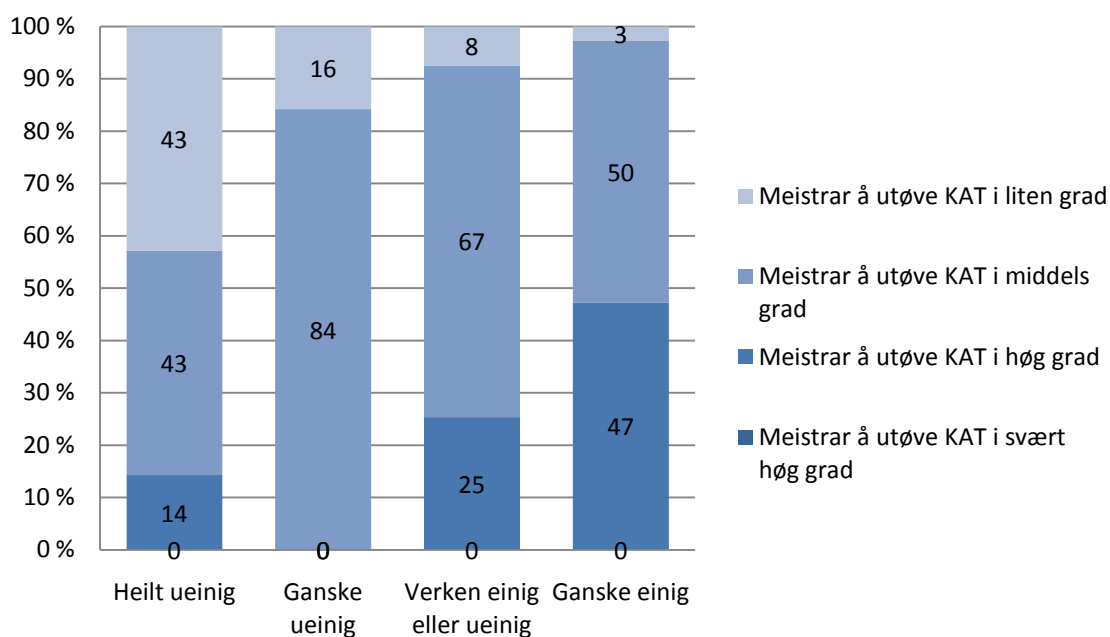
Analysane viser at det særleg er to forhold ved leiar som har betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Desse er at helsepersonell har hatt god kommunikasjon med leiar og det at ein er tilfreds med korleis kognitiv åtferdsterapi var tilrettelagt i arbeidssituasjonen.

⁵ I figur 9 dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

Helsepersonell si oppleving av meistring i utøving av kognitiv åtferdsterapi i forhold til leiartilhøve

Figuren viser grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til kor ueinig, verken einig eller ueinig og einig respondentane er i forhold til påstandane om leiar. Helsepersonellet vart bedt om å ta stilling til ulike påstandar om leiar som kunne ha innverknad på praktisering av kognitiv åtferdsterapi (spørsmål 19 med sju delspørsmål). Innhaldet i dei sju delspørsmåla var; leiar si støtte, god kommunikasjon og oppmuntring til bruk av kognitiv åtferdsterapi, sjølvstendig vurdering av bruk av kognitiv åtferdsterapi og om leiar har vidareutdanning i kognitiv terapi. Svara er grupperte og figuren her syner kor ueinig, verken einig eller ueinig og einig helsepersonellet er i forhold til påstandane om si meistring av kognitiv åtferdsterapi i forhold til leiar.

Figur 10 Helsepersonellet si oppleving av meistring i utøving av kognitiv åtferdsterapi i forhold til leiar (n=129)



Figuren⁶ viser ein signifikant samanheng mellom kor einig helsepersonellet er i at dei har eit tett forhold til leiar, og i kva grad dei meistarar kognitiv åtferdsterapi. Dess tettare forhold helsepersonellet har til sin leiar, dess betre meistarar dei bruk av kognitiv åtferdsterapi (Pearson Chi-Square.=0.000). Figuren viser at blant dei som ikkje har eit tett forhold til leiar

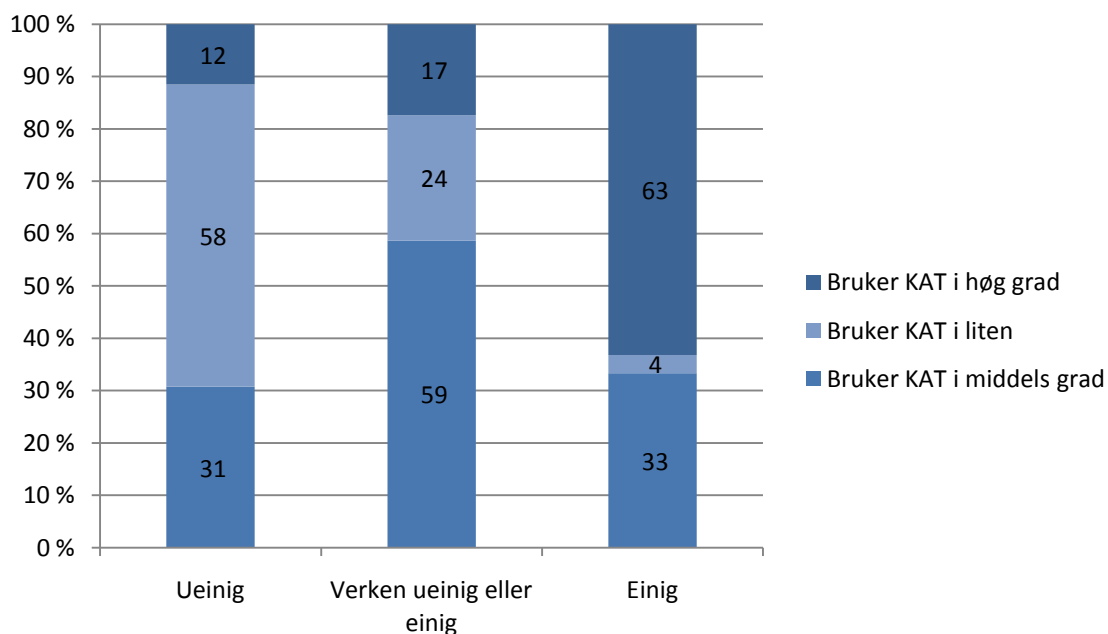
⁶ I figur 10 dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

er det berre 14,3% som opplever at dei meistrar å bruke kognitiv åtferdsterapi i høg grad, medan dette gjeld heile 47,2 % av dei som har eit tett forhold til leiar.

4.1.2 Helsepersonellet sin arbeidssituasjon og bruk av kognitiv åtferdsterapi

Helsepersonell vart bedt om å ta stilling til ulike påstandar om arbeidssituasjon som kunne ha innverknad på praktisering av kognitiv åtferdsterapi (spørsmål 21 med sju delspørsmål). Innhaldet i dei sju delspørsmåla var; helsepersonell si oversikt i arbeidssituasjonen, eige kontor, støtte av kollegaer, utredning av pasientar etter diagnostiske kriterium, behandlingsansvar for pasientar, tilegning av kunnskap og rettleiing på kognitiv åtferdsterapi. Svara er grupperte og figuren her syner kor ueinig, verken einig eller ueinig og einig respondentane er i forhold til påstandane om sin arbeidssituasjon og bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Figur 11 Helsepersonellet sin arbeidssituasjon og bruk av kognitiv åtferdsterapi (n=129)



Figuren⁷ viser at det er ein signifikant samanheng mellom kor nøgde helsepersonellet er med arbeidssituasjonen og i kva grad dei nyttar kognitiv åtferdsterapi. Dess meir nøgd

⁷ I figur 11 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne

helsepersonellet er med arbeidssituasjonen, dess meir brukar dei kognitiv åtferdsterapi. Blant det helsepersonellet som var lite nøgd med arbeidssituasjonen nytta 11,5% kognitiv åtferdsterapi i høg grad, medan talet er 63,2% blant dei som var nøgde med arbeidssituasjonen (Pearson Chi-Square. $p= 0.000$).

I analysen er det funne at det er ein positiv samanheng mellom kor nøgde helsepersonellet er med arbeidssituasjonen generelt, og i kva grad dei nyttar kognitiv åtferdsterpi. Analyser viser at det er tre forhold ved arbeidssituasjonen som har betydning for bruken av kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Dette var i kva grad dei hadde oversikt i arbeidssituasjonen, kollegial støtte og rettleiing.

Helsepersonell si erfaring med at pasientar har fått diagnose etter diagnostiske kriterium før oppstart med kognitiv åtferdsterapi (n=83)

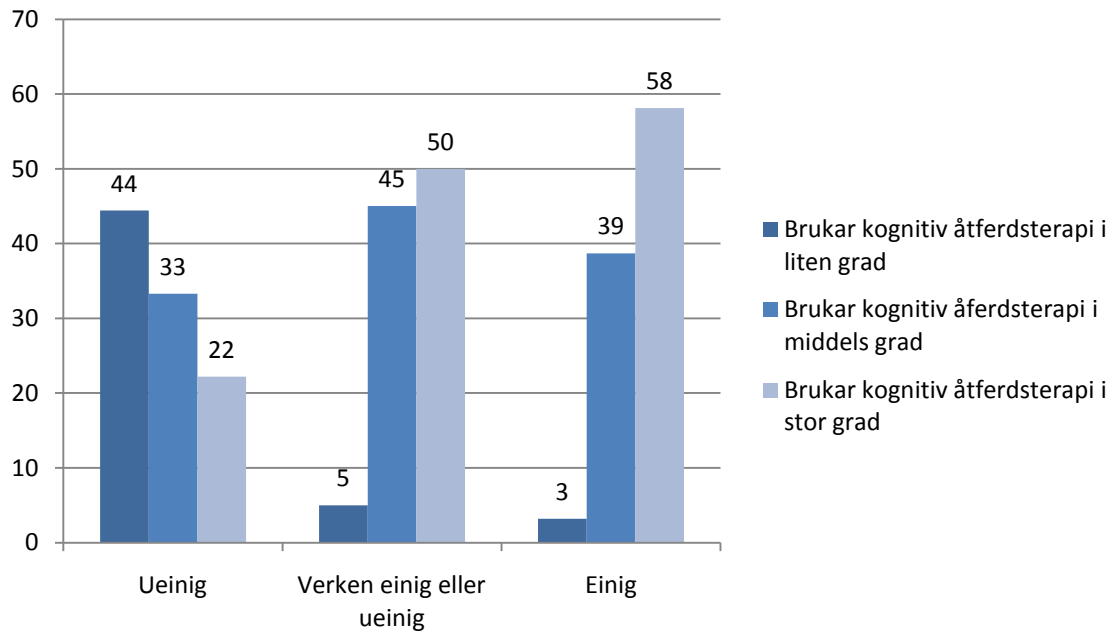
Det er ein signifikant skilnad mellom i kva grad ulike delar av helsevesenet er samde i påstanden om at pasientane på førehand har fått diagnose før oppstart av behandling med kognitiv åtferdsterapi. Det er fleire som svarar at dei er einige i at pasientar har fått diagnose før oppstart av behandling, 50 mot 33 som er ueinige (Pearson Chi-Square =0,001). Blant helsepersonell som er tilsett i poliklinikkar og sengepostar er det 37 som er einige i at det har vore sett diagnose før oppstart av behandling, mot 10 som er ueinige. Åtte av dei ti som er ueinige i at det har vore sett diagnose før oppstart av behandling med kognitiv åtferdsterapi arbeider i sengepostar. Blant helsepersonell som arbeider innan attføring og rehabilitering er seks einige, mot 11 som er ueinige i at det har vore sett diagnose. I primærhelsetenesta er 7 einige i at det har vore sett diagnose, mot 12 som er ueinige.

