

Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge

Harveen Kaur & Natasha Sahrish Naseem



Hovedoppgave for Cand.Psychol.

Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2017

Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge

© Harveen Kaur & Natasha Sahrish Naseem

2017

Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge

Harveen Kaur & Natasha Sahrish Naseem

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

Sammendrag

Forfattere: Harveen Kaur & Natasha Sahrish Naseem

Tittel: Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge.

Veiledere: Ane-Marthe Solheim Skar & Tine Kristin Jensen

Bakgrunn: Det er en diskrepans mellom forskning om effektiv behandling og praksisfeltets bruk av den foreliggende kunnskapen. Holdninger til evidensbasert praksis (EBP) er relevant for om en behandlingsmetode anvendes i praksis. Formålet ved denne studien var å undersøke holdninger til EBP blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge, og betydningen av alder, kjønn, rolle, utdanning og teoretisk orientering i denne sammenhengen.

Metode: Studien baserer seg på data fra et pågående prosjekt «Veier til bedre psykisk helse: En studie av endringsprosesser og implementering av en behandlingsmetode for traumatiserte barn og unge». Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) ble benyttet for å studere holdninger til EBP blant ansatte i BUP (N = 503) i alderen 22-70 år. De psykometriske egenskapene ved EBPAS ble også undersøkt. En deskriptiv analyse ble foretatt for å studere holdningene generelt. I tillegg ble sammenhengen mellom de demografiske variablene og holdningene undersøkt ved independent samples t-test (two-tailed), enveis mellomgruppe variansanalyse (two-tailed) og korrelasjonsanalyse.

Resultater: EBPAS har gode psykometriske egenskaper. Ansatte hadde generelt positive holdninger til EBP. Kvinner rapporterte mer positive holdninger enn menn og yngre ansatte uttrykket mer positive holdninger. Ledere var også mer positive enn terapeutene til å ta i bruk ny praksis dersom den var påkrevd eller ble oppfattet som appellerende. De med helsefaglig utdanning ville i større grad anvende en ny praksis når den ble påkrevd sammenlignet med psykologer. Å være påvirket av kognitiv atferdsterapi var assosiert med positive holdninger til EBP, mens påvirkning av humanistisk terapi var assosiert med mindre positive holdninger. Påvirkning av psykodynamisk og analytisk terapi var assosiert med mindre åpenhet.

Konklusjon: Få norske studier har undersøkt holdninger til EBP blant ansatte i psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Funn fra denne studien bidrar med nyttig kunnskap om holdninger blant ansatte ved BUP i Norge, der vi blant annet ser at eldre ansatte er mindre positive enn yngre, og terapeuter er mindre positiv innstilt enn ledere. Dette kan gi grunnlag for utvikling av en mer effektiv implementering ved å ta høyde for årsakene bak skepsisen mot EBP blant enkelte ansatte, og fasilitere tiltak og tilrettelegging av arbeidssituasjonen.

Abstract

Authors: Harveen Kaur & Natasha Sahrish Naseem

Title: Attitudes to evidence-based practice among practitioners in child and adolescent mental health clinics.

Supervisors: Ane-Marthe Solheim Skar & Tine Kristin Jensen

Background: There exists a discrepancy between the empirical evidence on effective treatment and the actual use of this knowledge in real-world practice. Attitudes to evidence-based practice (EBP) is important in the implementation of evidence-based treatment methods. The purpose of this study was to examine the attitudes to EBP among practitioners in child and adolescent mental health clinics and to study the importance of age, gender, role, education and therapeutic orientation for the attitudes to EBP.

Methods: This study is based on data from an ongoing project «Pathways to better mental health: A study of the change processes and implementation of a treatment method for traumatized children and adolescents». Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) was used to explore the attitudes to EBP among practitioners in BUP (N = 503) ranging from 22 to 70-year-old participants. The psychometric properties in EBPAS were examined. A descriptive analysis was conducted to examine the general attitudes. In addition, the significance of the demographical variables was examined by conducting independent samples t-test (two-tailed), one way between groups analysis of variance (two-tailed) and a correlational analysis.

Results: EBPAS has good psychometric properties. Generally, the practitioners had positive attitudes to EBP. Women reported more positive attitudes to EBP than men did, and younger practitioners expressed more positive attitudes than the elder ones. Leaders were more positive than the therapists to adopting a new practice, if required or if perceived as appealing. Practitioners with healthcare education would apply a new practice to a greater extent as compared to psychologists, if it was required. To be influenced by cognitive behavioural therapy was associated with positive attitudes to EBP, while influence of humanistic therapy was associated with less positive attitudes. Influence of psychodynamic and analytic therapy was associated with less openness.

Conclusion: Few Norwegian studies have examined the attitudes related to EBP among practitioners in mental health clinics, especially for children and youth. Results from this study thereby contribute to useful knowledge about attitudes among practitioners in Norway.

We have, among others, found that elder practitioners are less positive than the younger ones and therapists are less positive than leaders. This can provide a base for the development of more effective implementation interventions by taking into account the reasons behind this scepticism to EBP among some practitioners into account and by facilitating the initiatives that contribute to facilitation of the working place.

Forord

I forbindelse med skriving av vår hovedoppgave er det mange som fortjener en stor takk. Aller først ønsker vi å takke våre veiledere Ane-Marthe Solheim Skar og Tine Kristin Jensen, som har gitt støtte og konstruktive tilbakemeldinger i løpet av skriveprosessen. Vi vil også takke dere for at dere alltid har vært tilgjengelige og alle oppmuntrende mailer, spesielt i påskeferien. Videre vil vi takke Anne-Marie Halberg for statistisk veiledning, spesielt i forbindelse med faktoranalysen, og gode statistiske råd fra Pål Ulleberg.

Vi ønsker også å rette en stor takk til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress for at vi fikk muligheten til å delta i implementeringsprosjektet: «Veier til bedre psykisk helse: En studie av endringsprosesser og implementering av en behandlingsmetode for traumatiserte barn og unge». En av oss deltok også på to spennende seminarer knyttet til prosjektet og fikk muligheten til å møte og få tilbakemelding på våre funn fra utvikleren av Evidence-Based Practice Attitude Scale, Gregory Aarons. Vi vil også takke de ansatte som har sittet i ekspedisjonen i PSI og møtt oss med tålmodighet de utallige gangene vi har booket rom i forbindelse med hovedoppgave.

Selve arbeidet med oppgaven har vært en reise hvor vi har blitt bedre kjent med hvordan vi skal ta vare på oss selv, viktigheten av å gå turer i skogen og oppdaget nye stier bak PSI. Tilsatt en stor takk til familie og venner for moralsk støtte i dette arbeidet, og spesielt takk til Inger Bjørkaas Thedin og Nora Svenson Paus som leste korrektur før levering.

Oslo, April 2017

Harveen og Natasha

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Evidensbasert praksis (EBP)	2
1.2	Effektstudier og effektivitetsstudier	4
1.3	Teorien om planlagt atferd (TPB)	5
1.4	Ulike aspekter ved holdninger knyttet til en ny praksis	6
1.5	Holdninger til EBP blant ansatte i psykisk helsevern.....	8
1.6	Sammenhengen mellom alder og kjønn og holdninger til EBP	9
1.7	Ledelses betydning for holdninger til EBP.....	10
1.8	Sammenhengen mellom utdanning og holdninger til EBP	11
1.9	Teoretisk orientering og holdninger til EBP.....	12
1.10	Formålet ved studien	13
2	Metode	14
2.1	«Veier til bedre psykisk helse».....	14
2.2	Utvalget	15
2.3	Prosedyre	16
2.4	Måleinstrumenter.....	16
2.4.1	Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS).....	16
2.4.2	Teoretisk orientering.....	18
2.5	Statistiske analyser	18
2.6	Missing data.....	21
2.7	Antagelser om parametrisk statistikk	21
2.7.1	Antagelsen om målenivå (level of measurement).....	21
2.7.2	Antagelsen om tilfeldig utvalg (random sampling)	21
2.7.3	Antagelsen om uavhengige observasjoner (independence of observations)	
	22	
2.7.4	Antagelsen om normalfordeling	22
2.7.5	Antagelsen om homogen varians	23
3	Resultater	24
3.1	Reliabilitet av EBPAS	24
3.2	PCA av EBPAS-strukturen.....	24
3.3	Hvordan er holdningene til EBP blant ansatte i BUP?.....	26
3.4	Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av alder?.....	28

3.4.1	EBPAS total.....	28
3.4.2	Krav	28
3.4.3	Appellerende.....	28
3.4.4	Åpenhet.....	29
3.4.5	Divergens.....	29
3.5	Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av kjønn?.....	29
3.5.1	EBPAS total.....	29
3.5.2	Krav	30
3.5.3	Appellerende.....	30
3.5.4	Åpenhet.....	30
3.5.5	Divergens.....	30
3.6	Er det forskjeller i holdninger til EBP mellom terapeuter og ledere?	31
3.6.1	EBPAS total.....	31
3.6.2	Krav	31
3.6.3	Appellerende.....	31
3.6.4	Åpenhet.....	31
3.6.5	Divergens.....	32
3.7	Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av utdanning?.....	32
3.7.1	EBPAS total.....	32
3.7.2	Krav	32
3.7.3	Appellerende.....	33
3.7.4	Åpenhet.....	33
3.7.5	Divergens.....	33
3.8	Hva er relasjonen mellom teoretisk orientering og holdninger til EBP?.....	33
3.8.1	PCA av skalaen teoretisk orientering.....	33
3.8.2	Korrelasjonsanalyse mellom skalaen teoretisk orientering og EBPAS	35
4	Diskusjon	38
4.1	Generelt positive holdninger til EBP blant ansatte i BUP.....	38
4.2	Sammenhengen mellom alder og kjønn og holdninger til EBP	40
4.3	Variasjon i holdninger til EBP blant terapeuter og ledere.....	41
4.4	Sammenhengen mellom utdanning og holdninger til EBP	43
4.5	Teoretisk orientering har betydning for holdninger til EBP.....	44
4.6	Validitet	46

4.7	Reliabilitet	47
4.8	Styrker og svakheter	47
4.9	Konklusjon og videre implikasjoner.....	48
	Litteraturliste	50
	Vedlegg.....	60
	Figur 1. Oversikt over antall BUP rekruttert hvert år i løpet av rekrutteringsperioden 15	
	Figur 2. Fordeling av gjennomsnittsskåre på EBPAS total	23
	Tabell 1. PCA-analyse av EBPAS: Rotert komponentmatrise (Pattern/structure	
	coefficients).....	25
	Tabell 2. Deskriptiv statistikk av EBPAS-skalaene	27
	Figur 3. Oversikt over ansattes gjennomsnittsskåre på EBPAS total.....	27
	Tabell 3. PCA-analyse av skalaen teoretisk orientering: Rotert komponentmatrise....	34
	Tabell 4. Spearmans rho korrelasjonskoeffisient mellom teoretiske orienteringer og	
	EBPAS-skalaene	37

1 Innledning

Et av de mest kritiske spørsmålene i psykisk helsevernforskning er gapet mellom forskningsbasert kunnskap om effektiv behandling og praksisfeltets bruk av den foreliggende kunnskapen (Proctor m.fl., 2009). Sørli, Ogden, Solholm og Olseth (2010) omtaler implementering som et bindeledd mellom forskning og praksis. Implementering blir ofte definert som et sett av spesifiserte aktiviteter som legger til rette for å gjennomføre en bestemt behandlingsmetode i praksisfeltet med god kvalitet (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). Implementering er med andre ord en målrettet, planlagt og systematisk prosess som skal føre til praksisendring ved å etablere og integrere forskningsbaserte tiltak i praksisfeltet.

Når en evidensbasert behandlingsmetode blir ufullstendig eller svakt implementert, får pasienter et mangelfullt tilbud enn det de vanligvis skulle forvente (Sørli m.fl., 2010). Gjennom implementeringsforskning ønsker man å forstå hva som gjør at mange ikke tar i bruk evidensbaserte metoder til tross for god dokumentasjon av metodens effekt. Implementeringsforskning er et voksende forskningsfelt som har identifisert både faktorer som bidrar til at praksisfeltet lykkes i å ta i bruk forskningsbasert kunnskap (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace, 2009) og barrierer til implementering (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Implementeringsutfordringer kan innbefatte både organisatoriske faktorer som ledelse og samarbeidsmiljø, og individuelle faktorer som holdninger til evidensbasert praksis (Aarons m.fl., 2011).

Flere teoretikere har beskrevet ulike implementeringsmodeller (Aarons m.fl., 2011; Hanson, Self-Brown, Rostad & Jackson, 2016) og det er fellestrekk på tvers av disse modellene. Blant annet deler de fleste implementeringsprosessen i ulike faser og beskriver ofte de samme felleskomponentene (Aarons m.fl., 2011; Hanson m.fl., 2016). Eksempelvis inndeler de fleste modeller implementeringsprosessen i planlegging og forberedelsesfasen, den aktive implementeringsfasen og en post-implementeringsfase, der vedlikehold eller forbedring av implementeringen er sentral. Selv om det er flere felleskomponenter og faser på tvers av implementeringsmodellene, er det variasjon i vektleggingen av disse fasene og komponentene (Aarons m.fl., 2011; Hanson m.fl., 2016). Det er imidlertid en generell enighet om at implementering ikke alltid beveger seg lineært gjennom de ulike fasene (Fixsen m.fl., 2009). De fleste implementeringsmodellene understreker også betydningen av både indre og

ytre kontekstuelle faktorer på implementeringssuksess (Aarons m.fl., 2011; Hanson m.fl., 2016).

Aarons og medarbeidere (2011) har utviklet en implementeringsmodell som benyttes til både å forstå implementeringsprosessen og betydningen av de kontekstuelle faktorene ved implementeringen. På bakgrunn av omfattende forskning innenfor barnevern og psykisk helsevern, beskriver Aarons og medarbeidere (2011) implementering som en prosess gjennom fire distinkte faser: (1) utforskning (Exploration), (2) adopsjon/forberedelse (Adoption/Preparation), (3) implementering av evidensbasert praksis og til slutt (4) vedlikeholdelse av evidensbasert praksis (Sustainment). Videre kategoriseres de kontekstuelle faktorene i indre og ytre faktorer. Kontekstuelle faktorer kan hindre eller fremme implementering og opererer forskjellig på tvers av de ulike fasene (Aarons m.fl., 2011). Ytre kontekstuelle faktorer refererer til faktorer på systemnivå, som eksisterende politikk (på lokalt-, statlig-, regionalt- og nasjonalt nivå), tilgjengelighet av ressurser og finansiering. De indre kontekstuelle faktorene i denne modellen, består av faktorer på både organisasjons- og individnivå. Faktorer på organisasjonsnivå innebærer blant annet organisasjonskultur og ledelse, mens på individnivå omhandler deriblant holdninger hos den enkelte.

I denne studien undersøkes holdninger som er knyttet til evidensbasert praksis blant ansatte (ledere og terapeuter) i psykisk helsevern for barn og unge. Selv om studier antyder at holdninger kan være betydningsfulle i alle fasene i en implementeringsprosess (Aarons m.fl., 2010), er dette lite undersøkt i Norge. Dette gjelder spesielt innen psykisk helsevern for barn og unge. Kunnskap om hvordan individuelle faktorer påvirker holdninger til evidensbasert praksis slik som alder, kjønn, rolle i organisasjonen, utdanning og teoretisk orientering, kan være et skritt i riktig retning for å forstå hvordan vi kan skreddersy effektive implementeringsintervensjoner, der mulige individuelle barrierer tas i betraktning.

1.1 Evidensbasert praksis (EBP)

Begrepet evidensbasert medisin ble først tatt i bruk rundt 1992, selv om den evidensbaserte bevegelsen begynte med det medisinske feltet lenge før dette (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). Den siste tiden har interessen for evidensbaserte prinsipper og praksis økt i flere fagdisipliner innenfor helseomsorgen (Pagoto m.fl., 2007), inkludert psykologi (Rønnestad, 2008). Rønnestad (2008) hevder at i kjølvannet av denne økte interessen for evidensbasert praksis (EBP), har det fulgt en viktig diskusjon som går ut på hva

som kan betegnes som EBP. Det er blant annet uenighet om hva slags kunnskap og forskningsmetodikk EBP skal være basert på. Skal kunnskapen være basert på forskning eller klinisk ekspertise? Er klinisk ekspertise troverdig kunnskap? Hvordan ulike fagdisipliner og forskere velger å besvare disse problemstillingene vil påvirke hvordan utdanningen blir lagt opp, profesjonsutøvelse, forskning og forholdet mellom profesjoner (Rønnestad, 2008). I tillegg pågår det en diskusjon om det riktige begrepet er evidensinformert eller evidensbasert praksis (Nevo & Slonim-Nevo, 2011). I denne oppgaven velger vi å bruke begrepet evidensbasert praksis.

Den norske psykologforeningen har sluttet seg til American Psychological Association (APA) sin definisjon av EBP (Rønnestad, 2008). APA definerer EBP som følgende: «Evidensbasert psykologisk praksis er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise, sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturell bakgrunn og ønskemål» (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127). I denne definisjonen er forskningskomponenten av EBP likestilt med klinisk ekspertise og pasientverdier, der man skal prøve å legge like stor vekt på alle tre komponenter under behandling (Pagoto m.fl., 2007). APA legger vekt på behovet for bredde i forskningstilnæringer (Rønnestad, 2008). Innenfor forskningskomponenten blir forskningsdesign satt opp i et hierarki (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin & Latzman, 2013; Ogden, 2012). I dette hierarkiet ligger data fra metaanalyser, randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) og systematisk innengruppedesign (within-subject design) på toppen. Deretter kommer kvasieksperimentelle studier og til slutt korrelasjonelle og ukontrollerte casestudier på bunnen. Jo høyere i dette hierarkiet, desto mer troverdig er forskningsdesignet (Lilienfeld m.fl., 2013). I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i APAs definisjon av EBP.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er et eksempel på en evidensbasert behandlingsmetode (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). I Norge har det blitt utført en RCT-studie av TF-CBT, hvor TF-CBT ble satt opp mot ordinær behandling (treatment as usual, TAU) (Jensen m.fl., 2014). Barn i TF-CBT-gruppen rapporterte lavere nivåer av PTSD symptomer og andre psykiske plager enn TAU. I tillegg viste de mer bedring i daglig fungering sammenlignet med TAU (Jensen m.fl., 2014). Flere andre studier har bekreftet at TF-CBT er mer effektiv i å redusere PTSD symptomer enn TAU (De Arellano m.fl., 2014; Murray m.fl., 2015; Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2014). I en annen studie ble det undersøkt om mentaliseringsbasert terapi for ungdommer (MBT-A) var mer effektiv enn TAU for selvskading blant ungdom (Rossouw & Fonagy, 2012). MBT-A oppnådde større

behandlingseffekt for selvskading og depresjon enn TAU blant ungdom. Disse studiene demonstrerer nytten ved å bruke av EBP.

1.2 Effektstudier og effektivitetsstudier

Neumer, Martinsen, Gere og Villabø (2011) påpekte at behandlingsmetoder utviklet og undersøkt i en forskningsklinikk gjennom effektstudier (efficacy studies) ofte blir sidestilt med begrepet evidensbasert. I effektstudier blir intervensjonsprotokoller testet under kontrollerte eksperimenter der pasientene ofte er selvrekruttert, og selekteres så etter strenge kriterier som ikke alltid gjenspeiler kompleksiteten i ordinære kliniske saker. Terapeutene er også spesialisert i metoden som blir undersøkt (Weisz & Gray, 2008). I effektivitetsstudier (effectiveness studies) derimot blir behandlingsmetoden undersøkt ved en ordinær klinikk med pasienter som blir henvist på den ordinære måten (Ogden, 2012; Weisz & Gray, 2008). Terapeuter i effektivitetsstudier må ofte kunne flere behandlingsmetoder og er nødvendigvis ikke spesialisert i en metode (Ogden, 2012; Weisz & Gray, 2008). Effektivitetsstudier blir ofte antatt å ha en større klinisk nytteverdi enn effektstudier (O'Neal, Jackson & McDermott, 2014).