4.1.3 Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til rettleiing

Figur 12 syner grad av bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til kor ueinig, verken einig eller ueinig og einig fagpersonane er i forhold til påstandane om leiar. Helsepersonell vart bedt om å ta stilling til ulike påstandar om rettleiing som kunne ha innverknad på praktisering av kognitiv åtferdsterapi (spørsmål 24 med ni delspørsmål). Innhaldet i dei ni delspørsmåla var om rettleiinga var regelmessig, var viktig, hadde fokus på kognitiv åtferdsterpi, ga fagleg tryggleik, styrka terapeutisk funksjon, ga større fagleg tryggleik, auka kunnskap og om den var i gruppe. Svara er grupperte og figuren her syner kor ueinig, verken einig eller ueinig og einig respondentane er i forhold til påstandane om si rettleiing og bruk av kognitiv

åtferdsterapi. Helsepersonell si oppleving av meistring i utøvinga av kognitiv åtferdsterapi med og utan rettleiing i arbeidssituasjonen (n=129). Presentasjonen av helsepersonell er i denne figuren er gjeve opp i tal.

Figur 12 Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i forhold til rettleiing

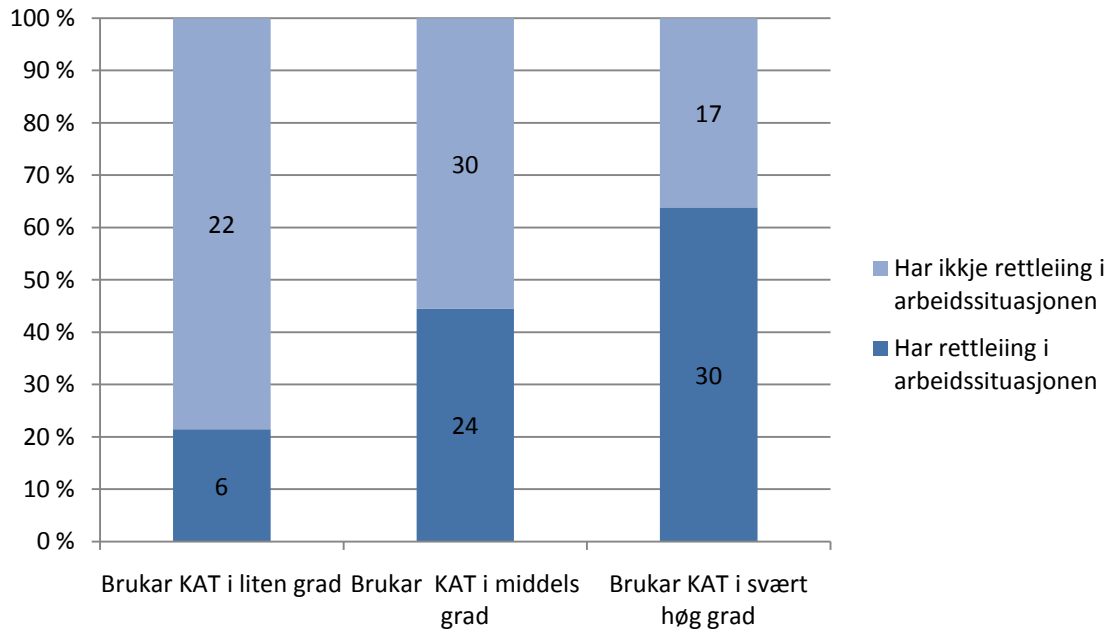


Figuren⁸ syner at det er ein samanheng med kor nøgde helsepersonellet er med rettleiinga og i kva grad dei nyttar kognitiv åtferdsterapi. Dess meir nøgde helsepersonellet er med rettleiinga, dess meir nyttar dei kognitiv åtferdsterapi. Blant dei helsepersonella som var lite nøgde med rettleiinga nytta 22% kognitiv åtferdsterapi i stor grad, medan dette gjaldt 58,1% av dei som brukte kognitiv åtferdsterapi (Pearson Chi-Square $p = 0.014$).

⁸ I figur 12 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne

Bruk av kognitiv åtferdsterapi og rettleiing

Figur 13 Fagpersonar kognitiv åtferdsterapi (KAT) med og utan rettleiing i arbeidssituasjonen (n=129).



Figuren⁹ syner at data går i retning at det er fleire som i stor/ høg grad brukar kognitiv åtferdsterapi når dei får rettleiing. Det er signifikant samanheng mellom kor vidt fagpersonane tar i mot rettleiing og korleis dei utøver kognitiv åtferdsterapi. Det er fleire som svarar nei på at dei mottek rettleiing, 69 mot 60 som får rettleiing (Pearson Chi-Square. $p=0,002$).

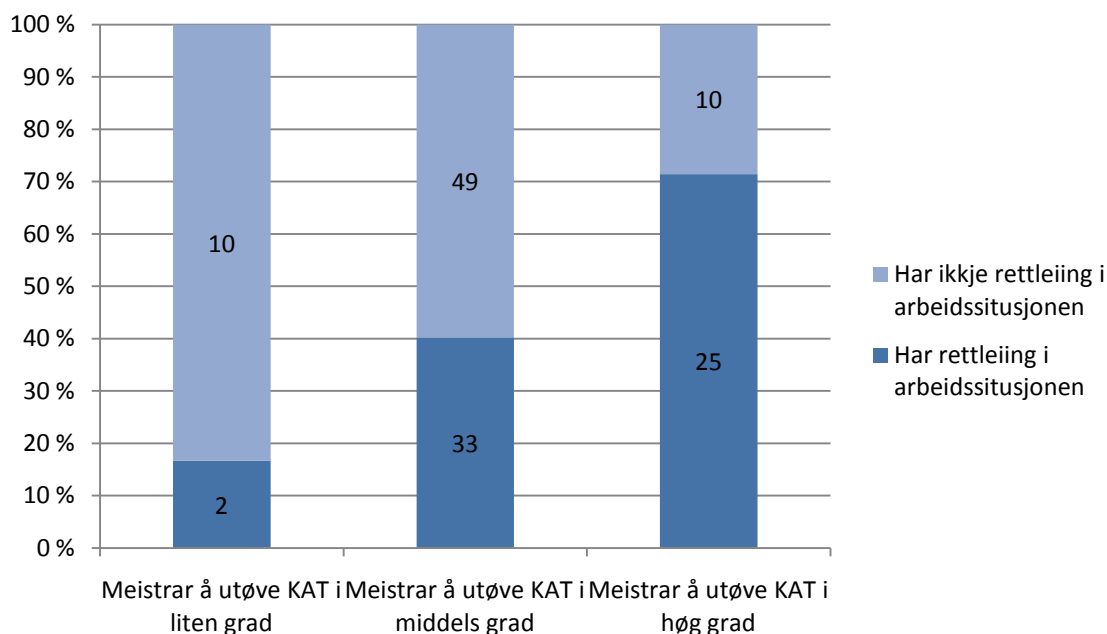
Analysane viser at det særleg er tre forhold ved rettleiinga som har betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Desse tre er at rettleiinga er regelmessig, at den styrkar den terapeutiske funksjonen og at rettleiinga gir større fagleg tryggleik.

Helsepersonell si meistring av utøving av kognitiv åtferdsterapi og rettleiing

Spørsmål 18 er følgjande; i kva grad opplever du å mestre å utøve kognitiv åtferdsterapi i ditt arbeid. Figuren viser helsepersonell si meistring i å bruke kognitiv åtferdsterapi og om dei har rettleiing.

⁹ I figur 13 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

Figur 14 Helsepersonell si meistring i å bruke kognitiv åtferdsterapi og om dei har rettleiing



Figuren¹⁰ syner at data går i retning at det er fleire som i stor/ høg grad meistrar å utøve kognitiv åtferdsterapi når dei får rettleiing. Det er ein signifikant samanheng mellom kor vidt helsepersonell tar i mot rettleiing og korleis dei opplever å meistre utøvinga av kognitiv åtferdsterapi. Det er fleire som svarar nei på at dei mottek rettleiing, 69 mot 60 som får rettleiing (Pearson Chi-Square. $p=0,002$).

4.2 Oppsummering av resultat

Det var 135 (52,5%) som svarte på spørjeskjemaet. Funn i studien viser at 88 % av helsepersonellet vanlegvis tilbydde kognitiv åtferdsterapi i kombinasjon med andre terapiar/teknikkar eller tiltak i behandling til pasientar med depresjons- og angstlidingar. Det var 12 % av helsepersonellet som vanlegvis tilbydde kognitiv åtferdsterapi som einaste metode til pasientar med depresjons- og angstlidingar. Det vart funnen ein signifikant samanheng mellom kor nøgd helsepersonellet er med tilhøva i sin arbeidssituasjon og bruk av

¹⁰ I figur 14 er dei som svarte at dei aldri brukte kognitiv åtferdsterapi utelatne.

kognitiv åtferdsterapi. Vidare synte funna i studien at rettleiing og eit tett samarbeidsforhold til leiar har betyding for i kor stor grad helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi.

5 DISKUSJON

Føremålet med studien var å få kunnskap om korleis helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis. I denne studien deltok helsepersonell med fagbakgrunn som sjukepleiar, sosionom, fysioterapeutar, pedagogar, vernepleiarar, barnevernspedagog, ergoterapeutar og andre med universitetsutdanning. Forhold som har med arbeidssituasjonen, leiartilhøve og rettleiing har betydning for i kor stor grad helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi. I dette kapittelet diskuterast funna frå studiens empiriske del i forhold til teori og tidlegare forskning. I første del av kapittelet vil helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi bli diskutert. Deretter presenterast funn om leiar, arbeidssituasjon og rettleiing. Det er brukt litteratur frå litteraturgjennomgangen, men i tillegg er det òg litteratur frå nye søk. Avslutningsvis samlast resultata i ein konklusjon med anbefaling for vidare forskning og praksis.

5.1 Helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi

Denne studien har teke utgangspunkt i helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi i 2010. Studien sine funn viser at 88.4% av helsepersonellet brukte kognitiv åtferdsterapi i kombinasjon med andre tiltak/terapiar eller teknikkar til pasientar med depresjons- og angstlidningar. Den mest brukte modellen i behandling med kognitiv åtferdsterapi var kognitiv modell til depresjon. Kognitiv modell til tvangsliding var den behandlingsmodellen som var brukt minst i behandlinga.

Det var venta at tendensen i resultata skulle syne at helsepersonell kombinerte metoden med andre tiltak/terapiar eller teknikkar. Ei undersøking mellom 2281 psykologar i USA viser at 4% brukte kognitiv terapi som einaste metode, og at 69% kombinerte kognitiv åtferdsterapi med andre behandlingsformer (Taylor et al, 2008). Kognitiv terapi har den fordelen at den brukar veldefinerte behandlingsprosedyrar som lett kan lærast av fagpersonar innan ulike profesjonar, og metoden kan overvakast. Sjølv om kognitiv terapi er effektivt og kan ha fordelar samanlikna med andre teknikkar, så ser det ut som metoden blir lite bruk i praksis (Shafran et al, 2009). Dette til trass for at formidling av evidensbaserte teknikkar er eit sentralt mål innan medisin, psykologi og helse (Steinfeldt et al, 2009).

Ei barriere som hindrar bruk av kognitiv terapi, kan vere at det er lite tru på metoden. Mindre enn 30% av pasientane i eit forsøk i USA, som først hadde blitt behandla med medisinar, var villige til å prøve kognitiv terapi åleine eller i kombinasjon med medisinerings som eit neste steg (Taylor et al, 2008). Det er manglar i kunnskapen om kognitiv terapi om verknaden av opplæring, måling av kompetanse, korleis kognitiv terapi verkar og kor mykje behandling pasientane minimum må ha (Shafran et al, 2009).

Opplæring er viktigare for eit godt utfall enn terapeuten sine personlege eigenskapar og stil. Utfallet er avhengig av kor godt terapeuten beherskar metoden (DeRubeis et al, 2005). Når kompetansen aukar, så blir utfallet betre. Femti timar opplæring medfører at klinikarane kan levere skjemabasert terapi (Nadort et al, 2009). Måling av kvaliteten i bruk av kognitiv terapi er ikkje lett. Det er vanskelig å vurdere om terapien blir brukt slik den skal, at terapeutane gjer det dei skal, og om dei er kompetente og flinke til å utføre terapien. Det er heller ikkje kjent kva mekanismar i kognitiv terapi som eigentleg er verknadsfulle, forskinga har vore meir på utvikle og evaluere behandlingsprogram (Shafran et al, 2009). Sjølvbehandling på data kan vere effektivt, og at det då ikkje er nødvendig med så mange konsultasjonar med terapeut (Andrews og Titov, 2009). ”Nye” teknologiar som telefon- og videokonferansar og e-post kan gjere fysisk struktur mindre viktig. Ansikt til ansikt-kommunikasjon er likevel viktig (Jacobsen et al, 2007). Anna forskning viser at møte med terapeut er heilt avgjerande for eit godt utfall, sjølvbehandling generelt fungerer ikkje (Ehlers et al, 2003). Det må forskast meir for å finne metodar til å fastslå kva pasientar som treng lite behandling og kven som treng meir ansikt-til-ansikt behandling med erfarne terapeutar (Shafran et al, 2009).

Ein forskingskultur som fokuserer på å få alt rett, i staden for å formidle resultat, kan også vere ei barriere. Andy Grove, tidlegare president i Intel, fastslår at ”better is the enemy of good enough” (Taylor et al, 2008, s. 39).

Relasjonen er avhengig av kva pasienten og terapeuten gjer, og bruk av teknikkar i behandlinga er og ei relasjonell handling (Safran og Murrin, 2006). Terapeutar vil i varierende grad motivere og påverke pasienten sin motivasjon og eigenaktivitet. Pasientar vil i ulik grad bli påverka av korleis terapeuten møter og forhold seg til dei i terapien. Eit terapeutisk forhold tek utgangspunkt i pasienten sine problem, ressursar, men er og avhengig av terapeuten sin kompetanse og begrensningar (Berge et al, 2008). Terapi er eit grunnleggande møte mellom menneske, der teknikk og relasjon er uløyslege delar av ei heilskapleg behandling (Berge og Repål, 2004). Kvaliteten på alliansen kan endre seg i løpet

av behandlingsperioden, og terapeuten og pasienten si oppleving er ofte ikkje i samsvar. Terapeutar nyttar ofte intuisjon eller magekjensle for korleis alliansen i terapien er. Men ein kan ikkje stole på intuisjonen i terapien (Berge et al, 2008). Terapeuten bør jamnleg sjekke ut om pasienten får ei i endring i sin sjukdomstilstand, og om han faktisk blir betre. Det bør regelmessig nyttast systematiske spørsmål om pasienten opplever endring i tilstand, og gjerne oppfordre pasient til å fylle ut eit sjølvrapporteringskjema som måler alliansen og kor tilfreds pasienten er med terapien. Det er pasientar som ikkje viser betring etter avslutta behandling (Berge et al, 2008).

Eit funn i min studie viser at det er skilnad i kva del av helsevesenet pasientar har fått diagnose etter diagnostiske kriterium før oppstart av behandling med kognitiv åtferdsterapi. Det er i større grad helsepersonell tilsett i spesialisthelsetenesta som har erfart at pasientar har fått diagnosar før oppstart av behandling med kognitiv åtferdsterapi. Shafran et al, (2009) seier at ein del klinikarar er motvillige til å nytte diagnostiske kriterium, eller ikkje er i stand til diagnostisering. Det er lækjarar og psykologar som primært set diagnosar. Det at pasientar ikkje har fått diagnose etter diagnostiske kriterium er ikkje nødvendigvis det same som at dei ikkje har fått behandling. Dei diagnostiske kriteria for psykiske lidningar er tilgjengeleg for helsepersonell via internett og oppslagsbøker. Men om helsepersonell overser viktige kriterium i diagnosen kan det bety at pasienten ikkje får rett behandlingsmetode til den psykiske lidinga.

Helsepersonell i min studie har sitt arbeid både i spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta. Dei ulike profesjonsgruppene kan ha ulik tilnærming i forhold til behandling og oppfølgingsansvaret for pasienten. I psykisk helsearbeid i kommunehelsetenesta legg ein kanskje større grad vekt på livskvalitet og helse enn behandling. Med eit slik utgangspunkt er det meir nærliggande å tenkje at helsepersonell nyttar deler av kognitiv åtferdsterapi som eit supplement til dei praktiske oppgåvene som er viktige for pasienten.

Studien min syner at 54% av helsepersonellet brukte kognitiv modell til depresjonar, den minst brukte modellen var kognitiv modell til tvangslidingar. I samband med opptrappingsplanen for psykisk helse vart det i større grad satsa på offentleg informasjon om psykiske lidningar (Sosial og helsedepartementet, 1997). Depresjon er ein av dei sjukdomane som er aukande i samfunnet (Helsedirektoratet, 2009).

Frå 1. januar 2012 vert Helse og omsorgstjenesteloven (2011) sett i verk. I krav om kvalitetsforbedring § 4-2 står det at ”virksomheten skal sørge for at ein arbeider systematisk for å sikre pasient og brukersikkerhet”. Vidare i §12-5 står det at Helsedirektoratet skal utvikle og formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorar som hjelpemiddel for leiing og kvalitetsforbedring i kommunal helse-og omsorgstjeneste. Kvalitetsindikatorar skal gjerast offentleg tilgjengelege (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Desse kvalitetsindikatorane er ein metode som kan gje systematisk kunnskap om kva slag behandling pasientar og brukar har fått, kva kvalitet disse tenestene har og kva resultat ein oppnår. Dette utfordrar til ei utforming av oversikt over dokumentert effektive folkehelseiltak og kvalitetsforbetringstiltak. Like viktig er metodestøtte for å gjennomføre evalueringar og sjekklister for innføring av tiltak. Dette kan igjen gje grunnlag for evaluering av effekten til ulike tiltak. Eit heilskapleg kvalitetssystem kan knytast til både pasient og helsepersonell for å samanlikne standard på helsetenesta. Det kan bety at det er bruk for å vidareutvikle elektroniske handbøker for andre yrkesgrupper som arbeider i helse og omsorg. Ei større satsing på informasjon om behandlingseffekt i folkehelsearbeid kan gje pasientar betre grunnlag for val av behandlingsmetode. Kompetanse står sentral for å utvikle kvalitet i helsetenesta. Ein føresetnad for å lukkast med eit kvalitetsarbeid er at det er forankra i leiinga (Lindahl og Bakke, 2010).

5.2 Forhold i arbeidssituasjonen som påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi

Funna i min studie syner at dess meir einige helsepersonellet er i at arbeidssituasjonen er tilrettelagt dess meir brukar dei kognitiv åtferdsterapi. Analyser viser at det er tre forhold ved arbeidssituasjonen som har betydning for bruken av kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Desse forholda er i kva grad dei hadde oversikt i arbeidssituasjonen, kollegial støtte og rettleiing.

Pilotstudien til Kauth et al (2010), som var med å danne grunnlaget for utarbeidinga av spørjeskjemaet, viser tre barrierar som hindrar bruk av kognitiv åtferdsterapi. Det er manglande kontroll over tidsplan i klinikken, konflikt med andre oppgåver og dårleg kommunikasjon med leiinga. Min studie viser at det òg er viktig med kollegial støtte, noko ein kan oppnå ved å arbeide i team.

5.2.1 Kollegial støtte – teamarbeid

Eit team er to eller fleire som er avhengige av kvarandre for å nå eit eller fleire felles mål (Bang, 2008). Relasjonen i teamarbeid er avhengig av fleire faktorar. I eit teamarbeid er ein gjensidig avhengig av kvarandre for å oppnå måla. Det inneber at ingen kan oppnå eit mål åleine, men ein treng andre medlemmar for å få det til. Eit team stiller sterke krav til medlemmane si evne til tilpassing og koordinasjon. Dersom eit team skal kalle seg effektivt er det ein føresetnad at kvaliteten på relasjonen er god nok til at teamet kan samarbeide på ein fruktbar måte. Bang (2008) trekkjer fram tre forhold som er viktige for teamets overlevingsevne, teamtillit, teamkjensle og teamkultur.

Teamtillit (Bang, 2008) betyr at det er gjensidig respekt mellom teamets medlemmer, at det er respekt for den enkelte sin fagkompetanse, verdi og veremåte. Teamkjensla definerer som einkjensle og stoltheit til gruppa, det at ein omtalar seg som vi i staden for eg. I tillegg til at ein er stolt av det gruppa står for er menneskeleg tiltrekking sentralt, ein har gode kjensler og kjenner seg knytt til einannan. Den siste betyr at ein har ei indre forplikting for oppgåvene og avgjerdene som blir tekne i teamet (Bang, 2008).

Teamkultur er normer, verdiar og oppfatningar som har utvikla seg i teamet. Dette er måten medlemmane tenkjer, føler og handlar når dei arbeider saman. Ein felles mental modell for teamet kan definerast som ”ei organisert forståing for eller mental representasjon av kunnskap som er felles for teamet sine medlemmer” (Mohammed, Klimoski og Rentsch, 2000; Bang, 2008). Det betyr at ein må dele forhold som er av betydning for teamets fungering, til dømes om oppgåver, kunnskap, handlemåtar i gitte situasjonar og andre relevante forhold i teamets omgjevnader.

I eit team der ein har felles bakgrunnsforståing for kognitiv terapi vil ein lettare kunne få oversyn og forstå den enskilde sin handlemåte og behov i terapeutisk utøving i praksis. (Berge et al, 2010). Det føreset at ein òg har diskutert og er einige om grunnleggande normer som stimulerer til teameffektivitet (Bang, 2008). For leiaren er det viktig å få avklart ynskje om personlege mål, forventningar og antakingar om medarbeidaren sin arbeidssituasjon (Mikkelsen, 2008). Det er ikkje muleg å utvikle eit lærande arbeidsmiljø utan at ein samstundes utviklar evna til kommunikasjon (Argyris et al, 1996). Dei viser til behovet for einsidig kontroll, som vert sikra ved å ikkje dele viktig informasjon med andre. Dersom informasjonen vert delt, så vert det gjort på ein måte som gjer at ein kan fortsetje med

eksisterande bruksteori. Irgens (2007) viser til Torbert (Torbert, 2004) sin modell der ein lærande kommunikasjonsstil kan utviklast gjennom trening ved å ramme inn, framføre, illustrere og teste ut. Å ramme inn er skape eit felles utgangspunkt for opplæringa eller møtet, slik at ein ikkje snakkar forbi kvarandre. Framføring er å beskrive kvar ein står, slik at alle partar veit korleis ein skal gå fram og kva informasjon som finst. Illustrasjonane bør vere mest muleg konkrete og jordnære, og gjennom utforsking kan ein stille spørsmål ved andre sine resonnement og argument. Forsking viser at det bør trenast på å få ein balanse mellom framføring og utforsking. Svaret ligg ikkje hjå den enkelte, men vert skapt gjennom samhandling (Irgens, 2007).

Min studie viser at helsepersonell som er ueinig i at arbeidssituasjonen er tilrettelagd brukar 57 % kognitiv åtferdsterapi i liten grad. Ei rekkje forfattarar har beskrive at organisatorisk leiarskap er avgjerande for å skaffe tid, ressursar og støtte for implementering av kognitiv terapi (Connor-Smith et al, 2003; Steinfeld et al, 2009). Leiarar må overbevisast om verdien og dei potensielle fordelane det er med kognitiv terapi som ein del av behandlingstilbodet. Eit eigna utgangspunkt for diskusjon om innføring av kognitiv terapi som behandlingsmetode er å ha med etiske prinsipp om samarbeid, respekt og eit ein er merksam på kvarandre sine perspektiv for behandlingsmetodar (Steinfeldt et al, 2009).