Den kliniske forskningsprosessen begynner ofte ved at en metode testes i kontrollerte betingelser før den testes i ordinære klinikker (Ogden, 2012; Proctor m.fl., 2009). Weisz og Gray (2008) presiserte at et behandlingsprogram som viser god effekt under kontrollerte betingelser i effektstudier, ikke ofte kan overføres ukritisk og direkte til vanlig klinisk praksis. Forskning indikerer at det kan være forskjeller mellom forskningsklinikker og ordinære klinikker (Southam-Gerow m.fl., 2010; Weisz & Gray, 2008). Innenfor noen områder, eksempelvis ved behandling av angst hos barn (Southam-Gerow m.fl., 2010), har man ikke oppnådd like gode resultater når man har prøvd ut metoder i ordinære klinikker (Weisz & Gray, 2008). Årsaken til dette kan blant annet være store ulikheter mellom miljøet i forskningsklinikk og ordinær klinisk praksis. Ansatte ved de ordinære klinikkene blir deriblant påvirket av høye produksjonskrav, samt manglende eller begrenset veiledning. Variasjon i en rekke pasientfaktorer som høyt frafall, risikonivå og omfattende tilleggsproblematikk kan også spille inn (Cook, Biyanova & Coyne, 2009; Ogden, 2012; Weisz & Gray, 2008). Grunnet dette foreslår Bower (2003) at man må ta hensyn til både effektstudier og effektivitetsstudier for å sikre seg både behandlingseffekt og effektivitet. De nevnte ulikhetene kan være en av årsakene til den skepsisen noen ansatte har til bruk av

evidensbaserte behandlingsprogrammer i ordinær klinisk praksis, til tross for empirisk støtte fra effektstudier (Neumer m.fl., 2011).

1.3 Teorien om planlagt atferd (TPB)

For å forstå hva som fasiliterer til vellykket implementering av EBP innenfor psykisk helsevern, har forskere ofte lent seg på relaterte fagdisipliner, som for eksempel sosial- og organisasjonspsykologi (Izmirian & Nakamura, 2015). Ajzens teori (1991) om planlagt atferd (the Theory of Planned Behaviour, TPB) har vært gjennomgående brukt til å forstå helsepersonellens atferd (Armitage & Conner, 2001; Côté, Gagnon, Houme, Abdeljelil & Gagnon, 2012; Kelly, Deane & Lovett, 2012; Walker, Watson, Grimshaw & Bond, 2004). Denne teorien er utviklet for å forklare og predikere individets sosiale atferd (Ajzen, 2011). Ajzen (1991) beskriver at den sentrale faktoren i TPB er individets *intensjon* om å utføre en gitt atferd og at denne intensjonen har direkte påvirkning på atferden. Intensjon sier noe om motivasjonelle faktorer som påvirker atferd, det vil si hvor hardt en er villig til å prøve og hvor mye en vil anstrenge seg for å planlegge utførelsen av en gitt atferd. Videre beskriver Ajzen (1991) at TPB postulerer tre faktorer som bestemmer intensjonen. Den første faktoren er *holdning* og går ut på i hvilken grad en person har en positiv eller negativ vurdering av atferden som skal utføres. Den andre faktoren er *subjektiv norm*, definert som oppfattet sosialt press eller sosial støtte til å iverksette atferden. Den tredje faktoren er grad av *opplevd atferdskontroll* og det defineres som opplevelsen av om det er lett eller vanskelig å utføre atferden. Denne faktoren blir også påvirket av tidligere erfaringer, samt forventede hindringer og barrierer. Disse tre faktorene påvirker hverandre og sammen former de individets intensjon og atferd.

Videre beskriver Ajzen (1991) som en generell regel at jo mer positiv holdning, subjektiv norm, og oppfattet atferdskontroll, desto sterkere intensjon bør individet ha om å utføre atferden. I hvilken grad holdning, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll predikerer intensjon, forventes å variere mellom atferd og situasjoner. For eksempel vil det Ajzen (1991) betegner som ikke-motivasjonelle faktorer som mulighet og tilgjengelige ressurser (for eksempel tid, penger, kompetanse og muligheten til samarbeid med andre), også ha en innvirkning på atferd. De ikke-motivasjonelle faktorene påvirker atferdskontroll. I den grad en person har muligheten og ressursene, samt intensjon om å utføre en handling, bør han eller hun lykkes i å gjennomføre det det. Oppsummert bør en i følge TPB være i stand til å

predikere gjennomføring av en atferd fra intensjoner om å utføre handlingen og fra oppfattet atferdskontroll. Intensjoner predikeres av holdning til atferd, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll.

Kelly og medarbeidere (2012) tok utgangspunkt i TPB for studere ansattes intensjoner om å bruke evidensbaserte behandlingsprogrammer. Ansatte (n = 106) ved boliger for rusbehandling deltok i studien, og det ble gjennomført en spørreundersøkelse der holdninger til EBP ble undersøkt ved å basere seg på TPB. En lineær regresjonsanalyse ble brukt til å predikere ansattes intensjoner om å bruke EBP. Totalt utgjorde TPB 41 % av variansen i intensjoner, holdninger, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll. Alle disse faktorene var også signifikante prediktorer for atferd. Disse funnene understreker at TPB er en teori som kan være nyttig i forståelsen av atferd. TPB illustrerer at holdninger er en viktig prediktor for handling og nettopp derfor vil det å studere holdninger kunne gi nyttig kunnskap om faktorer en bør ta i betraktning ved implementering av EBP.

1.4 Ulike aspekter ved holdninger knyttet til en ny praksis

Aarons (2004) hevder at forskningslitteraturen har identifisert fire fenomener som er viktige for å forstå holdninger til anvendelse av EBP. Det første fenomenet er *krav* og går ut på at organisasjonen kan kreve at ansatte følger retningslinjene innad i organisasjonen, men det er opptil den enkelte i hvor stor grad en velger å føye seg etter dette (Aarons, 2004). Eksempelvis viste en kvalitativ studie at over 90 % av ansatte (n = 50) hadde aldri brukt resultater fra standardiserte utredninger i deres kliniske praksis, selv om bruk av disse utredningsverktøyene var påkrevd av staten (Garland, Kruse & Aarons, 2003). Til tross for at enkelte ansatte kanskje er mer eller mindre tilbøyelige til å følge det staten krever, kan individuelle eller organisatoriske faktorer også påvirke i hvilken grad en ny praksis tas i bruk og vedlikeholdes (Glisson, 2002). Krav kan også relateres til den faktoren Ajzen (1991) i sin teori beskriver som subjektiv norm.

Det andre fenomenet er *appellerende* og refererer til hvorvidt behandlingsmetoden er intuitivt appellerende (Aarons, 2004). Viktigheten av metodens appell har blitt understreket i studier der overtalellesprosesser har blitt studert (for eksempel Watkins, 2001). Watkins (2001) vektlegger at en måte å endre andres oppfatning på er ved å få mer forståelse for deres sosiale nettverk, fordi mennesker sjeldent tar viktige beslutninger helt alene. Om en vet at en

høyt respektert person i deres sosial nettverk støtter initiativet til praksisendring, ser de gjerne på dette initiativet som mer attraktivt og appellerende og antar at det er større sannsynlighet for at initiativet blir vellykket (Watkins, 2001). Andre studier viser at ansatte oppfatter en behandlingsmetode som mer appellerende, når forskningsinformasjon om metoden blir formidlet fra kollegaer sammenlignet med forskningsartikler eller bøker (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Ulvenes, Aasland, Nylenna & Kristiansen, 2009). Samlet sett indikerer disse studiene at det er viktig å kartlegge hvorvidt en behandlingsmetode er intuitivt appellerende for den som skal anvende metoden.

Åpenhet for ny praksis er det tredje fenomenet som er viktig for å forstå holdninger knyttet til EBP (Aarons, 2004). Dette fenomenet har vist seg å være en viktig bidragsyter i å fasilitere et arbeidsmiljø der bruk av en ny tjeneste er viktig (Anderson & West, 1998). Aarons (2004) refererer til forskningslitteratur fra næringslivet, der man har sett at åpenhet for innovasjon kan være en viktig faktor om man skal utvikle læringsmottakelige organisasjoner (learning organizations). Slike organisasjoner er mer responsive og tilpasningsdyktige til en ny praksis (Birleson, 1999; Garvin, 1993).

Det siste fenomenet for å redegjøre for holdninger til EBP er *divergens* (Aarons, 2004). Det kan oppstå en divergens mellom nye og gamle tjenester og behandlingsmetoder som kan påvirke hvorvidt en velger å ta i bruk nye metoder. Eksempelvis vil lovpålagt bruk av evidensbaserte utredningsverktøy ofte bli sett på som inkongruente eller mindre viktig i klinisk praksis (Garland m.fl., 2003). Bakgrunnen for dette kan være at det oppstår en diskrepans mellom den ansattes kliniske ekspertise og den praksisen forskning fremmer. Dette kan medføre at en ser på evidensbaserte metoder som mindre viktig i klinisk praksis. Igjen kan denne opplevde divergensen muligens føre til at en ikke anvender praksis som er i tråd med forskning.

På bakgrunn av de ovennevnte funnene, argumenterer Aarons (2004) for at disse fire fenomenene kan være viktige i forståelsen av implementeringsprosessen. Han har utviklet spørreskjemaet Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS), som vurderer helsepersonells holdninger knyttet til bruk av EBP. Dette spørreskjemaet benyttes i denne studien (For en beskrivelse av spørreskjemaet, se 2.4.1).

1.5 Holdninger til EBP blant ansatte i psykisk helsevern

Flere internasjonale studier har avdekket at ansattes holdninger kan være en viktig faktor for anvendelse av EBP (Aarons m.fl., 2010; Damanpour, 1991; Egeland, Ruud, Ogden, Lindstrøm & Heiervang, 2016; Melas, Zampetakis, Dimopoulou & Moustakis, 2012; Nelson & Steele, 2007). Studier har også vist at flere faktorer, både på individ- og organisasjonsnivå, som kan påvirke om ansatte er positive eller ambivalente til EBP (Aarons, 2004; Aarons m.fl., 2010; Egeland m.fl., 2016; Gray, Elhai & Schmidt, 2007; Henggeler m.fl., 2008; Melas m.fl., 2012). I en studie undersøkte Egeland og medarbeidere (2016) holdninger til EBP i et norsk utvalg (n = 294) og om disse skilte seg fra et amerikansk utvalg (n = 1089), som var studert av Aarons og medarbeidere (2010). Denne studien inkluderte ansatte i psykisk helsevern for voksne i både primær- og sekundærtjenesten i Norge. De fant ingen forskjell i globale holdninger til EBP mellom det norske utvalget og det amerikanske utvalget, men det ble funnet signifikante forskjeller på appellerende, åpenhet og divergens. Egeland og medarbeidere (2016) påpeker at det muligens sikter til kulturelle ulikheter, som også gjenspeiles i hvordan organisasjonene er strukturert og utformingen av helsepersonells utdanning.

Så vidt vi kjenner til foreligger det kun én studie som har undersøkt holdninger blant ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) (Johansen & Aalo, 2013). Formålet med studien var å studere de psykometriske egenskapene ved EBPAS-50 og holdninger til EBP blant ansatte i BUP (n = 59). De undersøkte deriblant forskjeller i holdninger mellom to ulike behandlingsgrupper. Behandlere som var med i implementering av metoden Strukturert Materiale For Terapi (SMART) ble sammenlignet med øvrige behandlere. Resultatene fra denne studien viste at ansatte i BUP hadde generelt positive holdninger (Johansen & Aalo, 2013). Det ble imidlertid ikke utforsket hvordan ulike demografiske variabler kan påvirke holdninger til EBP blant ansatte, hvilket gjør det interessant å studere dette nærmere.

1.6 Sammenhengen mellom alder og kjønn og holdninger til EBP

Forskningsslitteratur er ambivalent når det gjelder hvordan demografiske variabler som alder og kjønn har sammenheng med holdninger til EBP hos ansatte (Aarons, 2004; Aarons m.fl., 2010; Gray m.fl., 2007; Henggeler m.fl., 2008; Melas m.fl., 2012). Egeland og medarbeidere (2016) fant i sin studie at yngre ansatte hadde mer positive globale holdninger sammenlignet med eldre. Yngre ansatte opplevde også klinisk erfaring som mindre viktig og nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. I tillegg fremkom det i denne studien at ansatte med mest erfaring hadde mindre positive holdninger til EBP. Resultatene fra Egeland og kollegaer (2016) er i tråd med andre studier som også avdekket en negativ korrelasjon mellom alder og holdninger til EBP (Gray m.fl., 2007; Melas m.fl., 2012). Gray og medarbeidere (2007) evaluerte holdninger gjennom en internettbasert spørreundersøkelse blant ansatte som var spesialisert i traumer (n = 461) og jobbet i psykisk helsevern. I tråd med Egeland og medarbeidere (2016) viste det seg at yngre ansatte hadde mer positive holdninger til EBP enn eldre.

Aarons og Sawitzky (2006) studerte holdninger i et utvalg bestående av ansatte (n = 301) fra det offentlige psykiske helsevernet for ungdom og familier. Studien indikerte at eldre ansatte var mer åpne til å ta i bruk EBP. På en annen side kom det fram at ansatte som hadde mest erfaring innenfor et program var mindre åpne til EBP. Studien understreker betydningen av både alder og erfaring for holdninger til EBP. Resultatene i denne studien når det gjelder alder er i motsetning til hva andre studier har funnet (Egeland m.fl., 2016; Gray m.fl., 2007; Melas m.fl., 2012). Aarons & Sawitzky (2006) fant at eldre ansatte i større grad opplevde klinisk erfaring som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner, noe som passer overens med resultatene fra Egeland og medarbeidere (2016).

Enkelte studier avdekket ingen signifikante forskjeller i holdninger til EBP mellom kvinner og menn (Aarons, 2004; Melas m.fl., 2012). Samtidig illustrerer annen empiri at variasjon i holdning kan ha sammenheng med kjønn (Aarons m.fl., 2010; Egeland m.fl., 2016). Egeland og kollegaer (2016) fant at kvinner uttrykket generelt mer positive globale holdninger og ville i større grad anvende EBP dersom den var intuitivt appellerende. Kvinner rapporterte også mer åpenhet til å ta i bruk EBP. Disse funnene samsvarer med Aarons og medarbeidere (2010) som også kom fram til at kvinner rapporterer mer positive globale holdninger og ville i større grad ta i bruk EBP gitt at den var intuitivt appellerende. Videre

fant Aarons og kollegaer (2010) også at kvinner uttrykket mer åpenhet for EBP og ville i større grad ta i bruk EBP når den ble påkrevd. Selv om forskningslitteraturen viser blandede funn når det gjelder sammenheng mellom alder og kjønn og holdninger til EBP, tyder forskning samlet sett på at alder og kjønn kan ha innflytelse på holdninger.

1.7 Ledelses betydning for holdninger til EBP

Studier har vist at holdning til EBP blant ansatte kan assosieres med organisatoriske faktorer og individuelle faktorer (Aarons, 2004; 2006; Beidas m.fl., 2016; Egeland m.fl., 2016). Blant de organisatoriske faktorene kan organisasjonskultur og organisasjonsklima påvirke ansattes holdninger (Beidas m.fl., 2016). Organisasjonskultur defineres som ansattes delte oppfatninger om hvilke normer, verdier, atferdsmessige forventninger og antagelser som styrer deres atferd i organisasjonen (Beidas m.fl., 2016). Organisasjonsklima refererer til ansattes delte oppfatninger om hva slags effekt arbeidsmiljøet har på deres personlige velvære (James, Hater, Gent & Bruni, 1978) og spesifikke strategiske utfall (Ehrhart, Schneider & Macey, 2014; Schneider, Ehrhart & Macey, 2013). Aarons og Sawitzky (2006) fant at både organisasjonskultur og klima var relatert til ansattes holdninger. En positiv organisasjonskultur var generelt assosiert med mer positiv innstilling blant ansatte. I tillegg var positiv organisasjonskultur også assosiert med økt bruk av en ny praksis dersom den var intuitivt appellerende, meningsfull eller ble brukt av kollegaer som var fornøyde med den nye praksisen. Forfatterne argumenterer for at dette indikerer at en leder oppfattet som positiv av de ansatte og som introduserer og veileder en endring i praksis, påvirker organisasjonskulturen positivt. Dette kan dermed øke sannsynligheten for holdningsendring blant ansatte (Aarons & Sawitzky, 2006). Denne studien understreker viktigheten av at lederen i en organisasjon har positive holdninger til praksisendring og hvordan lederens innstilling kan fungere som en fasilitator i implementering.

Selv om ledelse kan ha innflytelse på hvorvidt en tar i bruk en ny praksis (Rogers, 1995), finnes det lite studier på feltet der det undersøkes forskjellen mellom ledere og terapeuters holdninger til EBP. Asadoorian, Hearson, Satyanarayana og Ursel (2010) ønsket gjennom sin kvalitative studie å utforske og sammenligne forståelsen og erfaringene med EBP i tre disipliner. De hadde et utvalg på 10 deltakere (tannleger, sykepleiere og psykiatere) og nesten alle deltakere rapporterte at positive holdninger til EBP blant kollegaene var en av de største fasilitatorene til å anvende EBP. Inkludert i dette var ledelse, felles mål blant de

ansatte og en forståelse av at jo flere som støttet EBP, desto bedre. Tannpleiere og sykepleiere rapporterte at mangel på god ledelse representerte en av barrierene for å anvende EBP (Asadoorian m.fl., 2010). Dette er i tråd med Aarons (2006) som også understreker at ledelse kan være en viktig faktor når man skal vurdere om ansatte tar i bruk EBP. Til tross for at litteraturen viser at ledelse kan være viktig, har så vidt vi vet ingen studier undersøkt om det er variasjon i holdninger til EBP mellom ledere og terapeuter.

1.8 Sammenhengen mellom utdanning og holdninger til EBP

Når det gjelder sammenheng mellom utdanning og holdninger til EBP har det både blitt studert utdanningstyper og utdanningsnivå. Aarons (2004) studerte holdninger til EBP blant ansatte i psykisk helsevern (n = 322) og fant ingen signifikante forskjeller i holdninger på tvers av utdannelsene: familierapi, sosialt arbeid (social work), psykologi og annet. Derimot avdekket Aarons (2004) signifikante forskjeller når det gjelder utdanningsnivå og holdninger. De med høyere utdanningsnivå uttrykket mer positive holdninger gitt at EBP var intuitivt appellerende. Forskningsevidens fra en rekke andre studier indikerte også at type utdanning ikke predikerte holdninger, men utdanningsnivå hadde betydning for holdninger til EBP (Aarons m.fl., 2010; Brookman-Fraze, Garland, Taylor & Zoffness, 2009; Jensen-Doss, Hawley, Lopez & Osterberg, 2009; Nakamura, Higa-McMillan, Okamura & Shimabukuro, 2011). Nakamura og medarbeidere (2011) fant heller ingen signifikante forskjeller i holdninger på tvers av følgende yrker: rådgiver («counselor»), par- og familierapeut, sosialarbeider, psykolog eller psykiater og annet, men fant signifikante forskjeller i utdanningsnivå. I tråd med tidligere forskningsfunn fant Nakamura og medarbeidere (2011) at høyere utdanningsnivå var assosiert med positive holdninger. I deres studie rapporterte ansatte med doktorgrad mer åpenhet til EBP enn ansatte med mastergrad.

Egeland og medarbeidere (2016) undersøkte også assosiasjon mellom utdanningsnivå og holdninger til EBP. Utvalget deres besto av ansatte med følgende utdannelser: psykologi, sykepleie, medisin, sosialarbeidere, hjelpepleiere, fysioterapi og annet. I motsetning til tidligere forskningsevidens (Aarons, 2004; Aarons m.fl., 2010; Nakamura m.fl., 2011) fant de ingen assosiasjon mellom utdanningsnivå og globale holdninger, åpenhet og bruk av EBP forutsatt at den var intuitivt appellerende. Derimot avdekket Egeland og medarbeidere (2016) at høyere utdanningsnivå var assosiert med mindre villighet til å anvende EBP når den ble

påkrevd, i samsvar med tidligere forskning (Aarons m.fl., 2010; Nakamura m.fl., 2011). De undersøkte også om det var forskjeller i holdninger mellom ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten. De fleste ansatte i primærhelsetjenesten hadde bachelorgrad, mens i spesialisthelsetjenesten hadde de fleste mastergrad. Ansatte i primærhelsetjenesten var signifikant mer positive til å ta i bruk en praksis når den var påkrevd, sammenlignet med ansatte i spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av disse tidligere forskningsfunnene kan det tenkes at utdanning eller utdanningsnivå har betydning for holdninger.

1.9 Teoretisk orientering og holdninger til EBP

Forskningsevidens tyder på at ansatte med en kognitiv orientering, atferdsorientering eller kognitiv-atferdsterapeutisk orientering, har mer positive holdninger enn ansatte med andre orienteringer, som psykodynamisk eller eklektisk orientering (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Nelson & Steele, 2007; Stewart & Chambless, 2007). Higa-McMillan, Nakamura, Morris, Jackson og Slavin (2015) avdekket at teoretisk orientering var en signifikant prediktor for bruk av EBP. Ansatte som rapporterte atferd eller kognitiv-atferdsterapeutisk orientering, brukte signifikant mer EBP sammenlignet med ansatte som var eklektisk orientert. I en annen studie fant Gray og medarbeidere (2007) at deltakere med kognitiv-atferdsterapeutisk orientering hadde mer positive holdninger sammenlignet med de som var psykodynamisk, eklektisk orientert eller de som var i annet-kategorien. De med en kognitiv-atferdsterapeutisk orientering var ikke signifikant forskjellig fra de med en klientsentrert orientering. På en annen side avdekket Nakamura og medarbeidere (2011) at deltakernes holdninger til EBP ikke var assosiert med hvilken teoretisk orientering de rapporterte å tilhøre. I denne studien undersøkte de holdninger blant ansatte i den offentlige sektoren (n = 240). De atferdsmessige og kognitive eller kognitiv-atferdsterapeutiske orienteringene ble gruppert sammen, mens de andre ble gruppert som andre teoretiske orienteringer (blant annet psykodynamisk og eklektisk orientering). Så langt vi vet, finnes det ingen publiserte forskningsartikler som har studert relasjonen mellom teoretisk orientering og holdninger til EBP i et norsk utvalg.

1.10 Formålet ved studien

Formålet ved vår studie er å undersøke generelle holdninger til EBP blant ansatte i BUP. Få studier har studert holdninger til EBP i psykisk helsevern i et norsk utvalg. Egeland og medarbeidere (2016) studerte holdningene til ansatte i voksenalderen, mens Johansen og Aalo (2013) undersøkte holdninger blant ansatte i barnefeltet. Johansen og Aalo (2013) utforsket ikke sammenhengen mellom de demografiske variablene til ansatte og holdninger til EBP. Til tross for at det eksisterer en rekke internasjonale studier på dette, viser disse studiene blandede funn. Vår studie er derfor den første til å undersøke holdninger til EBP og hvorvidt alder, kjønn, rolle i BUP, utdanning og teoretisk orientering har sammenheng med holdninger blant ansatte i BUP i Norge. Problemstillingene i denne studien er som følgende:

1. Hvordan er holdningene til EBP blant ansatte i BUP?
2. Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av alder?
3. Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av kjønn?
4. Er det forskjeller i holdninger til EBP mellom terapeuter og ledere?
5. Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av utdanning?
6. Hva er relasjonen mellom teoretisk orientering og holdninger til EBP?

På bakgrunn av eksisterende forskningsfunn fra både internasjonale og nasjonale studier har vi følgende prediksjoner:

- Ansatte i BUP vil ha positive holdninger til EBP.
- Yngre ansatte vil være mer positivt innstilt til EBP enn eldre, og kvinner vil rapportere mer positive holdninger til EBP enn menn.
- Forskningslitteraturen viser at blant organisatoriske faktorer er god ledelse en viktig variabel og har betydning for implementeringssuksess. Så langt vi vet har tidligere forskning ikke undersøkt forskjeller mellom holdninger til anvendelse av EBP blant ledere og terapeuter. Derfor er det vanskelig å uttale seg om hvordan dette vil se ut i et norsk utvalg.
- Hvilken utdanning de ansatte har, vil ikke ha noe sammenheng med holdninger til EBP.
- Det vil være en positiv relasjon mellom kognitiv atferdsterapi og holdninger til EBP, men en negativ relasjon mellom de andre teoretiske orienteringene og holdningene til EBP.

2 Metode

2.1 «Veier til bedre psykisk helse»

Denne studien baserer seg på data fra et pågående implementeringsprosjekt «Veier til bedre psykisk helse: En studie av endringsprosesser og implementering av en behandlingsmetode for traumatiserte barn og unge» i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). NKVTS fikk i oppdrag av Helsedirektoratet om å starte implementering av TF-CBT over hele landet. Rundt halvparten av landets BUP-er deltar i dette prosjektet (NKVTS, 2017). På grunn av oppgavens omfang blir ikke behandlingsmodellen TF-CBT presentert her, for en detaljert beskrivelse av TF-CBT se Cohen og medarbeidere (2006).

Implementeringsprosjektet «Veier til bedre psykisk helse» startet i 2012 og avsluttes i 2017. Hovedmålet med prosjektet er å øke kunnskap om traumer og traumebehandling ved at ansatte ved ulike BUP-er over hele landet får opplæring og veiledning i TF-CBT. Det skal bidra til at korttidsbehandling tilbys og at tilbudet vedvarer over tid. I tillegg skal dette prosjektet også medvirke til at barn og unge som strever med posttraumatiske stressplager i større grad blir oppdaget og tilbys evidensbasert behandling (NKVTS, 2017).

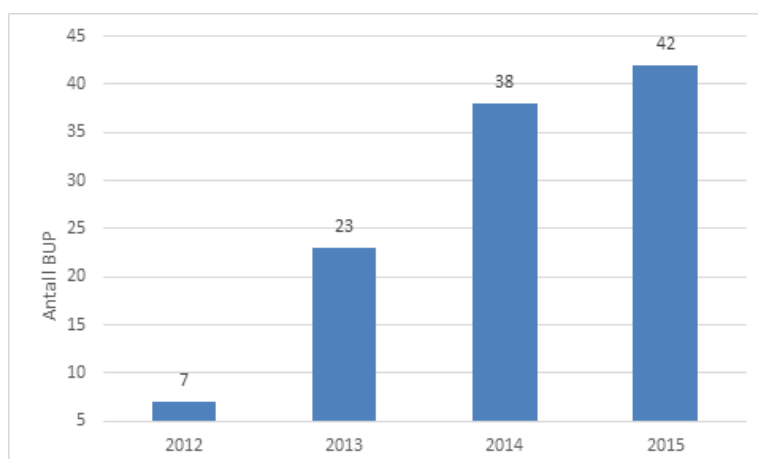
Ansatte ved de ulike BUP-ene som deltar i prosjektet fyller ut et implementeringsskjema og holdningsskjema ved prosjektstart og prosjektslutt. Holdningsskjemaet måler holdninger til EBP, hvordan TF-CBT brukes i organisasjonen, teoretisk orientering og kilder til å innhente oppdatert evidensbasert kunnskap. Data fra prosjektstart blir ansett som baseline-data. Formålet med å innhente holdningsdataene er blant annet å sammenligne baseline-data med data fra prosjektslutt, for å måle eventuelle endringer i holdninger etter implementering av TF-CBT. I vår studie blir baseline-data undersøkt for å studere hvordan holdningene er blant ansatte i BUP og om det foreligger forskjeller i holdning knyttet til EBP.

2.2 Utvalget

Utvalget besto av totalt 503 ansatte (terapeuter og ledere) fra 38 BUP-er over hele Norge i alderen 22-70 år ($M = 42,8$, $SD = 11,4$). Antall respondenter per BUP varierte mellom 1 og 39. Den totale svarprosenten var 61,3 %, mens svarprosent per BUP varierte mellom 7,14 % og 94,12 %. Svarprosenten ble beregnet ved å dele antall besvarte spørreskjemaer på totalt ansatte, multiplisert med 100 %. Spørreskjemaet ble utfylt på papirversjon av 95 % ($n = 478$) eller gjennom nettskjema av 5 % ($n = 25$). Til sammen ble det tatt inn 42 BUP-er (Se figur 1), men fire av disse droppet ut av prosjektet, hovedsakelig fordi de ikke hadde nok ressurser til å følge opp implementeringen. BUP-er som har droppet ut av prosjektet, har blitt ekskludert i denne studien. Det ble foretatt en pilotering av spørreskjemaet på de første BUP-ene og disse dataene har også blitt ekskludert.

I denne studien var det 86,5 % terapeuter ($n = 435$) og 8,2 % ledere ($n = 41$), mens 5,4 % ikke oppga sin rolle i klinikken ($n = 27$). Det var 79,3 % kvinner ($n = 399$) og 14,9 % menn ($n = 75$), mens 5,8 % ikke oppga kjønn ($n = 29$). Det var flertall av kvinner både blant lederne (68,3 %) og terapeutene (83,4 %). Videre er utvalget inndelt i fire utdanningskategorier: 44,9 % psykologer ($n = 226$), 11,7 % leger ($n = 59$), 29,4 % helsefaglig utdanning ($n = 148$) og 6,8 % annet ($n = 34$), mens 7,2 % ikke oppga utdanning ($n = 36$). Kategorien psykologer besto av både psykologer og psykologspesialister. Utdanningskategorien leger inkluderte leger, legespesialister og psykiatere. Helsefaglig utdanning besto av pedagoger, sosionomer, familierapeuter og sykepleiere. Denne kategorien omfattet både de med og uten tilleggsutdanning. Annet besto av studenter, adjunkt, fysioterapeuter og andre utdanninger som ikke lot seg plassere i de øvrige kategoriene.

Figur 1. Oversikt over antall BUP rekruttert hvert år i løpet av rekrutteringsperioden



2.3 Prosedyre

Utvalget var selvselektert ved at BUP-ene selv meldte interesse til NKVTS om å ta del i implementeringsprosjektet. Prosjektet startet høsten 2012 og det ble tatt inn så mange klinikker som det var kapasitet til inntil inntaksstopp i januar 2015. Etter at en BUP hadde skrevet under kontrakt med NKVTS, ble det sendt ut et holdningsskjema til alle ansatte ved klinikkene. Kontorfaglig ansatt ved den enkelte BUP var ansvarlig for utdeling av spørreskjemaet til de ansatte, samt for innsamling og tilbakesending av skjemaene til NKVTS. Hver BUP organiserte selv hvordan de ansatte besvarte spørreskjemaene. I noen tilfeller har konsulentene fra NKVTS, som har hatt ansvar for opplæring av terapeutene i TF-CBT, satt av tid til utfylling av skjemaene etter veiledning. Det ble lagt til rette for at det ikke var noen form for kommunikasjon mellom respondentene under utfylling av skjemaene. Da NKVTS mottok spørreskjemaene, ble dataene punsjet inn i SPSS av forskningsassistentene. Vi har også deltatt i punsjing av spørreskjemadata. Dette var nyttig for å få bedre kjennskap til datamaterialet og måleinstrumentene, samt identifisering av potensielle styrker og svakheter ved datamaterialet.

2.4 Måleinstrumenter

Holdningsskjemaet består av fem deler, hvorav data fra tre av delene har blitt benyttet i denne studien. Den første delen av spørreskjemaet består av spørsmål om respondentens kjønn, alder, utdanning og rolle i klinikken. Det er et åpent spørsmål om utdanning, men det har senere blitt rekodet i ulike utdanningskategorier. Den andre delen er EBPAS, mens den tredje er hentet fra «the implementation components questionnaire» (ICQ). Den fjerde delen er skalaen teoretisk orientering, og den femte består av spørsmål om kilder til å innhente forskningsbasert kunnskap. I denne studien ble det brukt data fra demografiske variabler, EBPAS og teoretisk orientering. Videre utdypes disse delene nærmere.

2.4.1 Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)

EBPAS måler holdninger til EBP ved at deltakerne krysser av for hvor stor grad de er enige i de ulike holdningspåstandene. Responsvalgene er: «ikke i det hele tatt», «enig i liten grad», «enig i moderat grad», «enig i stor grad» og «enig i veldig stor grad». Det er totalt 15

items i dette måleinstrumentet. Aarons (2004) kodet responsvalgene fra 0 til 4 mens det i denne studien har blitt kodet fra 1 til 5, der 1 = «ikke i det hele tatt» og 5 = «enig i veldig stor grad».

Aarons (2004) fant en firefaktor-løsning til de 15 items EBPAS består av. Faktorene representerte fire aspekter ved holdninger knyttet til bruk av EBP. *Krav* (tre items) måler den grad den ansatte vil bruke en ny praksis når den er påkrevd av veileder, arbeidsgiver eller kommune. Et eksempel på item fra denne subskalaen er: «Hvis du fikk opplæring i en terapi eller intervensjon som var ny for deg, hvor sannsynlig er det at du tok denne i bruk hvis den var påkrevd av ditt arbeidssted?». *Appellerende* (fire items) omhandler hvorvidt den ansatte vil bruke en ny praksis hvis den er intuitivt appellerende, meningsfull eller brukes av kollegaer som er fornøyde med den nye praksisen. Et eksempel på item fra denne subskalaen er: «Hvis du fikk opplæring i en terapi eller intervensjon som var ny for deg, hvor sannsynlig er det at du tok denne i bruk hvis den var meningsfull for deg?». *Åpenhet* (fire items) måler i hvor stor grad den ansatte generelt er åpen for å prøve nye intervensjoner og er villig til å prøve eller bruke nye terapiformer. Et eksempel på item fra denne subskalaen er: «Jeg liker å bruke nye terapiformer for å hjelpe mine pasienter/brukere». *Divergens* (fire items) refererer til hvorvidt den ansatte ser på klinisk erfaring som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. Et eksempel på item fra denne subskalaen er: «Forskningsbaserte behandlinger/intervensjoner er ikke kliniske nyttige» (Se vedlegg 1 for måleinstrumentet).

Aarons (2004) fant god Cronbachs alpha (EBPAS total: $\alpha = 0,77$, *Krav*: $\alpha = 0,90$, *Appellerende*: $\alpha = 0,80$, *Åpenhet*: $\alpha = 0,78$, *Divergens*: $\alpha = 0,59$) og gode faktorladninger for tre av subskalaene, bortsett fra *Divergens* (for mer informasjon se Aarons, 2004). I et annet norsk utvalg har det også blitt funnet god reliabilitet ($\alpha = 0,64 - 0,88$) og en faktorstruktur som støttet fire-faktorløsningen av EBPAS-15 (Egeland m.fl., 2016). En rekke andre studier har også avdekket helt eller delvis støtte for begrepsvaliditeten for EBPAS, ved at de har funnet en faktorstruktur som har støttet den Aarons (2004) introduserte (Aarons, McDonald, Sheehan & Walrath-Greene, 2007; Aarons m.fl., 2010; Egeland m.fl., 2016; Melas m.fl., 2012; van Sonsbeek m.fl., 2015). I tillegg har innholdsvaliditeten til skalaen fått støtte (Aarons m.fl., 2010). Når det gjelder kriterievaliditeten finnes det derimot ambivalente funn i forskningslitteraturen. Enkelte studier har avdekket at EBPAS predikerer bruk av EBP, ved å undersøke om holdninger til EBP samsvarte med ansattes rapportering av hvorvidt de brukte evidensbaserte behandlingsmetoder (Beidas m.fl., 2015; Henggeler m.fl., 2008; Smith &

Manfredo, 2011; Shapiro, Prinz & Sanders, 2012). På den andre siden har andre studier ikke funnet en sammenheng mellom EBPAS-skårene og anvendelse av EBP (Gray m.fl., 2007; Higa-McMillan m.fl., 2015).

For å beregne skåren for hver subskala ble det utregnet gjennomsnittsverdi for items som tilhørte den enkelte subskalaen. Høyere skåre på Krav, Appellerende, Åpenhet og EBPAS total indirekte positiv innstilling til EBP. Divergens reverseres kun ved beregning av totalskåre. Grunnen til dette er at items i denne skalaen indikerte at jo lavere skåre, desto mer positive holdninger. Subskalaen Divergens står i kontrast til de øvrige av subskalaene. EBPAS ble oversatt til norsk av Karina Egeland fra Akershus universitetssykehus. Skalaen ble tilpasset implementeringsstudien av prosjektgruppen ved prosjektoppstart, og disse tilpasningene innebar endringer i ordlyd i noen items. Denne oversettelsen har blitt godkjent av Gregory Aarons.

2.4.2 Teoretisk orientering

En av delene av holdningsskjemaet handler om teoretisk orientering. Denne skalaen ble utviklet av Akershus universitetssykehus, men tilpasset implementeringsprosjektet av prosjektgruppen ved NKVTS. Fra den originale listen over teoretisk orientering til Akershus universitetssykehus har to teoretiske orienteringer blitt ekskludert, nærmere bestemt eklektisk terapi og miljøterapi. I den nye listen har prosjektgruppen lagt til klientsentrert, humanistisk, EMDR, kropporientert terapi og mindfulness. Disse ble valgt grunnet deres relevans for implementeringsprosjektet (Jensen, T. K., personlig kommunikasjon, 9. februar.2017) (Se vedlegg 2 for måleinstrumentet teoretisk orientering).

2.5 Statistiske analyser

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av IBM SPSS 24.0.0.1. Det ble benyttet two-tailed signifikansnivå, der det ble antatt at en p -verdi under eller lik 0,05 gir statistisk signifikante funn. Først ble det utført en deskriptiv analyse for å vurdere antagelsen om normalitet i fordelingen av skårene. I tillegg ble hvert tiende punsjede skjema sjekket opp mot det originale spørreskjemaet for å utelukke systematiske punsjefeil.

For å undersøke psykometriske egenskaper ble det foretatt en prinsippal komponentanalyse (Principal Components Analysis, PCA) og reliabilitetsanalyse av EBPAS-

15. Før PCA ble utført, ble det avdekket om dataene var egnet for denne analysen. For at PCA kan utføres må Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) verdien være over 0,6 (Kaiser, 1970; 1974), Bartlett's Test of Sphericity må være signifikant og korrelasjonsmatrisen må vise korrelasjonskoeffisienter lik 0,3 eller over (Pallant, 2010). PCA kan anvendes når det ønskes en empirisk oppsummering av datasettet og formålet er å redusere et stort antall variabler til et lavere antall (Tabachnick & Fidell, 2007). En konfirmerende faktoranalyse kan derimot brukes når formålet er å teste en teoretisk eller empirisk prediksjon (Tabachnick & Fidell, 2007). På bakgrunn av dette var faktoranalyse aktuelt, da formålet kunne ha vært å teste om EBPAS-15 besto av de fire faktorene Aarons (2004) avdekket. Vi valgte likevel å utføre PCA, da hensikten var å få en empirisk oppsummering av datasettet for å utforske hvilke faktorer datamaterialet i denne studien genererte, for så å sammenligne det med Aarons (2004). Pallant (2010) redegjør for at reliabilitet kan måles ved hjelp av intern konsistens. Intern konsistens går ut på i hvilken grad items en skala består av måler samme underliggende fenomen. Cronbachs alpha er blant en av måtene å måle reliabilitet på, derfor ble reliabilitetsanalysen gjennomført ved å kalkulere Cronbachs alpha (Cronbach, 1951). Cronbachs alpha viser gjennomsnittlig korrelasjon mellom alle items en skala består av (Pallant, 2010). I denne studien har det blitt tatt utgangspunkt i at Cronbachs alpha koeffisient burde være over 0,70 for at en skala kan regnes som reliabel (DeVellis, 2003).