Funna i studien til Kauth et al (2009) syner blant anna at ved bruk av eksterne fagpersonar som tilretteleggarar, så førte dette til ei lette i arbeidet med å implementere forskingsbasert kunnskap i praksis. Ekstern tilrettelegging for terapeutar synte ein større framgang (35%) i bruk av kognitiv åtferdsterapi enn til kontrollgruppa (10%) der terapeuten hadde gjennomført opplæringsprogram utan ekstern oppfølging etter opplæringsprogrammet. Studien syner òg ein auke i bruk av kognitiv åtferdsterapi på 15 prosentpoeng. Før opplæringsprogrammet var bruk av metoden på 4% og etter fullført opplæringsprogram var bruk av kognitiv metode auka til 19% (Kauth et al, 2010).

I min studie er det ei klar overvekt av kvinner, 83% kvinner mot 17% menn. I kvinnedominerte miljø kan ein få sterke arbeidsfellesskap, då kvinner er meir samarbeidsretta enn menn (Veggeland og Bahrami, 2008; Krogh, Ichijo og Nonaka, 2005). Kvinner er dyktige til å utvikle team, etablere nettverk og rettleie. I ein omsorgsfull organisasjon vert kunnskap skapt, delt og brukt. Det er fem dimensjonar som kjenneteiknar ein slik organisasjon: Gjensidig tillit, aktiv empati, adgang til hjelp, eit miljø som ikkje er fordømande (korleis handterer ein ”feil”), pågangsmot og frimodigheit (Krogh et al, 2005).

Ei studie av hjelpepleiarar i norske kommunar syner at meir støtte frå leiinga og meir fleksibilitet gir høgare meistring. Høgare arbeidsbelastning gir dårlegare trivsel og meistring (Ose, Haus, Pettersen, Jensberg og Paulsen, 2009). Fleksibilitet går både på arbeidstempo, arbeidsmengde og framgangsmåte. Ein studie i arbeidstilfredsheit basert på informasjon frå 1814 lækjarar, sjukepleiar og hjelpepleiarar i norske sjukehus (Krogstad, Hofoss, Veenstra og Hjortdahl, 2006) viser at den faktoren som er signifikant for alle profesjonane er lokal leiing. Fagleg utvikling er viktigast for lækjarar, medan støtte og tilbakemelding frå næraste leiar er viktig for sjukepleiarane. Det er sameleis for hjelpepleiarane, fagleg utvikling og lokalt leiarskap er dei viktigaste faktorane. Det er viktig å styrke tilliten og motivasjonen på lokalt nivå ved at lækjarane tek større ansvar for arbeidsteama. Sjukepleiarar og hjelpepleiarar har god oversikt over organisasjonen og deira tilbakemelding kan brukar i kvalitetsarbeidet (Krogstad et al, 2006).

5.3 Leiartilhøve som påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi

Funna viser at helsepersonell som er einige i at dei har eit godt forhold til leiar brukar kognitiv terapi i stor grad. Resultata viser at det særleg er to forhold ved leiar som har betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Kommunikasjon og tilrettelegging er nøkkelorda, det at helsepersonellet har god kommunikasjon med leiar og at dei er tilfredse med korleis kognitiv åtferdsterapi var tilrettelagt i arbeidssituasjonen.

Funna i denne studien viser at dersom helsepersonell har god kommunikasjon med leiar brukar 46% kognitiv åtferdsterapi når det er tilrettelagt for bruk av metoden i arbeidssituasjonen. Studien til Kauth et al (2010) viser det same, dårleg kommunikasjon med leiinga er ein av tre barrierar som hindrar bruk av kognitiv åtferdsterapi.

Effektive leiarar har same kjenneteikn som effektive mentorar (Kvalsund og Karlsdottir, 2009). Ein mentor er ein god ven og rådgjevar, ein som legg til rette for den personlege utviklinga til den enkelte. Sjølvdisiplin, at ein er sjølvbevisst, empati og sosiale ferdigheiter er viktige eigenskapar til ein leiar. Måten ein leiar utøvar sitt fag på er i høg grad bestemt av hans eller hennar personlegdom og menneskelege kvalifikasjonar. Vi kan ha to ytterpunkt: Ein instruerande leiarstil, der ordrar flyt nedover i systemet og leiaren forventar at dei vert utførte. Det er meir krav til resultat enn god kommunikasjon. Det andre ytterpunktet er

superleiing (Kaufmann et al, 2009) der ein lærer andre å leie seg sjølve. Denne sjølvleiinga inneber at medarbeidarane set seg mål sjølve og belønner seg sjølve. Kommunikasjonen i ein organisasjon blir bestemt av kva leiingsfilosofi leiaren har, og erfarne medarbeidarar må leiast på ein anna måte enn nye medarbeidarar.

Kvaliteten på kommunikasjonen er avgjerande, og ein viktig del av emosjonell intelligens er kommunikasjon. Ein leiar skal ikkje berre kommunisere til medarbeidarane sine, men med dei (Kvalsund, 2009). God kommunikasjon bidrar til meistring. Effektiv meistring føreset sosial støtte (Ilstad, 1992). Generelle meistringsstrategiar kan vere å søkje hjelp hos andre og å bruke forbilde (rollemodellar). Sosialt støttande åtferd kan vere emosjonell støtte, tilretteleggande støtte, informasjonsstøtte og vurderingsstøtte. Emosjonell støtte er å vise interesse, gi tillit og anerkjenning. Tilretteleggande støtte er å gi praktisk hjelp som til dømes å lette arbeidsbelastninga. Informasjonsstøtte er å gi råd, rettleiing og tilbakemeldingar. Gjennom vurderingsstøtte kan ein få bekrefte vurderingar og oppfatningar.

God kommunikasjon kan lærast ved å skaffe seg generelle kunnskapar om kommunikasjon, og ved auka merksemd på korleis ein kommuniserer. Evna til å kommunisere kan så trenast opp. Ein må då kanskje sjå kritisk på seg sjølv og måten ein er på. Ein må lære seg sjølv å kjenne, og vere merksam på eigne haldningar og reaksjonsmåtar (Tveiten, 2006).

Leiing handlar om å utvikle kompetanse og gjere sine medarbeidarar dyktige (Spurkeland, 2009). Leiarskap er knytt til det å motivere og ”føre an”. Det handlar om å skape samhald og visjonar som motiverer og samlar dei tilsette til å nå sentrale mål i organisasjonen (Kaufmann et al, 2009). Sentralt i den relasjonelle rolla til leiar er å optimalisere tilpassinga mellom fagpersonar sitt behov og mål i praksis (Mikkelsen, 2008). Det er viktig å forstå kva som motiverer til å nå organisasjonen sine mål anten det gjeld prestasjonar, samvær med andre, innflytelse, godkjenning eller fagleg utvikling. Utgangspunktet for ein leiar er at dei ulike fagpersonane reagerer ulikt på vilkår eller mulegheit for fagleg utvikling. Vurderingar som leiar bør gjere er om dei tilsette arbeider i høvande team. Ein kan stille spørsmål ved om den enkelte deler sine erfaringar effektivt med andre i heile organisasjonen, og om gruppene og den einskilde medarbeidar får den støtta som trengst.

Ei av dei viktigaste oppgåvene til ein leiar er å ta avgjerder. Dette inkluderer faglege spørsmål, ressursar, økonomi og utfordringar i personalgruppa. Denne studien syner at dersom leiar har vidareutdanning i kognitiv terapi, så har 51,6% av helsepersonellet svart at

dei er nógde med tilrettelegginga i arbeidssituasjonen, mot 18,1% som ikkje er det. Kognitiv terapi kan bidra til ei forståing av at avgjerder ofte spring ut av individuelle eller kollektive feiloppfatningar som kjem frå tankefeil, og behovet for å sjølv unngå ubehag. Eit fokus på kvart handlingsalternativ vil styrke informasjonsbearbeidinga og gje grunnlag for gode avgjerder. Eit metaperspektiv på sjølve prosessen for avgjerda kan vere ei kvalitetssikring (Mikkelsen, 2008).

Gjennom forbetningsarbeid legg helseføretaka vekt på å vere lærande organisasjonar. Vi har tidlegare sett at arbeid i grupper og team og deling av informasjon er sentrale kjenneteikn til den typen organisasjonar. Det føreset at leiinga set av tid til oppfølging, noko som kan vere vanskeleg i ein travel kvardag. I helsevesenet blir det rapportert eit større misforhold mellom oppgåver og ressursar enn før, og ein kan undre seg på om leiaren har tid til å vere den gode leiar. Horne (2009) skriv i sin studie av turnuslækjarar i Helse Førde at helseføretaket i studien hans ikkje er ein lærande organisasjon, Senge (1999) sine fem element er oppfylte på individnivå, men ikkje i organisasjonen. Det er manglande føringar, utilstrekkelege rammevilkår og manglande oppfølging. Rettleiarane, derimot, vil skape tryggleik, lære i lag, fremje refleksjon og få fram det beste i dei som vert retteleia. Men dersom ein organisasjon skal vere lærande, må det vere kopling mellom individ og organisasjon (Horne, 2009).

Leiarar i sjukepleie treng mange eigenskapar og ferdigheiter, men effektivt leiarskap kan rettleie og omforme kva organisasjon som helst. Helsepersonell tenderer mot å følgje ein leiar dei stoler på og som dei har ein relasjon til. Begge desse elementa blir støtta opp av eit leiarskap som forstår emosjonell intelligens. Relasjonar blir utvikla gjennom kommunikasjon som er sjølvbevisst, hensiktsmessig regulert, merksam på emosjonane til den andre part og grunnlagt på kunnskap om motiverande faktorar (Eason, 2009). Emosjonell støtte har ofte blitt sett på som ”mjukt leiarskap”. Men det er den einaste ferdigheita som leiarar i sjukepleie må vere klar over er viktig for å sikre seg at rettleiinga dei gjev er solid fundamentert på vurdering, samt ei erkjenning av kombinasjonen mellom emosjonell og kritisk tenking som bidreg til ei kvar avgjerd (Eason, 2009). Fleire seier at samarbeid med kollegaer er viktig, uansett erfaring (Værland, 2007).

5.4 Helsepersonell si rettleiing i praksis

Funna i studien viser at det fleire som i stor/høg grad brukar kognitiv åtferdsterapi når dei får rettleiing. Det er særleg er tre forhold ved rettleiinga som har betydning, at rettleiinga er regelmessig, at den styrkar den terapeutiske funksjonen og at rettleiinga gir større fagleg tryggleik.

Rettleiarar i rettleiingssituasjonen er ukjend i denne studien. Rettleiinga er vesentleg for meistring og bruk av kognitiv åtferdsterapi i praksis. Å vere fagperson krev meir enn å vere sensitiv, tolerant, ha innlevingsevne og å vere medmenneske. Nokre av utfordringane er at tilsette i helsevesenet generelt, og i psykisk helsearbeid spesielt, har ein arbeidssituasjon med belastningar knytt til møte med menneskelig lidning. Ofte handlar det om at helsepersonellet tek på seg mykje og tungt ansvar. Då handlar det om meir enn å ha innarbeidd teori og metodar om fagområdet (Teslo, 2006). I mange år var det spørsmål om det fanst effektive behandlingsmetodar for pasientar med mentale sjukdommar. No når metodane finst, er spørsmålet kvifor dei ikkje vert brukte regelmessig i klinisk praksis (Steinfeld et al, 2009).