Det ble gjennomført en deskriptiv analyse for å studere holdninger til EBP blant ansatte i BUP. En enveis mellomgruppe variansanalyse (one-way analysis of variance, ANOVA) ble benyttet for å utforske om det var forskjeller i holdninger som kan sees i sammenheng med alderen til ansatte. Alder var opprinnelig en kontinuerlig variabel, men den ble delt inn i tre grupper (Gruppe 1: 30 år eller yngre, Gruppe 2: 31 - 50 år, Gruppe 3: 51 år eller eldre). Levene's test for ANOVA for alle skalaene, med unntak av Divergens, var $p > 0,05$. Det vil si at variansene for aldersgruppene var lik for alle skalaene med unntak av Divergens (Pallant, 2010). Når dette er tilfellet, må Robust Test of Equality of Mean benyttes. Denne testen er foretrukket når antagelsen om homogenitet ikke blir møtt (Pallant, 2010).

Independent samples t-test ble gjennomført for å utforske hvorvidt det var forskjeller i holdninger knyttet til EBP som kan ha sammenheng med kjønn. Levene's test for alle skalaene, med unntak av Krav, var $p > 0,05$. Når det gjelder Krav ble antagelsen om homogenitet ikke møtt, og «equal variances not assumed» i SPSS output-filen ble derfor brukt. Independent samples t-test ble også foretatt for å utforske om den ansattes rolle i

klirikken hadde betydning for holdninger. Levene's test for alle skalaene var $p > 0,05$. Ettersom det var færre ledere ($n = 41$) enn terapeuter ($n = 435$), brukes ofte Welch-test som tar hensyn til ulik varians, men da Levene's testen indikerte lik varians ble t-test anvendt.

ANOVA ble anvendt for å undersøke om forskjeller i holdninger blant ansatte kan sees i sammenheng med hvilke utdannelse en har. Utvalget har blitt inndelt i fire utdannelseskategorier (Gruppe 1: psykologer, Gruppe 2: leger, Gruppe 3: helsefaglig utdannelse, og Gruppe 4: annet). Levene's test for ANOVA for alle skalaene indikerte $p > 0,05$.

Eta squared er en av flere teknikker som brukes for å beregne statistisk effektstørrelse i følge Pallant (2010). Eta squared (η^2) ble beregnet både for t-test ($\frac{t^2}{t^2 + N_1 + N_2 - 2}$) og ANOVA ($\frac{\text{Sum of squares between groups}}{\text{Total sum of squares}}$) (Pallant, 2010). Cohen (1998) klassifiserer 0,01 som en liten effektstørrelse, 0,06 som en medium og 0,14 som en stor effektstørrelse når man bruker eta squared, både for t-test og ANOVA. I denne studien har det blitt tatt utgangspunkt i denne klassifiseringen av effektstørrelsen for t-test og ANOVA.

Det ble foretatt Spearmans rho korrelasjon for å studere relasjonen mellom holdninger til EBP og teoretisk orientering. Teoretisk orientering er i utgangspunktet en ordinal skala og derfor anbefales det å bruke Spearmans rho korrelasjonsanalyse (Pallant, 2010). I holdningsskjemaet var det totalt tolv teoretiske orienteringer. I denne studien ble fem teoretiske orienteringer (kognitiv, atferd, humanistisk, psykodynamisk og analytisk terapi) nærmere undersøkt, fordi disse orienteringene har blitt mest studert i tidligere forskning (Gray m.fl., 2007; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Nelson & Steele, 2007; Stewart & Chambless, 2007).

Det ble først foretatt en PCA for å undersøke hvorvidt de fem teoretiske orienteringene ville gruppere seg sammen. Før PCA ble utført ble det målt om dataene var egnet for en slik analyse. PCA ble anvendt da vi ønsket en empirisk oppsummering av datasettet og ikke hadde noen teoretiske eller empiriske prediksjoner å gå etter. Dessuten ønsket vi å redusere antall variabler, samtidig som det ble beholdt så mye varians som mulig (Conway & Huffcutt, 2003). Skalaen som målte teoretisk orientering hadde opprinnelig fire responsvalg («ikke påvirket», «kjenner ikke», «noe påvirket», «sterkt påvirket»). I denne studien ble «kjenner ikke» og «ikke påvirket» slått sammen til en responskategori. Både det å ikke ha kjennskap eller ikke være påvirket av en teoretisk orientering, kan antas ikke har en stor innvirkning på holdninger til EBP. For å undersøke relasjonen mellom holdninger og teoretisk orientering ble

korrelasjonsanalysen gjennomført i to trinn. Først ble det gjennomført en korrelasjonsanalyse mellom EBPAS og teoretisk orientering på bakgrunn av PCA. Deretter ble det gjennomført en korrelasjonen mellom EBPAS og teoretisk orientering ikke på bakgrunn av PCA, men en inndeling basert på kjennskap til de ulike teoretiske orienteringene. Denne inndelingen var som følger: kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk og analytisk terapi og humanistisk terapi.

2.6 Missing data

I denne studien har det blitt valgt et strengt ekskluderingskriterie (exclude cases listwise) for EBPAS-skalaen. Respondentene som ikke krysset av på alle items som dannet grunnlag for skalaen, ble ekskludert i beregningen av gjennomsnittsskåre på skalaen. Derfor var det forskjellig n for de ulike subskalaene og totalskalaen (EBPAS total: n = 466, Krav: n = 494, Appellerende: n = 496, Åpenhet: n = 499 og Divergens: n = 478).

2.7 Antagelser om parametrisk statistikk

2.7.1 Antagelsen om målenivå (level of measurement)

En antagelse for parametrisk statistikk er at målenivået for variablene bør være på intervall- eller rationivå (kontinuerlig). Et unntak er hvis man har en dikotom avhengig variabel (med bare to verdier) og en kontinuerlig avhengig variabel. EBPAS-skalaen og teoretisk orientering bør behandles som ordinale skalaer, ettersom vi ikke vet om den faktiske avstanden mellom de ulike punktene på skalaene. Da EBPAS har fem svaralternativer på responskalaen, kan den regnes som kontinuerlig (Ulleberg, P., personlig kommunikasjon, 22. februar 2017). Teoretisk orientering møter ikke denne antagelsen og dermed kan det ikke brukes parametrisk korrelasjon (Pearson korrelasjon). Det ble derfor utført en ikke-parametrisk korrelasjon (Spearman's rho korrelasjon).

2.7.2 Antagelsen om tilfeldig utvalg (random sampling)

Parametriske teknikker antar at utvalget er et tilfeldig utvalg fra populasjonen. I virkeligheten er ofte dette ikke tilfelle (Bordens & Abbott, 2011; Pallant, 2010). Flere forskere har argumentert for at random sampling er mindre viktig i psykologisk forskning

(Mook, 1983; Stanovich, 2010). Da utvalget vårt var selvselektert og ikke randomisert, ble ikke denne antagelsen møtt.

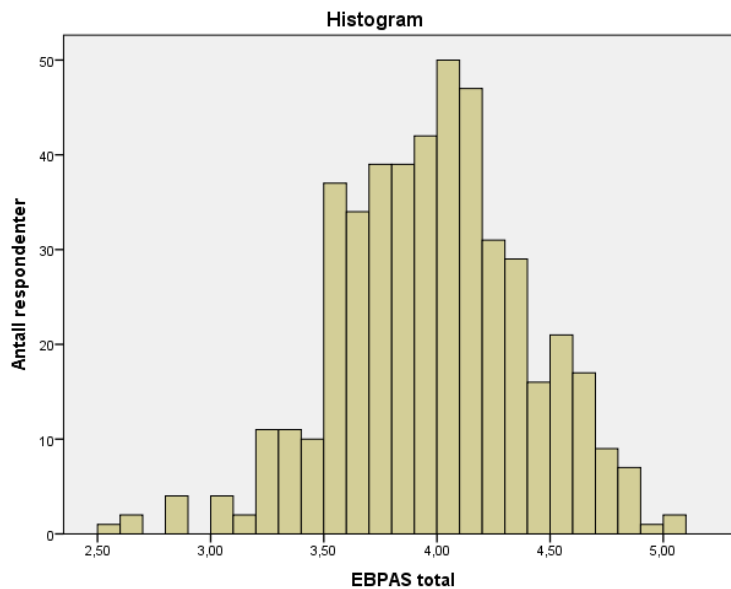
2.7.3 Antagelsen om uavhengige observasjoner (independence of observations)

Pallant (2010) hevder at antagelsen om uavhengige observasjoner refererer til at målingene som utgjør dataene i studien må være uavhengig av hverandre. Dette betyr at hver observasjon eller måling ikke må være påvirket av andre observasjoner eller målinger (Pallant, 2010). Spørreskjemaene ble utfylt individuelt og med liten eller ingen rom for samhandling. I noen tilfeller har terapeutene og lederne fylt ut spørreskjemaene under felles veiledning, men det foregikk ingen form for kommunikasjon dem imellom. På bakgrunn av dette vurderes denne antagelsen om uavhengighet av observasjoner som oppfylt.

2.7.4 Antagelsen om normalfordeling

For parametriske teknikker antas det at utvalget er normalfordelt (Pallant, 2010). Vi undersøkte hvorvidt antagelsen om normalfordeling var oppfylt for EBPAS total. En sammenligning av gjennomsnitt ($M = 3,98$) med fem prosent trimmet gjennomsnitt ($M = 3,98$), viste at de ekstreme skårene (uteliggerne) ikke hadde innflytelse på gjennomsnittet. Fem prosent trimmet gjennomsnitt kalkuleres ved først å fjerne 5 % av de øverste og nederste tilfellene i datasettet og deretter beregne et gjennomsnitt (Pallant, 2010). Både skewness-verdien (- 0,21), kurtosis-verdien (0,29) og Kolmogorov-Smirnov statistikken ($p = 0,04$) for EBPAS total indikerte normalfordeling av skårene. Selve formen på fordelingen ser ut til å være rimelig normalfordelt (Se figur 2). En nærmere undersøkelse av normal sannsynlighetsplott (Q-Q plot) og detrended normal Q-Q plott (Se vedlegg 3A og 3B) støttet også normalfordeling av skårene. Antagelsen om normalitet var oppfylt, og derfor har parametriske teknikker blitt valgt for analysene av datasettet.

Figur 2. Fordeling av gjennomsnittsskåre på EBPAS total



2.7.5 Antagelsen om homogen varians

Parametriske teknikker antar at utvalget er hentet fra en populasjon som har lik varians, altså at variabiliteten til skårene for hver gruppe er like (Pallant, 2010). Dette kan en se gjennom Levene's testen. Hvis $p > 0,05$, betyr det at variansene for de to gruppene som undersøkes er lik. Dette har blitt undersøkt og testene viste at dette kriteriet i hovedsak er oppfylt (se under statistiske analyser for nærmere informasjon).

3 Resultater

3.1 Reliabilitet av EBPAS

Reliabilitetstest for EBPAS viste at alle skalaene hadde α -verdi over 0,70, med unntak av Divergens (EBPAS total: $\alpha = 0,83$, Krav: $\alpha = 0,82$, Appellerende: $\alpha = 0,73$, Åpenhet: $\alpha = 0,76$ og Divergens: $\alpha = 0,56$). Disse resultatene indikerte at skalaene var reliable. Divergens havner under 0,70, noe som samsvarer med Aarons (2004).

3.2 PCA av EBPAS-strukturen

Korrelasjonsmatrisen viste at flere koeffisienter ikke var lik eller over 0,3 (Se vedlegg 4A). Dersom dette er tilfelle anbefales å revurdere bruk av PCA på datasettet (Pallant, 2010). Likevel ble det gjort, da formålet var å utforske om man fikk de samme faktorene som Aarons, og fordi KMO og Bartlett's Test of Sphericity verdien indikerte at PCA kunne benyttes. KMO-verdien var 0,82, noe som ligger over den anbefalte minsteverdien på 0,6 (Kaiser, 1970; 1974). I tillegg indikerte statistisk signifikant resultat på Bartlett's Test of Sphericity (Bartlett, 1954) at PCA kunne utføres. PCA avdekket tilstedeværelsen av fire komponenter med eigenvalues over 1, som forklarte 30,9 %, 10,4 %, 9,6 % og 8,3 % av variansen. En nærmere undersøkelse av spredningsplott (scree plot) viste et brekkpunkt etter den femte komponenten (Se vedlegg 4B). Dette indikerte også at man bør beholde fire komponenter.

En undersøkelse av komponentmatrisen, som viste ikke-roterte ladninger (unrotated loadings) av hver item på de fire komponentene, avdekket sterke ladninger på alle fire komponentene (over 0,4). Dette kan brukes som et argument for å beholde fire faktorer (Se vedlegg 4C). Fire-komponent løsningen forklarte 59,2 % av den totale variansen, der komponent 1 bidro 30,9 %, komponent 2 bidro 10,4 %, komponent 3 bidro 9,6 % og komponent 4 bidro 8,3 %. Det ble både forsøkt Oblimin og Varimax rotasjon for å støtte tolkningen av disse fire komponentene. Det ble tatt en avgjørelse om å anvende Varimax rotasjon da undersøkelsen av komponent-korrelasjonsmatrisen viste at korrelasjonen mellom de fire komponentene var lav (0,3 eller mindre). Mellom komponentene Appellerende og Divergens var det en liten og negativ korrelasjon ($r = -0,15$). Det var en liten og negativ

korrelasjon mellom komponentene Appellerende og Krav ($r = -0,28$) og en mellomstor og positiv korrelasjon mellom komponentene Appellerende og Åpenhet ($r = 0,31$). Mellom komponentene Divergens og Krav var det en liten og positiv korrelasjon ($r = 0,23$), og en liten og negativ korrelasjon mellom Divergens og Åpenhet ($r = -0,26$). Videre var det en mellomstor og negativ korrelasjon mellom komponentene Krav og Åpenhet ($r = -0,32$). Den roterte komponentmatrisen viste at fire items ladet på første komponent som tilsvarte det Aarons (2004) betegnet som Åpenhet. Tre items ladet på den andre komponenten som korresponderte med det Aarons (2004) beskrev som Krav. Fire items ladet på den tredje komponenten som tilsvarte Appellerende (Aarons, 2004), og fire items ladet på den fjerde komponenten som korresponderte med Divergens (Aarons, 2004). De fleste ladningene var over 0,3 (Se tabell 1). Ifølge Pallant (2010) bør være tre eller flere items lade på hver komponent. Dette var tilfellet i vår studie og er en begrunnelse for at fire komponenter ble beholdt. Tolkningen av de fire komponentene var konsistent med tidligere forskning på EBPAS (Aarons, 2004), der items lader på de fire ulike faktorene (Krav, Appellerende, Åpenhet, Divergens). Resultatene av denne analysen støtter at de femten items går under fire ulike subskalaer, slik det er foreslått av utvikleren av EBPAS-skalaen (Aarons, 2004).

Tabell 1. PCA-analyse av EBPAS: Rotert komponentmatrise (Pattern/structure coefficients)

Items fra EBPAS	Komponentene			
	Åpenhet	Krav	Appellerende	Divergens
Item 1 - Liker å bruke nye terapiformer for å hjelpe mine pasienter / brukere	0,81	0,04	0,05	0,01
Item 2 – nye terapiformer/intervensjoner selv om jeg må følge en behandlingsmanual	0,72	0,19	0,20	- 0,25
Item 8 - ny terapi/intervensjon selv om den er veldig forskjellig fra hva jeg er vant til	0,71	0,15	0,11	- 0,05
Item 4 - nye og annerledes terapiformer/intervensjoner som er utviklet av forskere	0,65	0,10	0,23	- 0,20
Item 12 - påkrevd av arbeidssted	0,08	0,92	0,12	- 0,08
Item 13 - påkrevd av helseforetak	0,19	0,88	0,07	- 0,15
Item 11 - anbefalt av veileder	0,15	0,59	0,41	- 0,05
Item 10 – meningsfull	0,12	0,06	0,83	- 0,01

Item 9 - intuitivt appellerende	0,12	0,11	0,82	0,03
Item 15 - nok trening i å bruke den på en korrekt måte	0,27	0,26	0,53	- 0,22
Item 14 - brukt av kollegaer som var fornøyde med den	0,19	0,42	0,48	- 0,16
Item 5 - Forskningsbaserte behandlinger/ intervensjoner er ikke klinisk nyttige	- 0,01	0,03	-0,29	0,69
Item 3 - vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta vare på mine klienter	- 0,03	- 0,07	0,12	0,65
Item 7 - vil ikke bruke manualiserte terapier/intervensjoner	- 0,27	- 0,05	- 0,18	0,62
Item 6 - Klinisk erfaring er viktigere enn å bruke manualiserte terapier/behandlinger	- 0,12	- 0,22	0,06	0,58

Notat. Items som er uthevet lader sterkt på den enkelte komponenten.

3.3 Hvordan er holdningene til EBP blant ansatte i BUP?

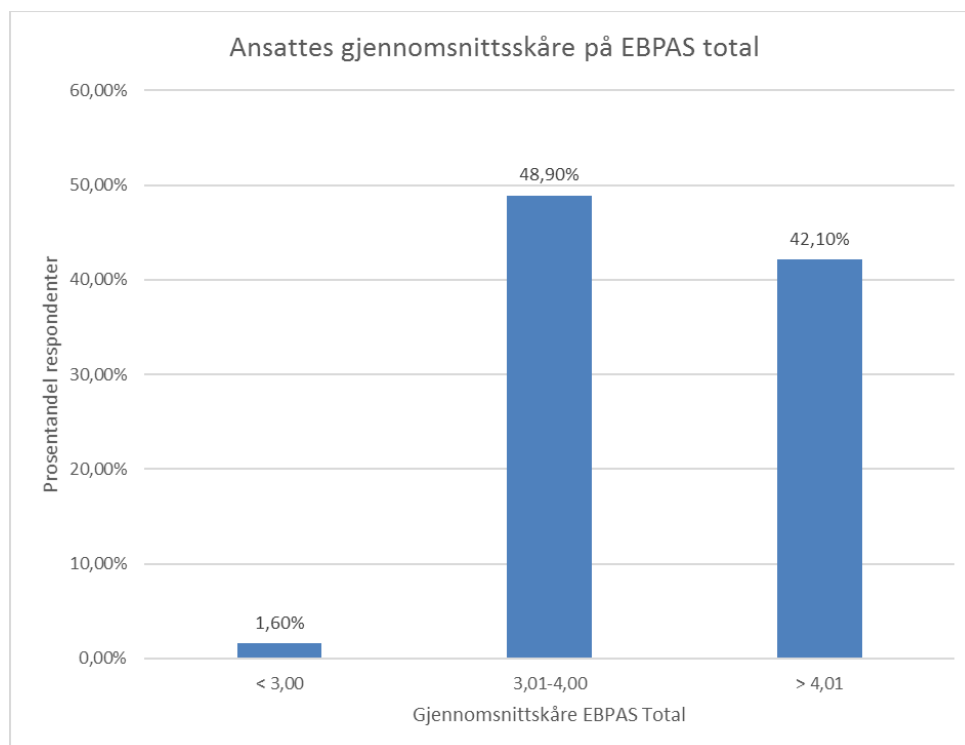
Den deskriptive analysen viste at de ansatte skåret på den øvre delen av responskalaen (fra «enig i moderat grad» til «enig i stor grad») på alle subskalaene (Se tabell 2). Dette tydet på at terapeuter og ledere som jobber ved BUP i Norge hadde positive holdninger knyttet til EBP. Tilsammen skåret 42,1 % av ansatte i den øverste delen av responskalaen (fra «enig i stor grad» til «enig i veldig stor grad»), mens 48,9 % skåret i den øvre delen av responskalaen (fra «enig i moderat grad» til «enig i stor grad») på EBPAS total (Se figur 3). Dette indikerte at ansatte ved BUP hadde positive globale holdninger til EBP. De ansatte oppnådde også høyest skåre på Appellerende, noe som indikerte at ansatte var villig til å ta i bruk en ny praksis om den var intuitivt appellerende, meningsfull eller ble brukt av kollegaer som var fornøyde med den nye praksisen.

Tabell 2. Deskriptiv statistikk av EBPAS-skalaene

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Krav	494	1,33	5,00	3,81	0,72
Appellerende	496	2,75	5,00	4,16	0,49
Åpenhet	499	2,00	5,00	3,90	0,56
Divergens	478	1,00	4,00	1,99	0,47
EBPAS total	466	2,50	5,00	3,98	0,42

Notat. *M*: Gjennomsnitt, *SD*: Standardavvik.

Figur 3. Oversikt over ansattes gjennomsnittsskåre på EBPAS total



3.4 Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av alder?

3.4.1 EBPAS total

Resultatene fra ANOVA viste at det var signifikant forskjell mellom de ulike aldersgruppene på EBPAS total ($p < 0,05$, $F(2, 463) = 5,77$, $p = 0,00$). Effektstørrelsen var $\eta^2 = 0,02$, og vurderes som liten (Cohen, 1998). Post-hoc Tukey HSD test viste at gjennomsnittsskåren for Gruppe 1 (30 år eller yngre) ($M = 4,10$, $SD = 0,35$) var signifikant ulik fra Gruppe 3 (51 år eller eldre) ($M = 3,90$, $SD = 0,44$). Det var ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskår mellom Gruppe 2 (31 - 50 år) ($M = 3,99$, $SD = 0,41$) og Gruppe 1 eller Gruppe 3. Ansatte som var 30 år eller yngre hadde mer positive globale holdninger til EBP, sammenlignet med ansatte som var 51 år eller eldre.

3.4.2 Krav

ANOVA viste at de ulike gruppene ikke var signifikant ulik hverandre når det gjelder Krav ($p < 0,05$, $F(2, 491) = 1,67$, $p = 0,19$). Det betyr at det var ingen variasjon mellom de ulike aldersgruppene i bruk en ny praksis når den var påkrevd av veileder, arbeidssted eller kommune. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen var $\eta^2 = 0,01$ (Cohen, 1998).

3.4.3 Appellerende

Det var signifikant forskjell mellom de ulike gruppene når det gjelder Appellerende ($p < 0,05$, $F(2, 493) = 7,03$, $p = 0,00$). Effektstørrelsen var $\eta^2 = 0,03$ og vurderes som liten (Cohen, 1998). Post-hoc Tukey HSD test viste at gjennomsnittsskåren for Gruppe 1 (30 år eller yngre) ($M = 4,27$, $SD = 0,45$) var signifikant høyere enn Gruppe 3 (51 år eller eldre) ($M = 4,05$, $SD = 0,52$). Denne testen viste ingen signifikant ulikhet i gjennomsnittsskår mellom Gruppe 2 (31 - 50 år) ($M = 4,21$, $SD = 0,46$) og Gruppe 1 eller Gruppe 3. Resultatene fra denne testen indikerte at ansatte som var 30 år eller yngre var mer positive til å ta i bruk en ny praksis gitt at den var intuitivt tiltalende, sammenlignet med ansatte som var 51 år eller eldre.

3.4.4 Åpenhet

ANOVA viste signifikant forskjell mellom de ulike gruppene på Åpenhet ($p < 0,05$, $F(2, 493) = 7,03$, $p = 0,00$). Effektstørrelsen var $\eta^2 = 0,03$ og vurderes som liten (Cohen, 1998). Post-hoc Tukey HSD test avdekket at gjennomsnittsskåren for Gruppe 1 (30 år eller yngre) ($M = 4,27$, $SD = 0,45$) var signifikant høyere enn gjennomsnittsskåren for Gruppe 3 (51 år eller eldre) ($M = 4,05$, $SD = 0,52$). Ingen signifikant variasjon i gjennomsnittsskår mellom Gruppe 2 (31 - 50 år) ($M = 4,21$, $SD = 0,46$) og Gruppe 1 eller Gruppe 3 ble funnet. Resultatene indikerte altså at ansatte som var 30 år eller yngre uttrykket mer åpenhet for å prøve eller bruke nye terapiform, enn ansatte som var 51 år eller eldre.

3.4.5 Divergens

Resultatene fra ANOVA-analysen viste ingen signifikant forskjell mellom de ulike gruppene når det gjelder Divergens ($p < 0,05$, $F(2, 475) = 1,61$, $p = 0,2$). Det var ingen ulikheter mellom de ulike aldersgruppene i hvorvidt de opplevde klinisk erfaring som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen var $\eta^2 = 0,01$ (Cohen, 1998). Levene's testen var ikke signifikant for denne skalaen. Derfor ble Robust Tests of Equality of Mean benyttet (Welch: 0,23 og Brown-Forsythe: 0,21).

3.5 Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av kjønn?

3.5.1 EBPAS total

T-testen viste at det var en signifikant forskjeller i skårene for menn ($M = 3,85$, $SD = 0,42$) og kvinner ($M = 4,00$, $SD = 0,41$; $t(438) = -2,84$, $p = 0,01$) for EBPAS total. Kvinner totalt sett hadde mer positive globale holdninger til EBP enn menn. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen (-0,15, 95 % CI: -0,26 til -0,05) var liten ($\eta^2 = 0,02$) (Cohen, 1998).

3.5.2 Krav

Det var en signifikant forskjell i skårene for menn ($M = 3,63$, $SD = 0,89$) og kvinner ($M = 3,84$, $SD = 0,67$; $t(87,76) = -1,99$, $p = 0,05$) for Krav. Kvinner var mer positive til å bruke en ny praksis enn menn når den nye praksisen var påkrevd. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen ($-0,22$, 95 % CI : $-0,44$ til $-0,001$) var veldig liten ($\eta^2 = 0,008$) (Cohen, 1998).

3.5.3 Appellerende

Resultatene fra t-testen viste en signifikant forskjell i skårene for menn ($M = 4,03$, $SD = 0,54$) og kvinner ($M = 4,18$, $SD = 0,47$; $t(466) = -2,47$, $p = 0,01$) for Appellerende. Disse resultatene avdekker at kvinner var mer positive enn menn til å bruke en ny praksis hvis den var intuitivt tiltalende. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen ($-0,15$, 95 % CI : $-0,27$ til $-0,32$) var liten ($\eta^2 = 0,01$) (Cohen, 1998).

3.5.4 Åpenhet

T-testen viste en signifikant forskjell i skårene for menn ($M = 3,73$, $SD = 0,57$) og kvinner ($M = 3,95$, $SD = 0,55$; $t(469) = -3,02$, $p = 0,00$) for Åpenhet. Det indikerte at kvinner var mer åpne enn menn for å prøve nye intervensjoner og var villig til å prøve eller bruke nye terapiformer. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen (gjennomsnittsforskjell = $-0,21$, 95 % CI : $-0,35$ til $-0,07$) var liten ($\eta^2 = 0,02$) (Cohen, 1998).

3.5.5 Divergens

Ingen signifikant forskjell ble avdekket i skårene for menn ($M = 1,94$, $SD = 0,39$) og kvinner ($M = 1,99$, $SD = 0,48$; $t(450) = -0,84$, $p = 0,40$) for Divergens. Det vil si at det var ingen forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder i hvilken grad den ansatte mente at klinisk erfaring var viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen ($-0,05$, 95 % CI : $-0,17$ til $0,07$) var veldig liten ($\eta^2 = 0,002$) (Cohen, 1998).

3.6 Er det forskjeller i holdninger til EBP mellom terapeuter og ledere?

3.6.1 EBPAS total

Resultatene fra t-testen viste ingen signifikant forskjell i skårene for terapeuter ($M = 3,97$, $SD = 0,41$) og ledere ($M = 4,10$, $SD = 0,44$; $t(440) = -1,19$, $p = 0,06$) for EBPAS total. Det betyr at når det gjelder globale holdninger til EBP, var det ingen variasjon mellom ledere og terapeuter. Størrelsen (magnitudo) på gjennomsnittsforskjellen ($-0,13$, 95 % CI : $-0,27$ til $0,00$) var veldig liten ($\eta^2 = 0,003$) (Cohen, 1998).

3.6.2 Krav

Det var signifikant forskjell i skårene for terapeuter ($M = 3,79$, $SD = 0,70$) og ledere ($M = 4,05$, $SD = 0,80$; $t(466) = -2,21$, $p = 0,03$) for Krav. Lederne hadde signifikant mer positive holdninger enn terapeuter til å ta i bruk en ny praksis dersom det ble påkrevd. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen ($-0,26$, 95 % CI : $-0,49$ til $-0,03$) var liten ($\eta^2 = 0,01$) (Cohen, 1998).

3.6.3 Appellerende

T-testen viste signifikant forskjell i skårene for terapeuter ($M = 4,14$, $SD = 0,48$) og ledere ($M = 4,32$, $SD = 0,48$; $t(468) = -2,19$, $p = 0,03$) for Appellerende. Lederne hadde mer positive holdninger enn terapeuter til å ta i bruk en ny praksis hvis den var intuitivt appellerende. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen ($-0,17$, 95 % CI : $-0,33$ til $-0,02$) var liten ($\eta^2 = 0,01$) (Cohen, 1998).

3.6.4 Åpenhet

Det var ingen signifikant forskjell i skårene for terapeuter ($M = 3,92$, $SD = 0,56$) og ledere ($M = 3,90$, $SD = 0,57$; $t(471) = 0,29$, $p = 0,78$) for Åpenhet. Både terapeuter og ledere rapporterte lik grad av åpenhet for EBP. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen ($0,03$, 95 % CI : $-0,15$ til $0,21$) var veldig stor ($\eta^2 = 1,78$) (Cohen, 1998).

3.6.5 Divergens

Ingen signifikant forskjell i skårene for terapeuter ($M = 1,99$, $SD = 0,46$) og ledere ($M = 1,85$, $SD = 0,43$; $t(452) = 1,85$, $p = 0,07$) ble funnet for Divergens. Det vil si at det ikke var signifikante ulikheter mellom gruppene i hvorvidt klinisk erfaring ble sett på som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen (0,14, 95 % CI : -0,01 til 0,30) var liten ($\eta^2 = 0,01$) (Cohen, 1998).

3.7 Er det forskjeller i holdninger til EBP avhengig av utdanningse?

3.7.1 EBPAS total

ANOVA viste ingen signifikant forskjell mellom de ulike utdannelseskategoriene på EBPAS total ($p < 0,05$, $F(3, 431) = 2,51$, $p = 0,06$). Denne funn indikerte at psykologer, leger og de med helsefaglig utdanning har liknende globale holdninger til EBP. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen var $\eta^2 = 0,02$ (Cohen, 1998).

3.7.2 Krav

Det var signifikant forskjell mellom de ulike utdannelseskategoriene når det gjelder Krav ($p < 0,05$, $F(3, 454) = 5,09$, $p = 0,00$). Effektstørrelsen var $\eta^2 = 0,03$, og vurderes til å være liten (Cohen, 1998). Post-hoc Tukey HSD test viste at gjennomsnittsskåre for Gruppe 1 (psykologer) ($M = 3,70$, $SD = 0,69$) var signifikant lavere enn gjennomsnittsskåren for Gruppe 3 (helsefaglig utdanning) ($M = 3,98$, $SD = 0,71$). Testen viste ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsskåre mellom de resterende gruppene, Gruppe 2 (leger) ($M = 3,76$, $SD = 0,74$) og Gruppe 4 (annet) ($M = 3,96$, $SD = 0,70$). De med helsefaglig utdanning ville i større grad enn psykologer ta i bruk EBP dersom den ble påkrevd av veileder, arbeidsgiver eller kommune.

3.7.3 Appellerende

Ingen signifikante forskjeller mellom de ulike utdanningskategoriene ble funnet når det gjelder Appellerende ($p < 0,05$, $F(3, 456) = 0,72$, $p = 0,54$). Det vil si at psykologer, leger og de med helsefaglig utdanning ville i like grad ta i bruk en ny praksis hvis den var intuitivt tiltalende. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen var $\eta^2 = 0,00$ (Cohen, 1998).

3.7.4 Åpenhet

Det ble funnet ingen signifikante ulikheter i gjennomsnittsskårene mellom de ulike utdanningskategoriene på Åpenhet ($p < 0,05$, $F(3, 461) = 1,25$, $p = 0,29$). Psykologer, leger og de med helsefaglig utdanning uttrykket lik grad av åpenhet for EBP. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen var $\eta^2 = 0,01$ (Cohen, 1998).

3.7.5 Divergens

Ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom de ulike utdanningskategoriene på Divergens ($p < 0,05$, $F(3, 442) = 0,28$, $p = 0,84$). Psykologer, leger og de med helsefaglig utdanning hadde lignende holdning når det gjelder i hvilken grad de vurderte klinisk erfaring som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. Størrelsen på gjennomsnittsforskjellen var $\eta^2 = 0,00$ (Cohen, 1998).

3.8 Hva er relasjonen mellom teoretisk orientering og holdninger til EBP?

3.8.1 PCA av skalaen teoretisk orientering

Korrelasjonsmatrisen viste at få koeffisienter var like eller over 0,3 (Se vedlegg 5A). KMO-verdien var 0,58 og ligger på grensen til den anbefalte minimumsverdien på 0,6 for å oppnå en god PCA (Kaiser 1970; 1974). Da det ikke er stort språk mellom den anbefalte minimumsverdien og KMO-verdien, ble analysen vurdert som relativt god. Dessuten indikerte Bartlett's Test of Sphericity (Bartlett, 1954) statistisk signifikans. Til tross for at

korrelasjonsmatrisen ikke viste mange koeffisienter over 0,3, ble PCA benyttet på bakgrunn av KMO-verdien og Bartlett's Test of Sphericity.

PCA avdekket tilstedeværelsen av to komponenter med eigenvalues over 1, som forklarte 33,79 % og 26,21 % av variansen. En undersøkelse av spredningsplott viste et klart brekkpunkt ved den tredje komponenten (Se vedlegg 5B). Den indikerte at man bør beholde to komponenter. To-komponent løsningen forklarte totalt 59,99 % av den totale variansen, der komponent 1 bidro 33,79 % og komponent 2 bidro 26,21 %. Det ble både forsøkt Oblimin og Varimax rotasjon for å støtte tolkningen av disse to komponentene. Varimax rotasjon ble utført, fordi undersøkelse av komponent-korrelasjonsmatrisen viste at korrelasjonen mellom de fire komponentene var lav (0,3 eller mindre). Det var en negativ og liten korrelasjon mellom komponent 1 (psykodynamisk, analytisk og humanistisk) og komponent 2 (kognitiv terapi og atferdsterapi) ($r = -0,07$). Den roterte løsningen viste at tre items (psykodynamisk, analytisk og humanistisk) hadde sterke ladninger på komponent 1 og at to items (atferdsterapi og kognitiv terapi) hadde sterke ladninger på komponent 2 (Se tabell 3). Ideelt sett bør det være tre eller flere items som lader på hver komponent. Her var ikke det tilfellet da det i denne studien ble valgt å fokusere kun på fem items og ikke hele listen av items under skalaen teoretisk orientering.

På skalaen teoretisk orientering kunne respondentene krysse av for hvilke teoretiske orienteringer i forhold til i hvor stor grad de er påvirket av den. På bakgrunn av PCA ønsket vi å slå sammen psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi og kognitiv og atferdsterapi. Vi beregnet gjennomsnittsskårene når vi slo sammen orienteringene for å unngå falsk forhøyet N, da samme respondenter kunne krysse av på alle terapiene som ble slått sammen.

Tabell 3. PCA-analyse av skalaen teoretisk orientering: Rotert komponentmatrise

Teoretisk orientering	Komponentene	
	Psykodynamisk, analytisk, humanistisk	Atferdsterapi, kognitiv terapi
Psykodynamisk	0,77	-0,15
Analytisk	0,77	-0,03
Humanistisk terapi	0,66	0,07
Atferdsterapi	-0,04	0,82
Kognitiv terapi	-0,02	0,82

Notat. Items som er uthevet lader sterkt på den enkelte komponenten.

3.8.2 Korrelasjonsanalyse mellom skalaen teoretisk orientering og EBPAS

Trinn 1: Korrelasjonsanalyse mellom EBPAS-skalaene og teoretisk orientering på bakgrunn av PCA.

Korrelasjon mellom kognitiv atferdsterapi og EBPAS-skalaene

Korrelasjonsanalysen viste en signifikant korrelasjon mellom kognitiv atferdsterapi og alle EBPAS-skalaene. Det var en liten og positiv korrelasjon mellom kognitiv atferdsterapi og EBPAS total ($p = 0,00$). Denne funn indikerte at en høyere grad av påvirkning av kognitiv atferdsterapi var assosiert med mer positive globale holdninger til EBP. Mellom Krav og kognitiv atferdsterapi var det en liten og positiv korrelasjon ($p = 0,04$), noe som indikerte at høyere grad av påvirkning av kognitiv atferdsterapi var assosiert med større villighet til å ta i bruk EBP dersom den ble påkrevd. I tillegg fant vi liten og positiv korrelasjon mellom Appellerende og kognitiv atferdsterapi ($p = 0,00$). Dette betyr at høy påvirkning av kognitiv atferdsterapi var assosiert med at en var mer villig til å anvende en ny praksis når den var intuitivt tiltalende. Det var en liten og positiv korrelasjon mellom Åpenhet og kognitiv atferdsterapi ($p = 0,00$). Sterk påvirkning av kognitiv atferdsterapi var assosiert med mer åpenhet for EBP. Derimot avdekket analysen en liten og negativ korrelasjon mellom kognitiv atferdsterapi og Divergens ($p = 0,01$). Høyere påvirkning av kognitiv atferdsterapi var assosiert med at en i mindre grad ville vurdere klinisk erfaring som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner.

Korrelasjon mellom psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi og EBPAS-skalaene

Det var signifikant korrelasjon mellom psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi og alle skalaene med unntak av Krav. Det var en liten og negativ korrelasjon mellom EBPAS total og psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi ($p = 0,01$). Dette indikerte at høyere påvirkning av psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi var assosiert med mindre positive globale holdninger til EBP. Mellom psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi og Appellerende var det også en liten og negativ korrelasjon ($p = 0,04$). Høyere påvirkning av psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi var assosiert med at en i mindre grad opplever ny praksis som intuitivt tiltalende. I tillegg fant vi en liten og negativ korrelasjon mellom psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi og Åpenhet ($p = 0,00$). Dette betyr at høyere påvirkning av psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi var assosiert med at en i mindre åpenhet for å prøve nye intervensjoner. På den andre siden fant vi en liten, men positiv korrelasjon mellom psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi og Divergens ($p = 0,03$). Høyere påvirkning av psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi var assosiert med at en vurderte klinisk erfaring som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner.

Trinn 2: I neste trinn foretok vi en ny korrelasjonsanalyse, men inndelingen av teoretiske orienteringer var basert på kjennskap til de ulike orienteringene. Psykodynamisk og analytisk terapi og kognitiv atferdsterapi blir ofte satt opp som sterke ytterpunkter i litteraturen (Jones & Pulos, 1993; Lilienfeld m.fl., 2013). For å unngå å sette disse orienteringene opp mot hverandre ble humanistisk terapi trukket ut av komponenten som besto av psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi, og det ble undersøkt relasjonen mellom humanistisk terapi og EBPAS. Deretter ble relasjonen mellom psykodynamisk og analytisk terapi og EBPAS undersøkt.