Steinfeld et al, (2009) beskriv erfaringar ved eit opplæringsprogram i føretaket Group Health, som hadde som mål å innføre bruk av kognitiv åtferdsterapi til behandling av pasientar med depresjon og angst. Group Health yter helsetenester til 580 000 innbyggjarar i statane Washington og Idaho i USA. Ein motivasjon for helsepersonell til å vere med i treningsprogrammet var at dei forventa at det skulle heve kvaliteten på arbeidet deira, og dermed gje auka jobbtilfredsheit. De fleste hadde lang erfaring, og dei var opptekne av tid og korleis deltaking i programmet ville verke inn på arbeidsbelastninga. Dei var òg opptekne av korleis behandlingsmetoden kunne tilpassast eksisterande praksis. Ei innvending var at kognitiv åtferdsterapi var for mekanisk, og ikkje tok nok omsyn til relasjonskomponenten i psykoterapien.

Det var brukt månadlege gruppekonsultasjonar, der det vart fokusert på presentasjon av case, rollespel og diskusjonar. Desse sesjonane vart hjørnesteinen i treningsprogrammet.

Deltakarane utvikla eit tillitsforhold både til lærar og kollegane sine gjennom å løyse problem, praktisere og diskutere ferdigheiter. Rollespel og diskusjon i små grupper vart brukt for å illustrere og legge vekt på enkeltelement ved behandlinga. Dei tilsette vart oppmuntra til å eksperimentere med kognitiv åtferdsterapi, ved å følgje metoden etter boka i behandlinga av nokre pasientar og ved å tilpasse metoden ved behandlinga av andre. Deltakarane rapporterte

at diskusjon av case i grupper var det mest verdfulle bidraget. Nokre melde tilbake at dei ikkje våga bruke kognitiv åtferdsterapi regelmessig i behandling av pasientar med meir komplekse lidingar, sjølv om dei hadde fått eit års erfaring i bruk av metoden. Ei forklaring på det var at det var vanskeleg å halde fast på metoden over tid. Helsepersonellet rapporterte auka trygghet i bruk av metoden og i bruk av enkeltelement i kognitiv åtferdsterapi. Etter 2 år rapporterte helsepersonellet tilbake at dei var meir komfortable med å bruke kognitiv åtferdsterapi som ein vanleg del av det kliniske arbeidet. Men dei påpeika at det var nødvendig å stadig ha fokus på metoden frå avdelinga si side. Forholdet mellom behandlar og pasient er avgjerande for å få fornøgde pasientar. Dersom vanleg behandling ikkje verkar, så må helsepersonell eksperimentere med nye måtar å arbeide terapeutisk på når dei innfører bruk av kognitiv åtferdsterapi. For å bevare støtta frå organisasjonen, var det viktig å gje systematisk tilbakemelding til leiinga om kor effektivt programmet var. Å ha støtte frå leiinga var heilt avgjerande for å få ressursane og tida som trongst (Steinfeld et al, 2009). Rettleiing og coaching er dei viktigaste faktorane for å få innført ein ny metode (Fixsen et al, 2009).

Ei av dei største utfordringane fagpersonar står ovanfor er å granske eigne bidrag i relasjonar med klientar (Teslo, 2006). I ein rettleiingssituasjon blir eit av fundamenta å skape eit samarbeidsklime som fremjar rettleiinga sitt føremål, og å balansere mellom å ivareta og utfordre fagpersonane i gruppa, slik at ein kan dele og bearbeide sine erfaringar. Dei personlege målområda i rettleiinga av fagpersonen må omfatte heile personen, intellektuelle eller kognitive område, psykiske og sosiale område eller kroppsrelaterte målområde og handlingar (Tveiten, 2008).

Opplærings- og oppfølgingsprogram viser at rettleiing har betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi i behandlinga av klientar med depresjon (Simons et al, 2010). Eit innføringsseminar i kognitiv åtferdsterapi over to dagar, inkludert oppfølging med rettleiing over telefon, syner at terapeutane opprettheld terapeutisk intervensjon og faktisk aukar bruken av kognitiv åtferdsterapi. Dette er ein studie med førebelse resultat (Simons et al, 2010).

Min studie om helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi syner òg at regelmessig rettleiing har betydning for å utøve kognitiv metode i høg grad. Når rettleiinga er planlagt og strukturert opnar ein for at dei vanlege mellommenneskelege samtalar blir endra til å bli samtalar mellom helsepersonell der dei faglege problema og erfaringane drøftast. At ein har ein kjend struktur, det vil seie at normer, rammer og reglar for rettleiinga er kjend, kan gje større tryggleik hjå den som deltek i rettleiinga (Teslo, 2006). Regelmessig rettleiing gjer at

ein er førebudd på at òg den einskilde må bidra med faglege problemstillingar. Rettleiing kan då gjere ein bevisst om eigen praksis (Tveiten, 2006).

Når det blir lagt til rette for bruk av metoden ved at ein ”skjermar” terapeuten frå negative prosessar omkring organisering, så vil ein lettare ta i bruk metoden (Heaven, Clegg and Maguire, 2006). Rettleiing kan bidra til å raskt identifisere og løyse hindringar (Connor-Smith et al, 2003). Dette tyder på at helsepersonell kan få reiskapar til analyse og refleksjon over eigen praksis gjennom rettleiing.

Funna i min studie viser at rettleiinga styrker den terapeutiske funksjon i kognitiv åtferdsterapi. Eit av måla i rettleiinga er at yrkesutøveren skal oppnå fagleg vekst slik at ein kan fungere betre i si yrkesrolle. Når ein utdjupar sin praksisteori blir ein utfordra på verdiar, altså menneskesyn og etikk. I rettleiinga har rettleiar eit etisk ansvar for kandidaten. Empati handlar om å oppdage den andre si kjensle utan å bli i denne. Evne til empati inneheld blant anna områda som evne til sympati, moral, godheit og omsorg for den andre. I profesjonell haldning skal ein ha med seg ”viljen til å forstå den andre”. Respekt, grenser og interesse er element for å oppnå tryggleik og tillit i relasjonen (Rogers, 1957). Poenget her er at rettleiar i rettleiinga har med seg mange av dei elementa som òg er innhaldet i eit terapeutisk arbeid. I rettleiinga blir ein som i ein terapeutisk kontekst òg utfordra på sine tankar, kjensler og haldningar. Rettleiingssituasjonen er ein plass for å drøfte faglege utfordringar ein møter i praksis. Min studie viser at rettleiinga i praksis er viktig for å styrke den terapeutiske funksjon.

Det er forskjell mellom å planlegge rettleiing når ein arbeider med andre psykoterapeutar og når ein arbeider i ei tverrfagleg gruppe, men det er uansett snakk om ein samarbeidsprosess. Det krev erfaring i å analysere komplekse situasjonar i ei personalgruppe, og til å fornemme kva som føregår utan ord og utanom dagsorden. Retteleiaren må ha realistiske forventningar, og må vere ein del av den dynamiske prosessen mellom seg sjølv og den som vert rettleia. Motstand mot forandringar kan vere til hindring for å få til ein konstruktiv prosess. Personalet set dagsorden og bestemmer kva problem som skal behandlast. Rettleiar skal identifisere og peike på problema hjå pasienten, hjå personalet eller dei i mellom. Det bør vere ei klart definert avtale om rettleiinga (Ostrich, 2006).

Ei anna form for rettleiing er mentorlæring, det vil seie at ein erfaren medarbeidar rettleier dei som er mindre erfarne (Kaufmann et al, 2009). Rolla til mentor er å vere ein rettleiar som

syter for at mottakar får optimale utviklingsmulegheiter og hjelp til å sjå dei. Mentorlæring påverkar både mentor og den (dei) som vert rettleidd (Kvalsund et al, 2009). Det er viktig at dei som er retteleiarar og mentorar får avsett nok ressursar til oppgåvene. Ein mentor skal vere støttande, gje råd og bidra til læring og refleksjon. Men mentor skal ikkje gå for djupt inn i problemstillingane og ” ta over” ufordringa, noko som fort kan skje i helsevesenet der ein er van med å gå aktivt inn og løyse problem. Enkeltindividet eller gruppa må sjølv finne ut av, og løyse utfordringane basert på rettleiinga.

5.5 Metodediskusjon

I denne delen blir mine erfaringar frå utviklinga og gjennomføringa av spørjeundersøkinga kort diskutert. Diskusjonen går på størrelsen på spørjeskjemaet, utval, validitet, reliabilitet, statistisk testar og feilkjelder.

Størrelsen på spørjeskjema

Når ein skal utarbeide spørjeskjema for første gong er det vanskeleg å sjå kor utfordrande ein analyseprosess kan bli med eit stort spørjeskjema. På førehand hadde eg ein klar oppfatning av at kognitiv åtferdsterapi vart brukt i kombinasjon med andre tiltak og terapiar. Difor vart det laga mange underspørsmål til forskingsspørsmåla. Eg ser i ettertid at underspørsmål om arbeidssituasjonen kunne vore redusert og klarare utforma. Eit av underspørsmåla om arbeidssituasjonen var om helsepersonell hadde brukt fritid for tilegne seg kunnskap om kognitiv åtferdsterapi. Dette spørsmålet burde ha vore plassert i spørjeskjemaet som inneheldt ” din bruk av kognitiv åtferdsterapi”. I staden kunne det vore eit spørsmål om faglege fordjuping som påverkar bruk av metoden. Tilrettelegging kunne vore utdjupa med til dømes tid til fagleg oppdatering i arbeidssituasjonen. Då hadde innhaldet i dei sju delspørsmåla blitt slik; helsepersonell si oversikt i arbeidssituasjonen, eige kontor, støtte av kollegaer, utredning av pasientar etter diagnostiske kriterium, behandlingsansvar for pasientar, tilegning av kunnskap i arbeidstida og rettleiing på kognitiv åtferdsterapi.

I resultatdelen er det ikkje presentert svar frå spørsmål 22 som var ” i kombinasjon med kognitiv åtferdsterapi har eg brukt a) miljøterapi, b) fysisk aktivitet c) støttesamtalar og d) andre behandlingsformer. Hovudgrunnen for å utelate dette resultatet var at det var meir sentralt å fokusere på at det er 12 % som brukar kognitiv åtferdsterapi som einaste metode og 88 % som vel kognitiv terapi i kombinasjonar med andre tiltak. Miljøterapi, støttesamtalar,

fysisk aktivitet er supplement som inngår i kognitiv åtferdsterapi. Spørjeskjemaet er stort og eg opplevde under analysen at det vart mange spørsmål i spørjeskjemaet. Derfor ser eg i ettertid at dette spørsmålet kunne vore utelate frå denne studien.

Funn av samanhengar i ei tverrsnittundersøking kan gjere ein merksam på ulike forhold som kan gje problemstillingar som kan testast ut i nye studiar med eit anna eller betre design (Nortvedt, 2007). I denne studien er det ikkje eit mål å evaluere spørjeskjemaet, men erfaringane med inndelinga av underspørsmål under forskingsspørsmåla har gitt idèar til nytt innhald under forskingsspørsmålet om arbeidssituasjonen.

Spørjeskjemaet var lagt opp med obligatoriske svar med to unntak. Det som ikkje var obligatorisk svar på var om pasienten hadde fått diagnose før oppstart av behandling med kognitiv åtferdsterapi. Det siste spørsmålet var kommentarar til undersøkinga. Dette spørsmålet var også frivillig å svare på.

Utval

For at kvantitativ datainnsamling skal vere eit godt verktøy må respondentane vere representative for populasjonen (Polit, 2010). Fordeling av kjønn er nesten likt mellom dei som var inviterte til å delta i spørjeundersøking og dei som svarte på spørjeskjemaet. Studiepopulasjonen var 211 kvinner (82%) og 45 (18%) menn. Totalt svarte 135 respondentar på spørjeskjemaet. Det utgjer 52,5 % av den totale studiepopulasjonen som var 257. Av dei som svarte var det 112 (83 %) kvinner og 23 (17 %) menn. Det indikerar at respondentane er representative i studiepopulasjonen. Det gjer det mogeleg for statistisk generalisering og sannsynleggjering av resultatata til populasjonen (Ringdal, 2007).