Korrelasjon mellom humanistisk terapi og EBPAS-skalaene

Det var en liten og negativ korrelasjon mellom humanistisk terapi og EBPAS total ($p = 0,01$), og høyere påvirkning av humanistisk terapi var assosiert med mindre positive globale holdninger til EBP. Videre var det en liten og negativ korrelasjon mellom Krav og humanistisk terapi ($p = 0,04$), altså var høyere påvirkning av humanistisk terapi assosiert med at en i mindre grad tok i bruk ny praksis hvis den var påkrevd. Mellom Appellerende og humanistisk terapi fant vi en liten og negativ korrelasjon ($p = 0,01$), noe som betyr at høyere

påvirkning av humanistisk terapi var assosiert med at en i mindre grad opplevde ny praksis som intuitivt appellerende. Videre var det en liten og negativ relasjon mellom Åpenhet og humanistisk terapi ($p = 0,01$). Det vil si at sterkere påvirkning av humanistisk terapi var assosiert med mindre åpenhet for å prøve nye terapiformer.

Korrelasjon mellom psykodynamisk og analytisk terapi og EBPAS-skalaene

Korrelasjonsanalyse viste at psykodynamisk og analytisk terapi hadde signifikant korrelasjon med Åpenhet. Det var en liten og negativ korrelasjon mellom psykodynamisk og analytisk terapi og Åpenhet ($p = 0,02$). Det vil si at høyere påvirkning av psykodynamisk og analytisk terapi var assosiert med mindre åpenhet for å prøve nye intervensjoner.

Tabell 4. Spearmans rho korrelasjonskoeffisient mellom teoretiske orienteringer og EBPAS-skalaene

Teoretisk orientering	EBPAS total	Krav	Appellerende	Åpenhet	Divergens
Kognitiv atferdsterapi (n = 486)	0,17** (n = 452)	0,09* (n = 477)	0,17** (n = 479)	0,17** (n = 483)	- 0,12** (n = 464)
Psykodynamisk-, analytisk- og humanistisk terapi (n = 462)	- 0,12** (n = 431)	- (n = 453)	- 0,10* (n = 455)	- 0,16** (n = 460)	0,11* (n = 442)
Psykodynamisk og analytisk terapi (n = 474)	- (n = 441)	- (n = 465)	- (n = 467)	- 0,11* (n = 471)	- (n = 453)
Humanistisk terapi (n = 476)	- 0,12** (n = 444)	- 0,09* (n = 467)	- 0,12* (n = 469)	- 0,13** (n = 474)	- (n = 455)

Notat. ** $p < 0,001$ (two-tailed), * $p < 0,05$ (two-tailed). Kun signifikante korrelasjoner er oppgitt i tabellen

4 Diskusjon

I denne studien har vi undersøkt holdninger til EBP blant ansatte i et BUP-utvalg. Formålet vårt var å studere om det foreligger forskjeller i holdninger blant ansatte og om disse kan sees i sammenheng med kjønn, alder, rolle i klinikken, utdanning og teoretisk orientering. I tillegg ble de psykometriske egenskapene ved EBPAS-15 studert. Utvalget sett under ett rapporterer generelt positive holdninger. Nærmere undersøkelse av de ulike demografiske variablene og holdninger til EBP avdekker signifikante forskjeller på flere områder.

4.1 Generelt positive holdninger til EBP blant ansatte i BUP

Samlet sett skårer ansatte på den øvre delen av responskalaen (fra «enig i moderat grad» til «enig i stor grad»). Dette indikerer at ansatte som jobber i BUP stort sett har positive holdninger til anvendelse av EBP. Disse resultatene samsvarer med en tidligere studie der holdningene til EBP blant ansatte i BUP ble studert (Johansen & Aalo, 2013). Internasjonale studier viser en positiv utvikling i holdninger til EBP de siste årene blant ansatte i psykisk helsevern (Gray m.fl., 2007). Det kan antas at Norge har fulgt denne positive internasjonale trenden. Det er imidlertid få studier som har undersøkt dette fenomenet i et norsk utvalg, og derfor er det vanskelig å uttale seg om hvordan utviklingen av holdningene har vært i psykisk helsevern i Norge.

De siste årene har det blitt gjennomført stadig flere effektivitetsstudier av behandlingsmetoder, noe som kan være en potensiell forklaring på utvikling av positive holdninger blant ansatte. Tidligere var effektstudier mest utbredt og flere forskere problematiserte disse studienes generaliserbarhet til ordinær praksis (Bower, 2003; Ogden, 2012; Sørli m.fl., 2010; Weisz & Gray, 2008). I den kliniske hverdagen er det flere individuelle, miljømessige og sosiale faktorer som kan ha betydning for behandlingsutfall (Neumer m.fl., 2011; O'Neal m.fl., 2014). Dermed kan det tenkes at det ikke er tilstrekkelig å evaluere behandlingseffekt kun på grunnlag av kontrollerte effektstudier. En gradvis endring mot at stadig flere behandlingsmetoder blir evaluert i ordinær praksis, har trolig bidratt til at ansatte i psykisk helsevern opplever forskningsevidens i dag som mer representativt for deres

kliniske hverdag. Det kan derfor antas at denne utviklingen har medvirket til positive holdninger blant ansatte i psykisk helsevern.

Videre har det de siste årene stadig blitt utviklet flere evidensbaserte metoder, slik som TF-CBT (Cohen m.fl., 2006), dialektisk atferdsterapi (DBT) (Linehan, 1993), mestringskatten (Kendall & Hedtke, 2006) og mentaliseringsbasert terapi (MBT) (Karterud & Bateman, 2010). Utviklingen av flere evidensbaserte behandlingsmetoder gjennom effektivitetsstudier kan ha bidratt til at begrepet EBP blir mindre fremmedgjort og dermed fremmer positive holdninger. I tillegg kan det ha ført til at ansatte har erfart at selv manualbaserte terapier gir handlingsrom, og at de derfor lettere kan overføre kunnskapen fra forskning til den enkelte pasient. Mange ansatte har nok vært redde for at manualer fratrar dem terapeutisk autonomi.

Til tross for at resultatene i vår studie viser at ansatte generelt har positive holdninger, betyr ikke det nødvendigvis at de vil anvende EBP. Disse funnene kan sees i lys av Ajzen (1991) sin teori om planlagt atferd. TPB postulerer at det er tre faktorer (holdning, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll) som bestemmer intensjon om å utføre en gitt handling. Selv om ansatte har positive holdninger, kan det være at den subjektive normen på jobben ikke er i favør for EBP. Eksempelvis avdekket en studie at en av de mest rapporterte barrierene var at kollegaer var imot en endring eller fulgte en annen filosofi (Varra m.fl., 2008). I en annen studie ble utilstrekkelig opplæring og veiledning nevnt som en av barrierene (Cook m.fl., 2009). Disse studiene viser at mangel på sosial støtte fra kollegaer og overordnede, kan være en av hindringene til å anvende EBP i praksis. Slike barrierer er i tråd med faktoren subjektiv norm i TPB. En annen grunn til at EBP ikke blir tatt i bruk til tross for positive innstillinger, kan være at det oppleves anstrengende å anvende. Cook m.fl. (2009) poengterte at opplevelsen av at en ny behandlingsmetode ikke er forenlig med egne verdier og stil, kan også være en barriere til å anvende en ny behandling. Trolig har ansatte med lengre arbeidserfaring innarbeidet seg noen vaner og forestillinger om hvordan de skal være som en terapeut. Følgelig kan det oppleves som mer utfordrende å lære seg en ny metode, som igjen kan ha innflytelse på om man tar i bruk EBP. I tillegg kan man anta at mange opplever tidspress i dagens psykisk helsevern, noe som muligens gjør det lettere å fortsette med det man behersker og unngå nye metoder. Oppsummert betyr dette at selv om ansatte i vår studie er positivt innstilt til EBP, kan vi ikke uttale oss om de faktisk vil benytte EBP da andre faktorer også påvirker atferd.

4.2 Sammenhengen mellom alder og kjønn og holdninger til EBP

Tidligere forskning viser blandede funn med hensyn til hvordan alder og kjønn assosieres med holdninger til EBP (Aarons, 2004; Aarons m.fl., 2010; Aarons & Sawitzky, 2006; Egeland m.fl., 2016; Gray m.fl., 2007; Henggeler m.fl., 2008; Melas m.fl., 2012). Resultatene i vår studie er i tråd med de studiene som avdekker at yngre ansatte er mer positivt innstilt til EBP enn eldre ansatte (Egeland m.fl., 2016; Gray m.fl., 2007). Nærmere bestemt rapporterer ansatte som er 30 år eller yngre mer positive globale holdninger, og de vil ta i bruk EBP forutsatt at den er tiltalende, sammenlignet med ansatte som er 51 år eller eldre. Ansatte som er 50 år eller yngre uttrykker mer åpenhet for EBP enn ansatte som er 51 år eller eldre. Disse resultatene kan forklares på bakgrunn av flere forhold. De siste årene har det vært både økt interesse for EBP (Pagoto m.fl., 2007) og utvikling av stadig flere evidensbaserte behandlingsmetoder for barn og unge (Ogden, 2012) som tidligere nevnt. Denne tendensen kan ha ført til større fokus på EBP under opplæring og utdanning i dag enn tidligere, og kan derfor anses som en medvirkende faktor til at yngre ansatte er mer positivt innstilt.

I lys av tidligere forskning ser man at ansatte med mer erfaring har mindre positive holdninger til EBP (Aarons & Sawitzky, 2006; Egeland m.fl., 2016). Vi har ikke undersøkt erfaring eksplisitt i denne studien, men man kan anta at yngre ansatte har mindre erfaring enn eldre. Dette kan forklare hvorfor yngre ansatte har mer positive innstilling enn eldre. Studier viser at yngre ansatte, som også har minst erfaring, ser på forskningsevidens som viktigere enn klinisk erfaring (Egeland m.fl., 2016; Melas m.fl., 2012). I vår studie er det tvert imot ingen sammenheng mellom alder og hvorvidt klinisk erfaring ansees som viktigere og mer nyttig enn forskningsbaserte intervensjoner. En forklaring kan være at erfaring har antageligvis fungert som en underliggende variabel, noe tidligere studier har kontrollert for (Egeland m.fl., 2016). Det er samtidig viktig å huske at selv om det er forskjeller i ulike aspekter ved holdninger mellom eldre og yngre ansatte, er det i praksis små forskjeller i gjennomsnittsskårene. Det må derfor påpekes at dette ikke betyr at eldre ansatte har negative holdninger, men relativt mindre positive holdninger enn yngre ansatte. Derfor kan det tenkes at både yngre og eldre ansatte likestiller klinisk erfaring og forskningsevidens, da de i hovedsak har positive holdninger til å anvende EBP.

Resultatene i denne studien samsvarer med studier som viser at kvinner har mer positive holdninger til EBP enn menn (Aarons m.fl., 2010; Egeland m.fl., 2016). Kvinner oppgir mer

positive globale holdninger og uttrykker at de vil ta i bruk en ny praksis når den blir påkrevd. Videre fremkommer det at kvinner uttrykker mer åpenhet til EBP og vil i større grad benytte en ny praksis på betingelse av at den er intuitivt tiltalende. Selv om enkelte studier (Aarons m.fl., 2010; Egeland m.fl., 2016) avdekker variasjon i holdninger blant kvinner og menn, diskuteres det i liten grad hvordan disse kjønnsforskjellene kan tolkes. En mulig årsak kan være kjønnsforskjeller i personlighetstrekk. Forskningslitteraturen på kjønnsforskjeller i personlighetstrekk viser at kvinner blant annet er mer åpne og nysgjerrige enn menn (Costa, Terracciano & McCrae, 2001; McCrae, 2002). Antageligvis kan denne forskjellen belyse hvorfor kvinner i denne studien har mer positive globale holdninger og uttrykker mer åpenhet. Videre kan det at kvinner i større grad vil ta i bruk en ny praksis når den blir påkrevd, muligens forklares på bakgrunn av at kvinner er mer samvittighetsfulle og opptatt av å samarbeide med sine overordnede (Costa m.fl., 2001; McCrae, 2002). Schmitt, Realo, Voracek og Allik (2008) utforsket kjønnsforskjeller i personlighetstrekk på tvers av 55 nasjoner (n = 17637) og fant at kvinner rapporterte høyere nivåer av blant annet medmenneskelighet og samvittighetsfullhet enn menn. Disse kjønnsforskjellene i personlighetstrekk kan forklare variasjon i holdninger til EBP mellom kvinner og menn.

4.3 Variasjon i holdninger til EBP blant terapeuter og ledere

Flere studier trekker fra god ledelse trekkes som en viktig faktor for vellykket implementeringen av EBP (Aarons & Sawitzky, 2006; Asadoorian m.fl., 2010; Rogers, 1995), men så vidt oss bekjent har ingen tidligere studert forskjeller i holdninger mellom ledere og terapeuter. I vår studie uttrykker både ledere og terapeuter åpenhet til å anvende EBP. De vurderer også klinisk ekspertise like viktig som kunnskap basert på forskning. Disse resultatene illustrerer altså at ledere og terapeuter har relativt like positive holdninger til EBP. På den andre siden finner vi holdningsforskjeller mellom ledere og terapeuter når EBP ble påkrevd eller oppfattet som appellerende. Aarons og Sawitzky (2006) hevdet at dersom de ansatte oppfatter ledelsen som positiv, vil det fasilitere en positiv organisasjonskultur, noe som vil øke sannsynligheten for holdningsendring blant terapeutene. En mulig tolkning av de lignende holdningene som fremkommer i vår studie, kan derfor være en positiv organisasjonskultur. Denne positive organisasjonskulturen kan forstås i lys av at BUP-er i Norge ofte har fokus på teammøter, der kliniske saker og utfordringer tas opp. Teammøtene

kan dermed være en plattform der organisasjonskulturen utvikles ved at lederne ivaretar terapeutenes behov og benytter disse møtene til å fremme fordelene ved de ulike evidensbaserte behandlingsmetodene.

En annen årsak til at funnene våre viser lignende holdninger blant terapeuter og ledere, kan være at EBP har blitt en mer vanlig praksis nå enn tidligere. EBP innebærer ikke bare evidensbaserte behandlingsmetoder, men inkluderer også bruk av standardiserte utredningsverktøy (Jensen-Doss & Hawley, 2010). Det kan tenkes at økt bruk og mer kjennskap til både evidensbaserte behandlingsmetoder og standardiserte utredningsverktøy i de enkelte BUP-ene, kan ha fasilisert like holdninger blant terapeuter og ledere. Samtidig krever prinsipplæringen om EBP at ansatte i psykisk helsevern utøver evidensbasert praksis (Norsk Psykologforening, 2007). I lys av dette kan det tenkes at ansatte egentlig ikke viser at de er kritiske til EBP og derved rapporterer de positive holdninger.

I vår studie er det også ulik holdning til EBP blant ledere og terapeuter dersom anvendelse av en ny evidensbasert behandlingsmetode blir påkrevd. Ledere vil i større grad ta i bruk en ny praksis når den blir påkrevd av veileder, arbeidsgiver eller kommune. Denne forskjellen mellom ledere og terapeuter kan muligens forstås på bakgrunn av at lederne ikke møter de samme utfordringene som terapeutene møter i den kliniske hverdagen. Flere studier viser at terapeuter ofte trekker frem praktiske forhold og begrenset mulighet til å sette av tid til implementering, som en av flere barrierer til å ta i bruk EBP (Cook m.fl., 2009; Pagoto m.fl., 2007). Disse praktiske forholdene har også vist seg å være av betydning både i Aarons og kollegaers (2011) implementeringsmodell og TPB (Ajzen, 1991). Aarons og medarbeidere (2011) hevdet at ytre kontekstuelle faktorer som begrenset tilgjengelighet av ressurser og finansiering, kan hindre implementering. Dette står i overens med Ajzen (1991) som beskriver i TPB at begrenset mulighet og tilgjengelige ressurser (ikke-motivasjonelle faktorer) kan påvirke atferd sammen med de motivasjonelle faktorer som holdninger, subjektiv norm og atferdskontroll. På bakgrunn av denne teorien kan det tenkes at praktiske begrensninger som terapeuter møter i sin kliniske hverdag, har innvirkning på hvorvidt terapeuter opplever det enkelt eller utfordrende å anvende EBP (atferdskontroll). Videre kan det Ajzen (1991) beskriver som subjektiv norm i TPB, forklare hvorfor ledere i større grad ville tatt i bruk en ny praksis forutsatt at den ble påkrevd. Det kan tenkes at ledere muligens føler et ekstra ansvar for å følge retningslinjer og opplever dermed større sosial press (subjektiv norm) enn terapeutene til å anvende EBP. Det kan dermed tenkes at det er en sammenheng mellom holdninger og atferd, noe videre forskning bør undersøke nærmere.

Vi finner i tillegg at lederne i større grad enn terapeutene vil ta i bruk en ny praksis om den blir oppfattet som appellerende. Aarons og Sawitzky (2006) argumenterte for at en leder som ble oppfattet som positiv, kan tenkes å påvirke holdningene til terapeutene. I tråd med dette kan denne forskjellen skyldes at lederne muligens ikke klarer å formidle til terapeutene hvor meningsfull behandlingsmodellen er. Dersom lederne ikke klarer å formidle dette, kan det trolig minske sannsynligheten for at terapeutene oppfatter behandlingsmodellen som appellerende. På en annen side kan det hende at terapeutene oppfatter en ny praksis som appellerende (positive holdninger), men at de ikke tar den i bruk på grunn av utfordringer i den kliniske hverdagen (ikke-motivasjonelle faktorer) (Ajzen, 1991). I denne studien var det lederne som tok initiativ til å delta i implementeringsprosjektet. Forskjellen mellom ledere og terapeuter kan skyldes at implementeringen av EBP er et prosjekt ledere står alene om, og er i mindre grad et samarbeidsprosjekt mellom terapeutene og lederne.

4.4 Sammenhengen mellom utdanning og holdninger til EBP

Noen studier finner ingen forskjell i holdninger til EBP på tvers av hvilke utdanning de ansatte har (Aarons, 2004; Aarons m.fl., 2010; Brookman-Frazee m.fl., 2009; Jensen-Doss m.fl., 2009; Nakamura m.fl., 2011). Hovedfunn i vår studie avdekker heller ingen forskjeller i ansattes innstilling til EBP på tvers av utdannelsene psykologi, medisin og helsefaglig utdanning. Derimot er det en variasjon i holdning mellom psykologer og de med helsefaglig utdanning dersom en ny praksis blir påkrevd. De med helsefaglig utdanning er mer villig til å ta i bruk en ny praksis hvis det påkreves sammenlignet med psykologer. Denne forskjellen kan forstås i lys av at oppfattet sosialt støtte eller press (subjektiv norm) til å anvende EBP, kan være en bidragsfaktor som enten fasiliterer eller begrenser bruk av EBP. Videre kan denne variasjonen i holdning muligens reflektere hierarkiet i samfunnet der yrker som lege og psykolog har høyere status. I psykisk helsevern i Norge er det også slik at kun psykologer og leger er kvalifisert til å sette diagnose (Zimmermann, 2007). Slike juridiske regler og sosiale normer om hva som er prestisjefylte yrker, kan bidra til at psykologer er mer opptatt av å ta selvstendige beslutninger enn de med helsefaglig utdanning. Det kan derfor tenkes at psykologer har en større følelse av autonomi og selvsikkerhet, mens de med helsefaglig utdanning vil i større grad føye seg og bruke ny praksis når den blir påkrevd.