Validitet og reliabilitet i denne studien

Ytre validitet angir i kva grad ein kan generalisere resultatata t.d. frå respondentane til studiepopulasjonen (Lund et al, 2006). Denne studien er representativ då fordeling av kjønn er ein prosentdel skilnad mellom dei som har blitt invitert til å delta og dei helsepersonellet som svarte på spørjeundersøkinga. Svarprosenten er 52,5% gir som òg viser at studien sannsynlegvis er representativ for populasjonen. Dette på grunn av svarprosent og kjønnsfordeling i studiepopulasjon og dei som svarte på spørjeskjemaet. Innhaldsvaliditet inneber å sjekke om elementa i eit instrument viser dei tiltenkte emna klart og tydeleg (Fayers et al, 2007; Polit et al, 2008). Omgrepa kognitiv åtferdsterapi, leiar, arbeidssituasjon,

profesjon er faguttrykk for helsepersonell som har fullført vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn 1. Dette gir grunnlag for å vurdere at studien har høg omgrepsvaliditet.

Statistiske testar

Undersøkingar som baserer seg på eit beskrivande design legg til grunn at størrelsen skal talfestast (Ringdal, 2007). Datafila vart overført frå Questback til statistikkprogrammet PASW, versjon 18. Ei automatisk overføring gjev ikkje innplottingsfeil. Statistiske testar vart brukt for å få fram om ein hadde funne dei same skilnadane om heile populasjonen hadde vorte spurde (Haraldsen, 1999). I statistiske analysar er alle svarkategoriar er nytta, men med kun eit avkryssingsalternativ på kvart av dei ulike svaralternativ. Eit avkryssingsalternativ gjer at den som svarar på spørjeskjemaet må gjere eit val i denne situasjonen. Det blir òg lettare å analysere når det er brukt berre eit svaralternativ for kvart enkelt spørsmål.

Det er òg utført gruppering av variablar på grunn av det er mange små variablar. Variablane helt einig og ganske einig vart slått saman til ein variabel som er kalla ”heilt einig”.

Variablane som i stor grad og svært høg grad er i enkelte analysar slått saman til ein variabel, ” i høg grad”. I ettertid ser eg at i spørsmåla 10, 11 og 18 (vedlegg 1) skulle svarkategoriane som desse variablane høyrde til vore inndelt i andre namn, som til dømes i ingen grad, i liten grad, i middels grad og høg grad. Ei slik inndeling hadde gitt respondentane tydelegare svaralternativ.

I analysen vart svarkategoriane i liten og mindre grad i spørsmål nr. 18 slått saman.

Konsekvensane av dette vart at middels grad og liten/mindre vart under midten. I staden kunne det ha vore nytta færre svarkategoriar, i høg grad, i middels grad, i liten grad og ingen grad. Mi erfaring er at det var for få respondentar til at å få fram at mange ulike svaralternativ ga utslagskraftige svar.

Feilkjelder

Ved inplotting av e-post adresser vart fem e-postadresser dubbert. Eg vart gjort merksam på dette i e-postar i frå tre respondentane etter andre purring. Dei dubberte e-postadressene vart då fjerna. Sjansen for at nokon har svart to gonger på spørjeskjemaet er der, men to svar frå same person er truleg lite sannsynleg.

6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGAR

Denne spørjeundersøkinga vart utført for å få kunnskap om korleis kognitiv åtferdsterapi blir brukt etter vidareutdanning i Kognitiv terapi, Trinn I. Funna viser at forhold som har med tilrettelegging i arbeidssituasjonen, leiartilhøve og rettleiing har betydning for i kva grad helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi. Vi har sett at innføring og bruk av ein ny metode krev tilrettelegging frå arbeidsgivar for at den enkelte helsearbeidar skal lære og vidareutvikle den profesjonelle praksisen. Studiane til Kauth et al (2010) og Shafran et al (2009) viser at mange helsepersonell anten brukar deler frå kognitiv åtferdsterapi, eller at dei trur dei brukar heile behandlingsmetoden utan at dei gjer det. Senge (1999) sin tredje dimensjon er å utfordre mentale modellar som kan vere til hindring for å innføre ny kunnskap. Spørsmålet blir då korleis ein kan klare det i ei gruppe der helsepersonellet har ulik bakgrunn og erfaring. Helsevesenet vil være lærande organisasjonar. Studien til Horne (2009) om opplæring av turnuslækjarar viser at det er dei kanskje ikkje. Dei enkelte arbeider gjerne utan å vite det etter ein slik modell. Organisasjonen, derimot, er ikkje organisert slik at ny kunnskap kan bli delt effektivt mellom alle. Ein slik tankegang krev forankring på alle nivå, frå toppleiing til det enkelte team og den enkelte tilsette. Helsetenestene har alltid vore kunnskapsbaserte, og vil ikkje bli det i mindre grad i framtida.

6.1 Anbefalingar for praksis

Det er fleire faktorar som påverkar i kor stor grad helsepersonell brukar kognitiv åtferdsterapi. Implikasjonar for praksis er at ein er merksame på at både forhold til arbeidssituasjon, leiartilhøve og rettleiing har betydning for helsepersonell sin bruk av kognitiv åtferdsterapi.

6.2 Anbefalingar for vidare forskning

Det er fleire forhold som ikkje er belyst i denne studien. Det har ikkje vore sett på profesjonen til leiar og betydninga denne har for bruk av kognitiv åtferdsterapi i høg grad. Det er heller ikkje sett på kva profesjon dei ulike leiarane har og kva for deler av helsetenesta dei er tilsett i. Leiarane med vidareutdanning i kognitiv åtferdsterapi har betydning for bruk av kognitiv åtferdsterapi. Eit forslag til forskning er om leiarar med vidareutdanning i kognitiv åtferdsterapi legg til rette for at helsepersonell får rettleiing i arbeidssituasjonen. Funn i min studie viser at kognitiv terapimodell til depresjon er den mest brukte modellen. Eit tema for

forsking kan vere å få kartlagt grunnen til at færre pasientar blir behandla med kognitiv åtferdsterapi til sosialfobi, panikkliding og tvangsliding.

LITTERATURLISTE

- Andrews, G. A. og Titov, N. (2009). Hit and miss: innovation and the dissemination of evidence based psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy* 47 (11), 974-979.
- Argyris, C. og Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II: theory, method, and practice*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Armstrong, G., Blashki, G., Joubert, L., Bland, R., Moulding, R., Gunn, J. og Nacarella, L. (2010). An evaluation of the effect of an educational intervention for Australian social workers on competence in delivering brief cognitive behavioural strategies: A randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 10, 304-312.
- Balogum J. og Johnson, G. (2004). Organizational restructuring and middle manager sensemaking. *Academy of Management Review* 47, 523-549.
- Bang, H. (2008). Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 45(3), 272-286.
- Bang, H. (1997). *Organisasjonskultur*. Oslo: Tano Aschehoug
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi: teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk forlag.
- Beck, J. S. (2007). *Kognitiv terapi för mer komplexa problem: när vanliga metoder inte fungerar*. Stockholm, Norstedts akademiska.
- Berge, T. og Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Berge, T. og Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T. og Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T. og Repål, A. (2007). *Lykketyvene: hvordan overkomme depresjon (koreansk)*. Seoul: Moonye Publishing.
- Blåka, G. og Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M og Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26(1), 17-3

- Clark, D. A., Beck, A. T. og Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, John Wiley.
- Connor-Smith, J. K. og Weisz, J. R. (2003). Applying Treatment Outcome Research in Clinical Practice: Techniques for Adapting Interventions to the Real World. *Child & Adolescent Mental Health* 8(1), 3.
- Dalgard, O. S. og Bøen, H. (2007). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Daniels, C., Harris, K. (2005). Daily affect and daily beliefs. *Journal of Occupational Health Psychology* 10(4), 415-428.
- DeRubeis, R.J., Holton, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R.M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. og Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Eason, T. (2009). Emotional Intelligence and Nursing Leadership. A Successful Combination. *Creative Nursing* (15) 4, 184-185
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. og Herbert, C. og Mayou, D. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 60, 1024–1032
- Fayers, P. M. og Machin, D. (2000). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley.
- Fayers, P. M. og Machin, D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Chichester: John Wiley.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, K. L. og Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice* 19(5), 531-540.
- Forskingsdepartementet, U.-o. (2005). *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Lese 02.07.11.
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269395-rammeplan_for_psykisk_helsearbeid_05.pdf
- Garvin, D. A. (2000). *Learning in action: a guide to putting the learning organization to work*. Boston, Mass., Harvard Business School Press.
- Gunter, R. W. og Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review* 30, 194-202 .
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J. og Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of

- factors that may predict outcome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 40(1), 9-19.
- Handal, G. og Lauvås, P. (1983). *På egne vilkår: en strategi for veiledning med lærere*. Oslo: Cappelen.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hawkins, P. and Shohet, R. (1989). *Supervision in the helping professions: an individual, group, and organizational approach*. Milton Keynes: Open University Press.
- Heaven, C., Clegg, J. and Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education & Counseling* 60(3), 313-325.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonale mål og prioriterte oppgaver*. Rundskriv IS-1/2011. Lese 17.06.11.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00320/IS-1_2011_320649a.pdf
- Helsepersonellova . *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64. Sist endra 04.09.2010. Lese 15.06.11.
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>
- Helse og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. LOV-2011-06-24 nr. 30. Sist endra 08.07.11. Lest 10.07.11
<http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html#3-10>
- Hermansen, M. V., Carlsen L. B., Bruland , G. V. (1991). *Sykepleiefaglig veiledning*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Hovland, O. J. (2008). *Bruk av kartleggings skjemaer i kognitiv terapi for voksne. I: T. Berge og A. Repål (red.). Håndbok i kognitiv terapi* (s.111-131). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Horne, R. (2009). *Det er opp til kvar og ein – om rettleiing av turnuslegar og sjukehus som lærande organisasjon*. Sogndal: Høgskulen i Sogn og Fjordane
- HSF (2010). *Studieplan i Kognitiv Terapi, Trinn 1*. Lese 02.06.11.
<http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/10009/language/nor-NO>
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E. og Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. and Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a

- multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(5), 747-755.
- Ilstad, S. (1992). *Generell psykologi*. Trondheim: Tapir Forlag
- Irgens, E.I. (2007) *Profesjon og organisasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, C. F. (2010) Suksesskriterie for etablering av sterk læringskultur. *Magma. Econas tidsskrift for økonomi og ledelse* 3,2010. Lese 03.06.11. <http://www.econa.no/suksesskriterier-for-etablering-av-sterk-laeringskultur>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. and Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Johnsen, E., Vanebo, J. O., Valstad, S. J. og Busch, T. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaufmann, G., Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kauth, M. R., Sullivan, G. , Blevins, D., Cully, J, A., Landes, R.D, Said, Q, Teasdale, T.A., (2010). Employing external facilitation to implement cognitive behavioral therapy in VA clinics: a pilot study. *Implementation Science: IS* 5: 75-75.
- Kennedy-Merrick, S. J., Haarhoff, B. A, Stenhouse, L. M., Merrick, P. L. og Kazantzis, N. (2008). Training Cognitive Behavioural Therapy Practitioners in New Zealand: From University to Clinical Practice. *New Zealand Journal of Psychology* 37(2), 8-17.
- Kingdon, D., Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B. og Murphy, S. (1996). The Nottingham Study of Neurotic Disorder: influence of cognitive therapists on outcome. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science* 169(1), 93-97.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* 69(9), 881-888.
- Krogh, Georg von, Ichijo, K. og Nonaka, I. (2005). *Slik skapes kunnskap - Hvordan frigjøretaus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Oslo: N. W. Damm & Søn
- Krogstad U., Hofoss F., Veenstra M. og Hjortdahl P. (2006). Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for mirco unit culture. *Human Resources for Health* 4: 3. Lese 05.06.11. <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/3>
- Kvalsund, R. og Karlsdottir, R. (2009). *Mentoring og coaching i et læringsperspektiv*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

- Lindal, A.K. og Bakke, T.(2010). *Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lauvås, P. og Handal, G. (1990). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen.
- Lauvås, P. og Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Lund, T. (1996). *Metoder i kausal samfunnsforskning: en kortfattet og enkel innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lund, T. og Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Martinussen, M. og Araï, D. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McManus, F., Westbrook, D., Vazquez-Montes, M., Fennell, M. og Kennerley, H. (2010) An evaluation of the effectiveness of Diploma-level training in cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy* 48 (11), 1123-1132.
- Mikkelsen, B. Ø. (2008). *Ledelse, organisasjon og kognitiv terapi I: Berge, T. og Repål, A. (red). Håndbok i kognitiv terapi*, s. 760-785. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Moxnes, P. (2000). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo: P. Moxnes.
- Mørch, M. M. og Rosenberg, N. K. (2005). *Kognitiv terapi: modeller og metoder*. København: Hans Reitzel.
- Nadort, M, Dyck, R. v., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing M., Spinhoven, P., Dirksen, C., Bleecke, J., Millingen, B. v., Vreeswijk, M. v. og Arnoud, A. (2009). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in General Mental Health Care. *Behaviour Research and Therapy* 47, 938-945
- Nielsen, K. og Kvale, S. (2003). *Praktikkens læringslandskab: at lære gjennom arbeide*. København, Akademisk Forlag.
- Norcross, J. C. og Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 48(1), 98-102.
- Nortvedt, M. W. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Orlinsky, D. E. og Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ostrich, I. H. (2006). *Supervision og vedligeholdelse af faglige færdigheder I: Holm, L. og Oestrich, I. H.(red). Kognitiv miljøterapi. At skape et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbeide*, s. 189 – 194. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.

- Orvik, A. (2004). *Organisasjon, fag og profesjon: organisasjonskunnskap som sykepleierkompetanse : kompendium i samfunnsfag: helsepolitikk og helserett, kommunikasjon, ledelse og konfliktløsning : Sykepleierutdanningen studieåret 2003-04*. Ålesund: Høgskolen.
- Ose, S.O., Haus, S. R., Pettersen, I., Jensberg, H. og Paulsen, B. (2009). *Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner*. Trondheim: SINTEF
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Pasientrettighetslova. *Lov om pasientrettigheter*. LOV-1999-07-02-63: Sist endra 05.01.2010. Lese 15.06.11.
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson.
- QuestBack (2011). Lese 20.03.11.
<http://www.questback.no/no/produkt/questback/produktbeskrivelse/lageundersokelser/>.
- Raknes, S. (2008). *Åtferdsekspesiment som metode i kognitiv terapi. I: T. Berge og A. Repål (red.). Håndbok i kognitiv terapi*, s.111-131. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rakovshik, S. G. og McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review* 30(5), 496-516.
- Rhodes, L., Genders, R., Owen, R., O'Hanlon, K. og Brown, J. S.L. (2010). Investigating barriers to implementation of the NICE Guidelines for Depression: a staff survey with Community Mental Health Teams. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* 17 (2), 147-151.
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Hedelund, L., Hegelund, S. og Kock, C. (2006). *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri: pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free press.

- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.
- Safran, J.D., Murran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 43, 286-291.
- Schumann, L. S. (2000). *Praksislæring*. København: Gyldendal Uddannelse.
- Schein, E.H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass
- Senge, P. M. (1999). *Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforlag.
- Shafran, R., D. Clark, M., Fairburn, C. G., Arntz, A, Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P. A., Hollon, S. D., Ost, L. G., Salkovskis, P. M., Williams, J.M.G. og Wilson, T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research & Therapy* 47(11), 902-909.
- Simons, A. D., C. Padesky, A., Montemarano, J., Lewis, C.C., Murakami, J., Lamb, K., DeVinney, S., Reid, M., Smith, D. A. og Beck, A. T. (2010). Training and Dissemination of Cognitive Behavior Therapy for Depression in Adults: A Preliminary Examination of Therapist Competence and Client Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(5), 751-756.
- Skår, R. (2010). *Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer*. Bergen: Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H. og Yorkston, N.J. (1975). Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *The American Journal Of Psychiatry* 132(4), 373-377.
- Sosialdepartementet (1952). *Forslag til vilkår for offentlig godkjenning av spesialskole i psykiatrisk sykepleie*.
- Sosialdepartementet (1963). *Forslag til vilkår for offentlig godkjenning av spesialskole i psykiatrisk sykepleie*.
- Sosialdepartementet (1980). *Forskrifter for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie*.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Lese 24.06.11
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse. Resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforl.
- Spurkeland, J. (2009). *Relasjonsledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Steinfeld, B. I., Keyes, J. A. og Coffman, S. J. (2009). Implementation of an Evidence-Based Practice in a Clinical Setting: What Happens When You Get There? *Professional Psychology: Research & Practice* 40(4), 410-416.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J. og Hollon S.D. (2010). Therapist Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 78(3), 429-437.
- Stålsett, U. E. (2009). *Veiledning i en lærende organisasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sullivan, G., Blevins, D. og Kauth, M. R. (2008). Translating clinical training into practice in complex mental health systems: toward opening the 'black box' of implementation. *Implementation Science: IS* 3, 33-33.
- Taylor, C. B. og Chang, V. (2008). *Issues in the dissemination of cognitive-behavior therapy*. *Nordic Journal of Psychiatry* 62(0), 37-44.
- Teslo, A. L. (2006). *Mangfold i faglig veiledning: for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Timonen, M. og Liukkonen, T. (2008). Management of depression in adults. *BMJ: British Medical Journal* 336(7641), 435-439.
- Tveiten, S. (2006). *The public health nurses' client supervision*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning: mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torbert, B. et al (2004). *Action Inquiry. The secret of timely and transforming leadership*. San Francisco: Berrett-Koehler
- Veggeland, K. og Bahrami, S. (2008). *Arbeidsplassen som læringsarena. - En kvalitativ studie av 5 sykehjem i Kristiansand kommune*. Grimstad: Universitetet i Agder
- Værland, I.E. (2007). *Evidensbasert sykepleie i møte med praksis*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Vries, M. K. d. (1986). Personality, culture and organization. *Academy of Management Review* 1, 266-279.
- Wampold. B. E. (2010). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Routledge
- Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E. J., McCulloch, J., Pethukova, M. Z. og Kessler, R.C. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 298(12), 1401-1411.
- Waller, G (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy* 47, 119-127.

- Weissman, M.M, Verdeli, H., Gerneroff, M. J., Beldsoe, S. E., Betts, K, Mufson, L., Fitterling, H. og Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology and social work. *Archives of General Psychiatry* 63, 925–934
- Wykes, T., Steel, C., Everitt B. og Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin* 34(3), 523-523.
- Ådnanes, M. og Harsvik, T. (2007). *Evaluering av vidareutdanning i psykisk helsearbeid*. Trondheim: SINTEF Helse.

VEDLEGG

Vedlegg 1 Spørjeskjema

Jeg inviterer deg til å delta i denne undersøkelsen som handler om din bruk av kognitiv adferdsterapi i praksis.

Din identitet vil holdes skjult

Les om retningslinjer for personvern. (Åpnes i nytt vindu)

Først litt om deg selv

1) * Alder

- 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69

2) * Kjønn

- Kvinne Mann



3) * Hvor mange års erfaring hadde du fra psykisk helsearbeid/psykisk helsevern da du begynte på videreutdanningen i kognitiv terapi, trinn 1? Skriv kun tall.

Arbeidsforhold før og etter videreutdanning. Kombinerer du to stillinger så spesifiser dine ulike arbeidssteder i punktet "Annet"

4) * Hvor arbeidet du før du tok videreutdanning i kognitiv terapi, trinn 1

- Psykiatrisk sykehus, sengepost
- Distriktpsikiatrisk senter (DPS), sengepost
- Psykiatrisk poliklinikk - DPS
- Psykiatrisk poliklinikk
- Psykiatrisk dagavdeling
- Primærhelsetjeneste/hjemmesykepleie
- Barne og ungdomspsykiatri - sengepost
- Barne og ungdomspsykiatri -poliklinikk
- Annet, spesifiser her

5) Når avsluttet du din videreutdanning i kognitiv terapi, trinn 1?

- Før eller i 2007
- 2008
- 2009
- 2010



6) * Hvor arbeider du nå?

- Psykiatrisk sykehus, sengepost
- Distriktpsikiatrisk senter (DPS), sengepost
- Psykiatrisk poliklinikk - DPS
- Psykiatrisk poliklinikk
- Psykiatrisk dagavdeling
- Primærhelsetjeneste/hjemmesykepleie
- Barne og ungdomspsykiatri - sengepost
- Barne og ungdomspsykiatri -poliklinikk
- Annet, spesifiser her

7) * Hvor stor stillingsprosent har du nå?

- 0 - 25
- 26 -50
- 51-75
- 76-100

8) * Hvilken profesjonsbakgrunn har du?

- Sosionom
- Sykepleier
- Barnevernspedagog
- Vernepleier
- Anna yrkesbakgrunn, spesifiser her

9) * Hva er ditt nærmeste regionale helseforetak i din arbeidssituasjon?

- Helse Nord
- Helse Sør-Øst
- Helse Vest
- Helse Midt-Norge

Nå noen spørsmål om din bruk av kognitiv adferdsterapi

10) * I hvilken grad bruker du kognitiv adferdsterapi i praksis?

- I svært stor grad
- I høy grad
- I middels grad
- I liten grad
- Bruker aldri kognitiv adferdsterapi



11) * I hvilken grad har din kunnskap om kognitiv adferdsterapi betydning for det arbeidsområdet du har i dag?

- I svært stor grad
- I høy grad
- I middels grad
- I liten grad

12) * Hvilken av de følgende kognitive modellene brukte du mest i behandlingen i 2010?

- Kognitiv modell til depresjon
- Kognitiv modell til sosial fobi
- Kognitiv modell til panikklidelse med og uten agorafobi
- Kognitiv modell til tvangslidelse (OCD)

13) * Hvilken av de følgende kognitive modellene brukte du minst i behandling i 2010?

- Kognitiv modell til depresjon
- Kognitiv modell til sosial fobi
- Kognitiv modell til panikklidelse med og uten agorafobi
- Kognitiv modell til tvangslidelse (OCD)



14) * Hvor mange av din klienter som du behandlet med kognitiv adferdsterapi i 2010 var kvinner? Skriv tall.

15) * Hvor mange av din klienter som du behandlet med kognitiv adferdsterapi i 2010 var menn? Skriv tall.



16) * I hvilken grad opplever du at din kompetanse i kognitiv adferdsterapi har gjort deg til en bedre terapeut/fagperson?

- I svært stor grad
- I høy grad
- I middels grad
- I liten grad
- I ingen grad

17) * Hvilken type kognitiv adferdsterapi tilbyr du vanligvis til klienter med depresjon og angstlidelser?

- Kognitiv adferdsterapi
- I hovedsak kognitiv adferdsterapi med innslag av andre terapier
- Jeg bruker teknikkene fra kognitiv adferdsterapi i kombinasjon med teknikker fra andre terapiformer
- Jeg bruker miljøterapeutiske tiltak i kombinasjon med innslag fra kognitiv adferdsterapi
- Jeg bruker miljøterapeutiske tiltak i kombinasjon med innslag fra både kognitiv adferdsterapi og andre relevante terapier

18) * I hvilken grad opplever du at du mestrer å utøve kognitiv adferdsterapi i ditt arbeid?