Tidligere forskningsfunn viser at høyere utdanningsnivå er assosiert med mindre bruk av EBP gitt at den blir påkrevd, selv om de med høyere utdanningsnivå har positive globale holdninger (Aarons, 2006; Aarons m.fl., 2010; Egeland m.fl., 2016; Nakamura m.fl., 2011). Egeland og medarbeidere (2016) fant forskjeller mellom primær- og sekundærhelsetjenesten i bruk av EBP når den ble påkrevd. Ansatte i primærhelsetjenesten ville i større grad ta i bruk ny praksis når den var påkrevd, sammenlignet med ansatte i sekundærhelsetjenesten. Egeland og medarbeidere (2016) argumenterer for at denne forskjellen kan skyldes utdanningsnivå og organisatoriske faktorer, da de fleste ansatte i primærhelsetjenesten hadde bachelorgrad, mens de fleste i spesialisthelsetjenesten hadde mastergrad. BUP er et spesialisthelsetilbud og blir derfor beregnet som sekundærhelsetjeneste. Selv om vi kun har undersøkt holdninger til EBP i sekundærhelsetjenesten, kan det antas at de med helsefaglig utdanning i sekundærhelsetjenesten har noe lavere utdanningsnivå enn psykologer. En tolkning kan da være at utdanning i seg selv ikke har en direkte sammenheng med holdninger til EBP, men utdanningsnivå derimot kan indikere en sammenheng. Trolig kan høyere utdanningsnivå bidra til økt kunnskap om forskningsmetoder og begrensninger knyttet til forskning. Slik kompetanse kan føre til at en er i stand til å være kritisk til forskningsfunn og deres begrensninger. Dermed kan det tenkes at de med høyere utdanningsnivå oftere uttrykker skepsis til bruk av ny praksis.

4.5 Teoretisk orientering har betydning for holdninger til EBP

I denne studien fremkommer det at kognitiv atferdsterapi har en positiv assosiasjon med alle aspekter ved holdninger knyttet til EBP. Dette samsvarer med tidligere studier som viser at ansatte med kognitiv-atferdsterapeutisk orientering generelt har positive holdninger (Gray m.fl., 2007, Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Nelson & Steele, 2007; Stewart & Chambless, 2007). Denne positive relasjonen kan sees i lys av at ansatte som er opptatt av forskning blir lettere påvirket av forskningsfunn. Da mange evidensbaserte behandlingsmetoder baserer seg på kognitiv atferdsteknikker, som TF-CBT og mestringskatten, kan det tenkes at de som er opptatt av forskning vil lettere slutte seg til kognitiv atferdsterapi.

På den andre siden viser resultatene i vår studie at det å være påvirket av psykodynamisk, analytisk og humanistisk terapi er assosiert med mindre positive holdninger. En undersøkelse av relasjonen mellom humanistisk terapi alene og holdninger til EBP, viser

at det å være påvirket av humanistisk terapi er assosiert med generelt mindre positive holdninger. Det å være påvirket av psykodynamisk og analytisk terapi derimot, er assosiert med mindre åpenhet. En studie fant at de som hadde en kognitiv-atferdsterapeutisk orientering ikke var ulik de som hadde en klientsentrert orientering når det gjelder holdninger til EBP (Gray m.fl., 2007). Klientsentrert terapi ligner på det vi i Norge kaller for humanistisk terapi. Resultatene fra Gray og kollegaers (2007) studie tyder på at det er positive holdninger blant ansatte som er påvirket av humanistisk orientering, noe som står i motsetning til våre funn. Det er vanskelig å uttale seg om hvor denne forskjellen kan ha sitt opphav. Muligens skyldes det kulturelle forskjeller da Gray og medarbeideres (2007) studie besto av et amerikansk utvalg. Det hadde vært interessant å se hva videre forskning på dette området finner ved å undersøke dette nærmere.

Å være påvirket av psykodynamisk og analytisk terapi hadde sammenheng med åpenhet knyttet til EBP. Ogden (2012) poengterer skjevfordelingen av terapiformer som blir testet ut i forskningsklinikker, der flertallet er kognitive og atferdsterapeutiske metoder. Dermed kan det tenkes at behandlere opplever at EBP gjelder den kognitive-atferdsterapeutiske retningen, noe som kan føre til at behandlere fra andre terapiretninger rapporterer mindre åpenhet til EBP. Når det gjelder sammenhengen mellom det å være påvirket av psykodynamisk og analytisk terapi og grad av åpenhet til å anvende ny praksis, kan våre funn trolig forstås i lys av dette. Samtidig er psykodynamisk terapi en bred terapiretning som består av flere grener. Noen av disse terapiformene er kanskje mer evidensbaserte enn andre, som for eksempel MBT (Karterud & Bateman, 2010) eller kortvarig psykodynamisk terapi (Short-term psychodynamic psychotherapy, STPP) (Leichsenring, 2001). Derav kan en ikke med sikkerhet tolke mindre åpenhet blant de som er påvirket av psykodynamisk og analytisk terapi på bakgrunn av at det eksisterer mer forskning på kognitive og atferdsterapeutiske behandlingsmetoder. Det er da vanskelig å uttale seg om hva som kan forklare denne assosiasjonen, og dette er noe videre forskning bør utforske nærmere.

4.6 Validitet

Resultatene fra PCA av EBPAS-15 i denne studien støtter begrepsvaliditeten. Andre studier viser delvis eller full støtte for begrepsvaliditeten for EBPAS (Aarons m.fl., 2007; 2010; Egeland m.fl., 2016; Melas m.fl., 2012; van Sonsbeek m.fl., 2015). Intern validitet går ut på om forskningsdesignet undersøker hypotesene våre på en tilstrekkelig måte. Den interne validiteten kan trues i den grad andre variabler kan gi alternative forklaringer til funnene (Bordens & Abbott, 2011). Det har ikke blitt kontrollert for noen variabler i denne studien som kan tenkes å være en trussel mot den interne validiteten. For eksempel vet vi ikke om erfaring er en variabel som påvirker resultatene vi har fått på alder.

Utvalget i denne studien er selvselektert. Det kan da være en risiko for at BUP-er som har meldt deltagelse i prosjektet allerede er positive til implementering av EBP, mens BUP-er som var mindre positive ikke har deltatt. I tillegg har vi kun oversikt over responsrate ved klinikkene og kan derfor ikke uttale oss om ikke-responderer. Til tross for at det er en god svarprosent i denne studien (61.3 %), er det fortsatt en del som ikke har svart på spørreskjemaet. Det kan være en sjanse for at responderer som har besvart skjemaet, allerede hadde positive holdninger til EBP. Mange utskiftninger er også en gjennomgående utfordring i psykisk helsevern. Mange skifter jobb eller går ut i permisjon, og dette var også en utfordring under datainnsamlingen. Slike praktiske forhold kan ha bidratt til at ikke alle besvarte spørreskjemaene. Til tross for at utvalget i denne studien er selvselektert og at vi ikke har oversikt over ikke-responderer, er det gjennomgående spredning i holdninger. Dette tilsier at vi har et representativt utvalg. I tillegg ser det ut som at det i praksis er vanlig i psykologiske studier at utvalget ikke er randomisert (Bordens & Abbott, 2011). Det er også flere kvinner enn menn i denne studien. Vi har forsøkt å finne statistiske tall for helsepersonell i BUP, uten å lykkes. Likevel kan det tenkes at det er flertall av kvinner enn menn i BUP, og dermed gjenspeiler denne kjønnsfordelingen den virkelige verden. På bakgrunn av dette kan det konkluderes med at vi har tilfredsstillende ekstern validitet og generaliserbarhet. Dette betyr at resultatene vi har funnet vil kunne generaliseres til andre settinger og utvalg (Bordens & Abbott, 2011).

4.7 Reliabilitet

Cronbachs alpha-verdiene vi fant for EBPAS er i tråd med Aarons (2004). Alle α -verdiene utenom Divergens var over 0,70, noe som indikerer god reliabilitet. Aarons (2004) fant at reliabilitetskoeffisienten til Divergens ikke ble forbedret ved å fjerne items fra skalaen. Dette ble ikke utforsket i denne studien. Aarons (2004) beholdt Divergens til tross for lav α da det har vist seg at slike holdninger finnes blant mange ansatte (Garland m.fl., 2003). Dette er grunnen til at vi også valgte å beholde Divergens i vår studie.

4.8 Styrker og svakheter

Denne studien er en av få studier som har undersøkt holdninger til EBP blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge i et norsk utvalg. Så langt vi vet er det kun to publiserte norske studier som har undersøkt holdninger til EBP, men kun én på barnefeltet (Johansen og Aalo, 2013). De har imidlertid et lite utvalg, i tillegg til at de ikke tok høyde for hvordan ulike demografiske variabler påvirker holdninger. Vår studie supplerer derfor med nyttig kunnskap om hvordan ulike individuelle faktorer kan føre til ulike holdninger blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge i et norsk utvalg. Vi har en relativt stor utvalgsstørrelse til tross for at utvalget er selvselektert. Forskningslitteraturen viser hvordan ledelse kan påvirke hvorvidt en tar i bruk ny praksis, slik som EBP. Aarons (2006) understreker i tillegg at ledelse kan være viktig når man skal vurdere om ansatte tar i bruk EBP. Så vidt vi vet har ingen norske studier undersøkt forskjeller i holdninger til EBP mellom ledere og terapeuter før.

Aarons (2004) kodet EBPAS fra 0 til 4, mens vi kodet fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (enig i veldig stor grad), noe som gjør direkte sammenligning vanskelig, selv om vi likevel kan sammenligne retningen av funnene. Samtidig er det en styrke at vi bruker et måleinstrument som har blitt brukt både i et norsk utvalg og i flere internasjonale studier, som finner at EBPAS har gode psykometriske egenskaper. En annen svakhet ved studien kan være at vi valgte «exclude cases listwise», noe som kan ha begrenset utvalgsstørrelsen unødvendig og muligens påvirket resultatene (Pallant, 2010). Det er dog marginale forskjeller i N for de ulike subskalaene, noe som indikerer at utvalget vårt relativt sett ikke har blitt begrenset.

Da vi foretok PCA av skalaen teoretisk orientering, var det ikke mange korrelasjonskoeffisienter som var lik eller over 0.3. Det anbefales å revurdere bruk av PCA på datasettet om dette er tilfellet (Pallant, 2010). KMO-verdien (0.58) var også rett under den

anbefalte verdien på 0.6. Vi valgte likevel å foreta denne analysen da det ikke var stort sprik mellom vår oppnådde KMO-verdi og den anbefalte KMO-verdien, og fordi Bartlett's Test of Sphericity indikerte at det var en signifikant PCA-analyse. Dessuten har vi et relativt stort utvalg, og dette er noe man anbefaler ved bruk av PCA (Pallant, 2010).

4.9 Konklusjon og videre implikasjoner

For å oppnå en vellykket implementering er det viktig å ta høyde for en rekke aspekter som påvirker en implementeringsprosess. Studier antyder at ansattes holdninger til EBP kan være betydningsfulle i en implementeringsprosess (Aarons, 2006; Asadoorian mfl., 2010; Rogers, 1995). Ut fra resultatene i denne studien fremkommer det at ansatte ved BUP i Norge har positive holdninger til anvendelse av EBP. Disse positive resultatene belyser at ansatte er interessert i forskningsbasert kunnskap om behandlingseffekt og praksisendring i tråd med forskning. Når vi ser nærmere på kjønn, alder, rolle i BUP, utdanning og teoretisk orientering, ser vi variasjoner i holdninger blant ansatte. Ved å ta utgangspunkt i denne kunnskapen kan en videre implikasjon være det første skrittet mot å skreddersy en effektiv implementeringsintervensjon.

I vår studie er terapeuter noe mindre positivt innstilt til EBP enn ledere, og eldre ansatte har relativt mindre positive holdninger enn yngre ansatte. Skepsisen rettet mot EBP kan forstås i lys av de ikke-motivasjonelle faktorene (Ajzen, 1991) eller de ytre kontekstuelle faktorene (Aarons m.fl., 2011). På en annen side kan denne variasjonen i holdninger være positiv, da det kan indikere at de ansatte tenker kritisk rundt hvilke evidensbaserte metoder som passer til den individuelle pasienten. Samtidig er det viktig å understreke at litt skepsis kan være positivt, men om denne skepsisen er så sterk at ansatte avviser forskningsevidens, kan dette gå utover behandlingskvaliteten. En måte å motvirke denne skepsisen på kan være mer tilrettelegging på arbeidsplassen. Eksempelvis kan ledere gi terapeutene mer tid til å sette seg inn i evidensbaserte metoder ved å redusere arbeidsmengden terapeutene har. I tillegg kan det trolig være en fordel dersom forskere oftere kommer i dialog med ansatte om betydningen og begrensningene i deres forskningsresultater. Det ville vært interessant om videre forskning kunne studere nærmere hvilke årsaker som ligger bak funnene om at eldre ansatte har mindre positive holdninger, og at terapeuter har mindre positive holdninger enn ledere.

Aarons og medarbeidere (2010) påpekte at holdninger til EBP kan påvirke de ulike implementeringsfasene, men at holdninger også kan endres med erfaring over tid. I vår studie

blir holdninger studert ved implementeringsstart. Det hadde vært interessant om videre forskning undersøkte holdninger ved et senere tidspunkt under implementeringsprosessen, eller holdningsendringer til EBP ved implementeringsslutt. Videre studier bør også undersøke forskjeller i erfaringsnivå og utdanning, samt andre individuelle og organisatoriske faktorer som kan påvirke holdninger. Denne kunnskapen kan bidra til utvikling av tiltak som kan fasilitere implementering av EBP og mer effektive implementeringsintervensjoner.

Litteraturliste

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research, 6*(2), 61–74. doi:10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65
- Aarons, G. A. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services, 57*(8), 1162–1169. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2006.57.8.1162>
- Aarons, G. A., Glisson, C., Hoagwood, K., Kelleher, K., Landsverk, J., & Cafri, G. (2010). Psychometric properties and U.S. National norms of Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Psychological Assessment, 22*(2), 356–365. doi:10.1037/a0019188
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(1), 4–23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Aarons, G. A., McDonald, E. J., Sheehan, A. K., & Walrath-Greene, C. M. (2007). Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in a geographically diverse sample of community mental health providers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*(5), 465–469. doi:10.1007/s10488-007-0127-x
- Aarons, G. A., & Sawitzky A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services, 3*(1), 61–72. doi:10.1037/1541-1559.3.1.61
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health, 26*(9), 1113–1127. doi:10.1080/08870446.2011.613995
- Anderson, N. R., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior, 19*(3), 235–258. doi:10.1002/(SICI)1099-1379(199805)19:3<235::AID-JOB837>3.0.CO;2-C

- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, *40*(4), 471–499.
doi:10.1348/014466601164939
- Asadoorian, J., Hearson, B., Satyanarayana, S., & Ursel, J. (2010). Evidence-based practice in healthcare: An explorative cross-discipline comparison of enhancers and barriers. *Journal for Healthcare Quality*, *32*(3), 15–22. doi:10.1111/j.1945-1474.2010.00081.x
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various X^2 approximations. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, *16*(2), 296–298.
Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2984057>
- Beidas, R. S., Marcus, S., Aarons, G. A., Hoagwood, K. E., Schoenwald, S., Evans, A. C., Hurford, M. O., Hadley, T., Barg, F. K., Walsh, L. M., Adams, D. R., & Mandell, D. S. (2015). Predictors of community therapists' use of therapy techniques in a large public mental health system. *JAMA Pediatrics*, *169*(4), 374–382.
doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3736
- Birleson, P. (1999). Turning child and adolescent mental-health services into learning organizations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *4*(2), 265–274.
doi:10.1177/1359104599004002011
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2011). *A Process Approach: Research Design and Methods* (8. utg.). New York: International Edition.
- Bower, P. (2003). Efficacy in evidence-based practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*(6), 328–336. doi:10.1002/cpp.380
- Brookman-Frazer, L., Garland, A. F., Taylor, R., & Zoffness, R. (2009). Therapists' attitudes towards psychotherapeutic strategies in community-based psychotherapy with children with disruptive behavior problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*, *36*(1), 1–12. doi: 10.1007/s10488-008-0195-6
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guildford Press.
- Cohen, J. W. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, L. H., Sargent, M. M., & Sechrest, L. B. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, *41*(2), 198–206. doi:10.1037/0003-066X.41.2.198

- Conway, J. M., & Huffcutt, A. I. (2003). A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organizational Research Methods*, 6(2), 147–168. doi:10.1177/1094428103251541
- Cook, J. M., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009). Barriers to adoption of new treatments: An internet study of practicing community psychotherapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 83–90. doi:10.1007/s10488-008-0198-3
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/psp/81/2/322.html>
- Côté, F., Gagnon, J., Houme, P. K., Abdeljelil, A. B., & Gagnon, M-P. (2012). Using the theory of planned behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2289–2298. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05922.x
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555–590. doi:10.2307/256406
- De Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602. doi:10.1176/appi.ps.201300255
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2. utg.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Egeland, K. M., Ruud, T., Ogden, T., Lindstrøm, J. C., & Heiervang, K. S. (2016). Psychometric properties of the Norwegian version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS): To measure implementation readiness. *Health Research Policy and Systems*, 14(47), 1–10. doi:10.1186/s12961-016-0114-3
- Ehrhart, M. G., Schneider, B., & Macey, W. H. (2014). *Organizational Climate and Culture: An Introduction to Theory, Research, and Practice*. New York: Routledge.

- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420–2425. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540. doi:10.1177/1049731509335549
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. Hentet fra <http://ctndisseminationslibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>
- Garland, A. F., Kruse, M., & Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(4), 393–405. doi:10.1007/BF02287427
- Garvin, D. A. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 78–91. Hentet fra http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33795478/Building_a_Learning_Organization_David_A_Garvin.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492424309&Signature=04s6RrEyIh9OhAhtkU8ohu3bSfo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBuilding_a_Learning_Organization.pdf
- Glisson, C. (2002). The organizational context of children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 233–253. doi:10.1023/A:1020972906177
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Schmidt, L. O. (2007). Trauma professionals' attitudes toward and utilization of evidence-based practices. *Behavior Modification*, 31(6), 732–748. doi:10.1177/014544550730287
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Rostad, W. L., & Jackson, M. C. (2016). The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. *Child Abuse & Neglect*, 53, 51–63. doi:10.1016/j.chiabu.2015.09.014
- Henggeler, S. W., Chapman, J. E., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Randall, J., Shackelford, J., & Schoenwald, S. K. (2008). Statewide adoption and initial implementation of contingency management for substance-abusing adolescents. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 556–567. doi:10.1037/0022-006X.76.4.556
- Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Morris, A., Jackson, D. S., & Slavin, L. (2015). Predictors of use of evidence-based practices for children and adolescents in usual care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(4), 373–383. doi:10.1007/s10488-014-0578-9
- Izmirian, S. C., & Nakamura, B. J. (2015). Knowledge, attitudes, social desirability, and organizational characteristics in youth mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(4), 630–647. doi:10.1007/s11414-015-9491-6
- James, L. R., Hater, J. J., Gent, M. J., & Bruni, J. R. (1978). Psychological climate: Implications from cognitive social-learning theory and interactional psychology. *Personnel Psychology*, 31(4), 783–813. doi:10.1111/j.1744-6570.1978.tb02124.x
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioural therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. doi:10.1080/15374416.2013.822307
- Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 885–896. doi:10.1080/15374416.2010.517169
- Jensen-Doss, A., Hawley, K. H., Lopez, M., & Osterberg, L. D. (2009). Using evidence-based treatments: The experiences of youth providers working under a mandate. *Professional Psychology: Science and Practice*, 40(4), 417–424. doi:10.1037/a0014690
- Johansen, I. H., & Aalo, N. M. (2013). *Behandleres holdninger til evidensbasert praksis: En studie av EBPAS-50 i et BUP-utvalg* (Hovedoppgave). Institutt for Psykologi, Universitetet i Tromsø.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioural therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306–316. doi:10.1037/0022-006X.61.2.306

- Kaiser, H. (1970). A second generation little Jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401–415.
doi:10.1007/BF02291817
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36.
doi:10.1007/BF02291575
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kelly, P. J., Deane, F. P., & Lovett, M. J. (2012). Using the theory of planned behavior to examine residential substance abuse workers intention to use evidence-based practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 661–664. doi:10.1037/a0027887
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. (2006). *Coping Cat workbook*. (2. utg.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401–419. doi:10.1016/S0272-7358(99)00057-4
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900.
doi:10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R. (2002). NEO-PI-R data from 36 cultures: Further intercultural comparisons. I R. R. McCrae, & J. Allik (Red.), *The five-factor model of personality across cultures* (s. 105–125). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Melas, C. D., Zampetakis, L. A., Dimopoulou, A., & Moustakis, V. (2012). Evaluating the properties of Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in health care. *Psychological Assessment*, 24(4), 867–876. doi:10.1037/a0027445
- Mook, D. G. (1983). In defence of external validity. *American Psychologist*, 38(4), 379–387.
doi:10.1037/0003-066X.38.4.379
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41(2), 188–197. doi:10.1037/0003-066X.41.2.188
- Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A., Lynn, T. M. M., Imasiku, M., & Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive

- behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 169(8), 761–769. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580
- Nakamura, B. J., Higa-McMillan, C. K., Okamura, K. H., & Shimabukuro, S. (2011). Knowledge of and attitudes towards evidence-based practices in community child mental health practitioners. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(4), 287–300. doi:10.1007/s10488-011-0351-
- Nelson, T. D., & Steele, R. G. (2007). Predictors of practitioner self-reported use of evidence-based practices: Practitioner training, clinical setting, and attitudes toward research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 319–330. doi:10.1007/s10488-006-0111-x
- Neumer, S-P., Martinsen, K. D., Gere, M., & Villabø, M. A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 21–25. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=131436&a=2
- Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The myth of evidence-based practice: Towards evidence-informed practice. *The British Journal of Social Work*, 41(6), 1176–1197. doi:10.1093/bjsw/bcq149
- NKVTS. (2017). Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT - Implementering. Hentet 1. mars 2017 fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt-implementering/>
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127–1128. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=31378&a=2
- Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- O’Neal, P., Jackson, A., & McDermott, F. (2014). A Review of the efficacy and effectiveness of cognitive-behaviour therapy and short-term psychodynamic therapy in the treatment of major depression: Implications for mental health social work practice. *Australian Social Work*, 67(2), 197–213. doi:10.1080/0312407X.2013.778307
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52–64. doi:10.1037/a0033884

- Pagoto, S. L., Spring, B., Coups, E. J., Mulvaney, S., Coutu, M-F., & Ozakinci, F. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology, 63*(7), 695–705. doi:10.1002/jclp.20376
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual* (4. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G. A., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 36*(1), 24–34. doi:10.1007/s10488-008-0197-4
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4. utg.). New York: Free Press.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45*(4), 444–454. Hentet fra http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=2
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304-1313.e3. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018
- Schmitt, D. P., Realo, A., Voracek, M., & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(1), 168–182. doi:10.1037/0022-3514.94.1.168
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology, 64*, 361–388. Hentet fra <http://annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
- Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2012). Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: the Triple P-Positive Parenting Program. *Child Maltreatment, 17*(1), 86–95. doi:10.1177/1077559511424774
- Smith, B. D., & Manfredi, I. T. (2011). Frontline counselors in organizational contexts: A study of treatment practices in community settings. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(2), 124–136. doi:10.1016/j.jsat.2011.03.002

- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 315–321. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=109905&a=3
- Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., Chu, B. C., McLeod, B. D., Gordis, E. B., & Connor-Smith, J. K. (2010). Does cognitive behavioral therapy for youth anxiety outperform usual care in community clinics? An initial effectiveness test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1043–1052. doi:10.1016/j.jaac.2010.06.009
- Stanovich, K. E. (2010). *How to think straight about psychology* (9. utg.). Boston: Pearson Education.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 267–281. doi:10.1002/jclp.20347
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5. utg.). Boston: Pearson Education.
- Ulvenes, L.V., Aasland, O., Nylenna, M., & Kristiansen, I. S. (2009). Norwegian physicians' knowledge of and opinions about evidence-based medicine: Cross-sectional study. *PLoS ONE* 4(11), e7828. doi:10.1371/journal.pone.0007828
- van Sonsbeek, M. A., Hutschemaekers, G. J., Veerman, J. W., Kleinjan, M., Aarons, G. A., & Tiemens, B. G. (2015). Psychometric properties of the Dutch version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 69. doi:10.1186/s12961-015-0058-z
- Varra, A. A., Hayes, S. C., Roget, N., & Fisher, G. (2008). A randomized control trial examining the effect of acceptance and commitment training on clinician willingness to use evidence-based pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 449–458. doi:10.1037/0022-006X.76.3.449
- Walker, A., Watson, M., Grimshaw, J., & Bond, C. (2004). Applying the theory of planned behaviour to pharmacists' beliefs and intentions about the treatment of vaginal candidiasis with non-prescription medicines. *Family Practice*, 21(6), 670–676. doi:10.1093/fampra/cmh615
- Watkins, M. (2001) Principles of persuasion. *Negotiation Journal*, 17(2), 115–137. doi:10.1023/A:1013276008562

Weisz, J. R., & Gray, J. S. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and adolescent mental health, 13*(2), 54–65. doi:10.1111/j.1475-3588.2007.00475.x

Zimmermann, C. (2007). ... å stille diagnoser innenfor psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*(2), 194. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=226412&a=3

Vedlegg

Vedlegg 1: Måleinstrumentet EBPAS

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress a/s

Mine preferanser og holdninger

BUP: _____ Initialer: _____ Alder: _____ Kjønn: _____

Utdannelse _____ Rolle i klinikken: terapeut ___ eller leder ___

Følgende spørsmål handler om dine teoretiske preferanser og synspunkter knyttet til bruk av nye former for terapi, intervensjoner eller behandlinger.

Kryss av for det som indikerer den graden du er enig i utsagnene:

	Ikke enig i det hele tatt	Enig i liten grad	Enig i moderat grad	Enig i stor grad	Enig i veldig stor grad
1. Jeg liker å bruke nye terapiformer for å hjelpe mine pasienter / brukere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er villig til å prøve nye terapiformer/ intervensjoner selv om jeg må følge en behandlingsmanual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta vare på mine klienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er villig til å prøve ut nye og annerledes terapiformer/intervensjoner som er utviklet av forskere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Forskningsbaserte behandlinger/ intervensjoner er ikke klinisk nyttige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Klinisk erfaring er viktigere enn å bruke manualiserte terapier/behandlinger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg vil ikke bruke manualiserte terapier/intervensjoner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg vil prøve en ny terapi/intervensjon selv om den er veldig forskjellig fra hva jeg er vant til.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

www.nkvts.no



Spørsmål 9 – 15: Hvis du fikk opplæring i en terapi eller intervensjon som var ny for deg, hvor sannsynlig er det at du tok denne i bruk hvis:

	Ikke enig i det hele tatt	Enig i liten grad	Enig i moderat grad	Enig i stor grad	Enig i veldig stor grad
9. den var intuitivt appellerende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. den var meningsfull for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. den var anbefalt av din veileder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. den var påkrevd av ditt arbeidssted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. den var påkrevd av ditt helseforetak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. den ble brukt av kollegaer som var fornøyde med den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. du følte du hadde nok trening i å bruke den på en korrekt måte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vedlegg 2: Måleinstrumentet teoretisk orientering

I hvor stor grad er du påvirket av de teoretiske orienteringene nedenfor? Sett kryss.

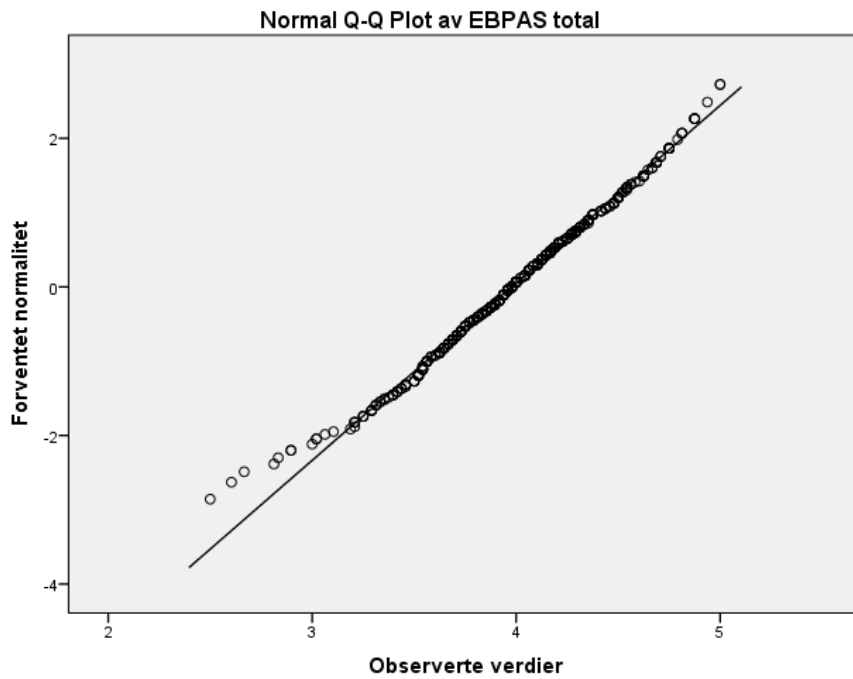
	Kjenner ikke	Ikke påvirket	Noe påvirket	Sterk påvirket
Atferdsterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familieterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykodynamisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonlig terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klientsentrert terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humanistisk terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narrativ terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kropporientert teori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindfulness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet: _____

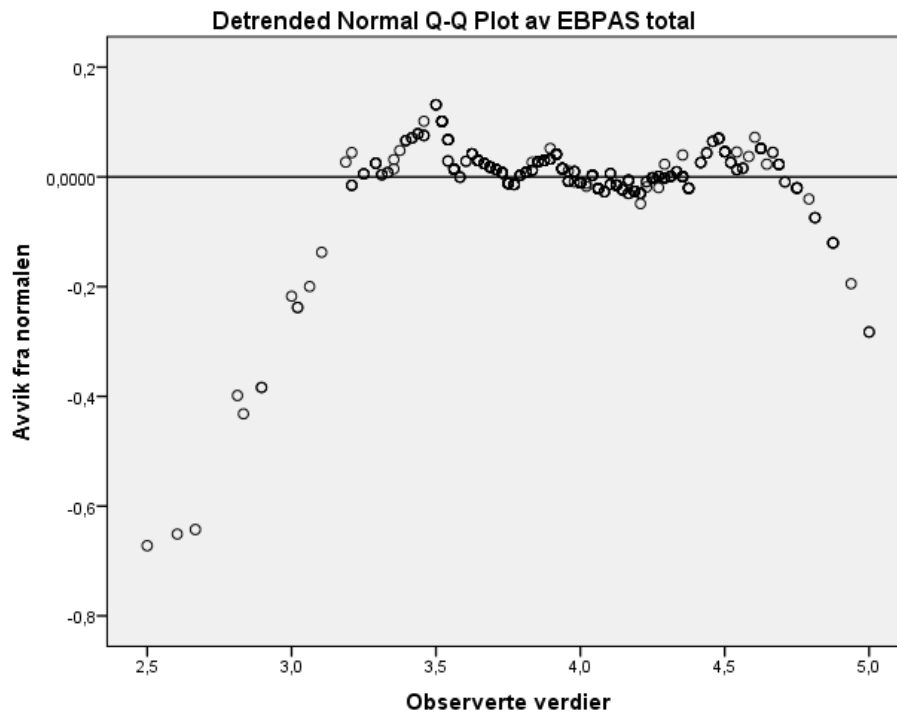


Vedlegg 3: Antagelsen om normal distribusjon

Vedlegg 3A: Normal Q-Q plot for gjennomsnittsskårer på EBPAS total



Vedlegg 3B: Detrended Normal Q-Q plot for gjennomsnittsskårer på EBPAS total



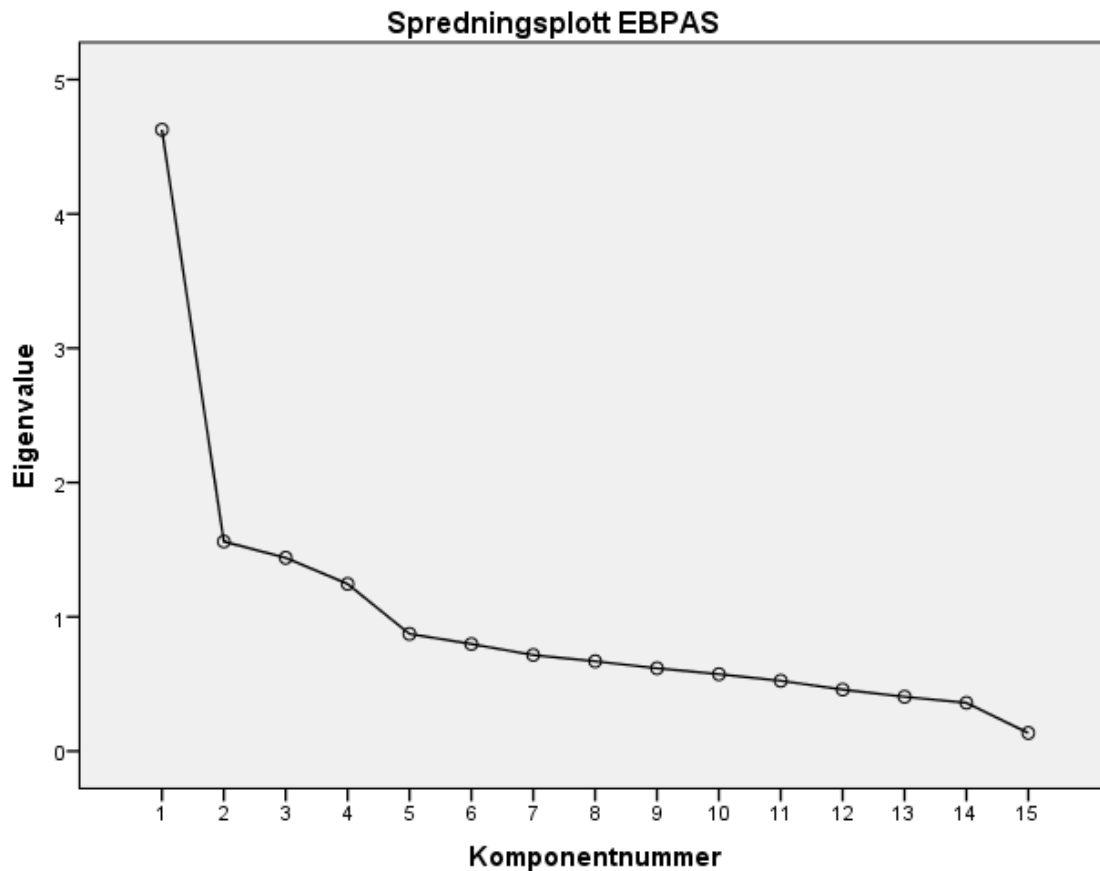
Vedlegg 4: PCA av EBPAS-skalaen

Vedlegg 4A: Korrelasjonsmatrise EBPAS – oversikt over korrelasjon mellom de ulike items

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1,00	0,50	-0,06	0,44	-0,08	-0,12	-0,17	0,41	0,15	0,18	0,18	0,13	0,19	0,19	0,23
2	0,50	1,00	-0,10	0,48	-0,24	-0,25	-0,39	0,45	0,25	0,25	0,30	0,28	0,34	0,33	0,41
3	-0,06	-0,10	1,00	-0,17	0,20	0,26	0,22	-0,10	0,01	-0,02	-0,07	-0,09	-0,14	-0,08	-0,07
4	0,44	0,48	-0,17	1,00	-0,23	-0,13	-0,28	0,37	0,29	0,24	0,28	0,22	0,27	0,27	0,30
5	-0,08	-0,24	0,20	-0,23	1,00	0,23	0,34	-0,08	-0,14	-0,20	-0,14	-0,12	-0,15	-0,17	-0,24
6	-0,12	-0,25	0,26	-0,13	0,23	1,00	0,22	-0,19	-0,07	-0,06	-0,13	-0,21	-0,22	-0,22	-0,14
7	-0,17	-0,39	0,22	-0,28	0,34	0,22	1,00	-0,22	-0,14	-0,15	-0,18	-0,14	-0,23	-0,23	-0,31
8	0,41	0,45	-0,10	0,37	-0,08	-0,19	-0,22	1,00	0,21	0,23	0,22	0,20	0,27	0,26	0,26
9	0,15	0,25	0,01	0,29	-0,14	-0,07	-0,14	0,21	1,00	0,62	0,37	0,23	0,21	0,35	0,35
10	0,18	0,25	-0,02	0,24	-0,20	-0,06	-0,15	0,23	0,62	1,00	0,32	0,20	0,20	0,34	0,38
11	0,18	0,30	-0,07	0,28	-0,14	-0,13	-0,18	0,22	0,37	0,32	1,00	0,50	0,44	0,48	0,32
12	0,13	0,28	-0,09	0,22	-0,12	-0,21	-0,14	0,20	0,23	0,20	0,50	1,00	0,85	0,37	0,34
13	0,19	0,34	-0,14	0,27	-0,15	-0,22	-0,23	0,27	0,21	0,20	0,44	0,85	1,00	0,35	0,32
14	0,19	0,33	-0,08	0,27	-0,17	-0,22	-0,23	0,26	0,35	0,34	0,48	0,37	0,35	1,00	0,43
15	0,23	0,41	-0,07	0,30	-0,24	-0,14	-0,31	0,26	0,35	0,38	0,32	0,34	0,32	0,43	1,00

Notat. 1: Liker å bruke nye terapiformer for å hjelpe mine pasienter/brukere, 2: Nye terapiformer/intervensjoner selv om jeg må følge en behandlingsmanual, 3: Vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta vare på mine klienter, 4: Nye og annerledes terapiformer/intervensjoner som er utviklet av forskere, 5: Forskningsbaserte behandlinger/intervensjoner er ikke kliniske nyttige, 6: Klinisk erfaring er viktigere enn å bruke manualiserte terapier/behandlinger, 7: Vil ikke bruke manualiserte terapier/intervensjoner, 8: Ny terapi/intervensjon selv om den er veldig forskjellig fra hva jeg er vant til, 9: Intuitivt appellerende, 10: Meningsfull, 11: Anbefalt av veileder, 12: Påkrevd av arbeidssted, 13: Påkrevd av helseforetak, 14: Brukt av kollegaer som er fornøyde med den, 15: Nok trening i å bruke den på en korrekt måte

Vedlegg 4B: PCA-analyse - Spredningsplott EBPAS-skalaen



Notat: Brekkpunkt ved komponentnummer 5. Det betyr en fire-komponentløsning.

Vedlegg 4C: Komponentmatrise EBPAS

Item fra EBPAS	Komponent			
	Krav	Appellerende	Åpenhet	Divergens
Item 2 – nye terapiformer/intervensjoner selv om jeg må følge en behandlingsmanual	0,70	-0,33	0,13	0,21
Item 3 - påkrevd av helseforetak	0,66	0,31	-0,48	0,26
Item 15 - nok trening i å bruke den på en korrekt måte	0,64	0,08	0,13	-0,17
Item 14 - brukt av kollegaer som var fornøyde med den	0,64	0,22	0,00	-0,10
Item 11 - anbefalt av veileder	0,63	0,37	-0,09	0,03
Item 12 - påkrevd av arbeidssted	0,63	0,43	-0,49	0,23