- I svært høy grad
- I høy grad
- I middels grad
- I liten grad
- I ingen grad



19) * Vennligst ta stilling til følgende påstander om din leder i praktisering av kognitiv adferdsterapi:

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken enig eller uenig	Ganske enig	Helt enig
I 2010 har min nærmeste leder gitt meg støtte for bruk av kognitiv adferdsterapi på min arbeidsplass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har min nærmeste leder gitt meg stor grad av selvstendig vurdering for bruk av kognitiv adferdsterapi til klienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har min nærmeste leder tatt vare på mitt talent for kognitiv adferdsterapi og oppmuntret til ytterligere kompetanseheving i metoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har min nærmeste leder avgjort når kognitiv adferdsterapi skal benyttes i behandling til klienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg hatt god kommunikasjon med min nærmeste leder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg vært tilfreds med hvordan kognitiv adferdsterapi er tilrettelagt i min arbeidssituasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min leder har videreutdanning i kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20) * Hvilken profesjon har din nærmeste leder?

- Sosionom
- Sykepleier
- Psykolog
- Lege
- Barnevernspedagog
- Vernepleier
- Administrativ/økonomisk utdanning (uten profesjonsutdanning)
- Annet, spesifiser her

21) * Vennligst ta stilling til følgende påstander om din arbeidssituasjon:

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken enig eller uenig	Ganske enig	Helt enig
I 2010 har jeg hatt god oversikt over tidsplanen i arbeidssituasjonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg hatt behandlingsansvar for klienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har det har vært stilt psykiatrisk diagnose etter diagnostiske kriterier før oppstart av behandling med kognitiv adferdsterapi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg disponert eget kontor/værelse for praktisering av kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg brukt min fritid for å tilegne meg mer kunnskap om kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg hatt god kollegial støtte for utøvelse av kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 2010 har jeg hatt veiledning på min utøvelse av kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



22) * I kombinasjon med kognitiv adferdsterapi har jeg i 2010 brukt:

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken enig eller uenig	Ganske enig	Helt enig
Miljøterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Støttesamtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre behandlingsformer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Din veiledning i praksis.

23) Jeg mottar veiledning i min arbeidssituasjon.

- Ja
 Nei

24) Vennligst ta stilling til følgende påstander om din veiledning i praksis:

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken enig eller uenig	Ganske enig	Helt enig
Veiledning er viktig for min praktisering av kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga har fokus på kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga er avgjørende for at min kunnskap om kognitiv adferdsterapi blir benyttet i praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga har gitt meg større faglig trygghet i kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga har gitt meg inspirasjon til å fordype meg i kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga har gitt meg økt kunnskap om kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga styrker min terapeutiske funksjon i kognitiv adferdsterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledninga er i gruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har regelmessig veiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25) Jeg har individuell veiledning

- Ja
 Nei

26) Min veileder har utdanning i kognitiv terapi

- Ja
- Nei



Dette er nest sist spørsmål i undersøkelsen og jeg ønsker at du formidler din tidsbruk i kognitiv adferdsterapi.

27) * Hvor mange timer har du praktisert kognitiv adferdsterapi i februar 2011? Om du har fleire enn 30 timar skriv tallet inn nederst i skjemaet

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18

- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- Skriv tall timer her om det er over 30 timer



28) Til deg som deltok i studien. Har du kommentarer til undersøkelsen du nettopp har besvart?

Vedlegg 2 Invitasjon til å delta i spørjeundersøking

Invitasjon til å delta i spørjeundersøking.

I studieåret 2011 skal eg fullføre masteroppgåva mi ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Eg skal utføre ei spørjeundersøking blant fagpersonar som har gjennomført vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1. Eg har utarbeidd eit spørjeskjema og ber deg om å svare på dette. Føremålet med masterstudiet er å få kunnskap om korleis fagpersonar brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis.

Forskingsspørsmåla i studiet er følgjande:

Korleis brukar fagpersonar kognitiv åtferdsterapi i praksis?

Kva for strukturelle forhold påverkar fagpersonar sin bruk av kognitiv åtferdsterapi?

Kva forhold hjå leiar påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi?

Har rettleiing betydning for utøving av kognitiv åtferdsterapi?

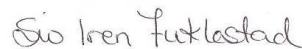
Funna i studien kan bli eit grunnlag for vurdering av innhald som bør vektleggast i større grad i vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1.

For å få svar på dette ligg det vedlagt eit spørjeskjema til kandidatar som har gjennomført heimeeksamen i studiet Kognitiv terapi, trinn 1 ved Høgskulen i Sogn og Fjordane frå 2007-2010. Undersøkinga blir utført ved hjelp av QuestBack, slik at du svarer på spørsmåla via nettet. Det tar ca. 11-13 minutt å svare på skjemaet. Det er underteikna som har sendt dette spørjeskjema til deg via di e-post adresse. Svare du gir vil bli koda i QuestBack og behandla konfidensielt. Som student og fagtilsett ved Høgskulen i Sogn og Fjordane vil eg ikkje på nokon tidspunkt ha tilgang til kven som har svart på spørjeskjemaet. I masteroppgåva eller anna formidling vil det såleis ikkje koma fram opplysningar som kan førast tilbake til deg. Dine opplysningar i spørjeskjemaet vil bli sletta innan prosjektslutt 31.12.2012. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S. Høgskulen i Sogn og Fjordane har gjeve tilgang til di e-post adresse.

Om du har spørsmål kan du kontakte Siv Iren Juklestad på telefon 99 26 89 91 eller min retteleiar som er førsteamanuensis Ragnhild Hellesø, tlf. 22 85 05 66/9769 9973. Når du har svart på spørjeskjemaet er dette ditt samtykke til å delta.

På førehand takk for hjelpa

Med venleg helsing



Siv Iren Juklestad

-masterstudent på Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo-

Vedlegg 3 Meldeskjema frå NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ragnhild Helleø
Avdeling for sykepleievitenskap
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 08.03.2011

Vår ref: 26240 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.02.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 07.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26240	<i>Korleis brukar fagpersonar kognitiv åtferdsterapi i praksis?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Ragnhild Helleø
Student	Siv Iren Juklestad

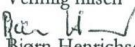
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Siv Iren Juklestad, Sunde, 6800 FØRDE

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 4 Søknad om tilgang til informantar

Dekan Eva Marie Halvorsen
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Avdeling for helsefag
Postboks 523
6803 Førde

Førde, 02. februar 2011

Søknad om tilgang til kandidatar som har bestått heimeeksamen i Kognitiv terapi, trinn 1, frå 2007-2010

I studieåret 2010/2011 skal eg fullføre masteroppgåva mi ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Føremålet med masterstudiet er å få kunnskap om korleis fagpersonar brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis.

Forskingsspørsmåla i studiet er følgjande:

Korleis brukar fagpersonar kognitiv åtferdsterapi i praksis?

Kva for strukturelle forhold i organisasjonen verkar inn på fagpersonar sin bruk av kognitiv åtferdsterapi?

Kva forhold hjå leiar påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi ?

Har rettleiing betydning for utøving av kognitiv terapi?

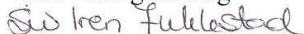
Funna i studiet kan bli eit grunnlag for vurdering av innhald som bør vektleggast i større grad i vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1.

For å få svar på dette på dette ligg det vedlagt spørjeskjema til kandidatar som har gjennomført heimeeksamen i Kognitiv terapi, trinn 1, ved Høgskulen i Sogn og Fjordane frå 2007-2010, totalt 262 kandidatar. Det tek om lag 12 minutt å svare på det elektroniske spørjeskjemaet.

Eg søkjer om å få sende det vedlagde spørjeskjemaet til dei 262 kandidatane. E-post adressene til kandidatane er lagra i HSF Oppdrag sitt system. Svara frå informantane blir koda og behandla konfidensielt. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Om du har spørsmål kan du kontakte Siv Iren Juklestad på telefon 99 26 89 91 eller min retteleiar som er førsteamanuensis Ragnhild Hellesø, tlf. 22 85 05 66/9769 9973

Med venleg helsing



Siv Iren Juklestad

-masterstudent ved Institutt for helse og samfunn-
Universitet i Oslo

Vedlegg 5 Svar på søknad om tilgang til informantar



Sakshandsamar
Bente Walaker, tlf 57 72 25 12

Vår dato
10.03.2011
Dykkar dato
02.02.2011

Vår referanse
2011/283 - 1403/2011
Dykkar referanse

1 av

Siv Juklestad

Sunde
6800 FØRDE

Søknad om tilgang til kandidatar som har bestått heimeeksamen i kognitiv terapi, trinn 1, frå 2007-2010

Vi viser til søknaden din av 2. februar 2011 og til kvittering på melding om behandling av personopplysningar frå NSD av 8. mars 2011.

Personvernombodet har vurdert prosjektet ditt, og finn at behandlinga av personopplysningane tilfredsstillar krava i personopplysningslova. Avdeling for helsefag stettar søknaden din.

Lukke til med masteroppgåva!

Med helsing

Eva Marie Halvorsen
dekan

Postadresse	Avdeling	Besøksadresse	E-postadresse	Telefon	Telefaks
Høgskulen i Sogn og Fjordane Vie, 6800 Førde	Avdeling for helsefag	Vie	post@hisf.no	57 72 25 00	57 67 61 00

Vedlegg 6 Invitasjon til å delta i spørjeundersøking

Invitasjon til å delta i spørjeundersøking.

I studieåret 2011 skal eg fullføre masteroppgåva mi ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Eg skal utføre ei spørjeundersøking blant fagpersonar som har gjennomført vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1. Eg har utarbeidd eit spørjeskjema og ber deg om å svare på dette. Føremålet med masterstudiet er å få kunnskap om korleis fagpersonar brukar kognitiv åtferdsterapi i praksis.

Forskingsspørsmåla i studiet er følgjande:

Korleis brukar fagpersonar kognitiv åtferdsterapi i praksis?

Kva for strukturelle forhold påverkar fagpersonar sin bruk av kognitiv åtferdsterapi?

Kva forhold hjå leiar påverkar bruk av kognitiv åtferdsterapi?

Har rettleiing betydning for utøving av kognitiv åtferdsterapi?

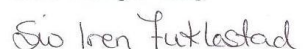
Funna i studien kan bli eit grunnlag for vurdering av innhald som bør vektleggast i større grad i vidareutdanning i Kognitiv terapi, trinn 1.

For å få svar på dette ligg det vedlagt eit spørjeskjema til kandidatar som har gjennomført heimeeksamen i studiet Kognitiv terapi, trinn 1 ved Høgskulen i Sogn og Fjordane frå 2007-2010. Undersøkinga blir utført ved hjelp av QuestBack, slik at du svarer på spørsmåla via nettet. Det tar ca. 11-13 minutt å svare på skjemaet. Det er underteikna som har sendt dette spørjeskjema til deg via di e-post adresse. Svara du gir vil bli koda i QuestBack og behandla konfidensielt. Som student og fagtilsett ved Høgskulen i Sogn og Fjordane vil eg ikkje på nokon tidspunkt ha tilgang til kven som har svart på spørjeskjemaet. I masteroppgåva eller anna formidling vil det såleis ikkje koma fram opplysningar som kan førast tilbake til deg. Dine opplysningar i spørjeskjemaet vil bli sletta innan prosjektslutt 31.12.2012. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S. Høgskulen i Sogn og Fjordane har gjeve tilgang til di e-post adresse.

Om du har spørsmål kan du kontakte Siv Iren Juklestad på telefon 99 26 89 91 eller min rettleiar som er førsteamanuensis Ragnhild Hellesø, tlf. 22 85 05 66/9769 9973. Når du har svart på spørjeskjemaet er dette ditt samtykke til å delta.

På førehand takk for hjelpa

Med venleg helsing



Siv Iren Juklestad

-masterstudent på Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo-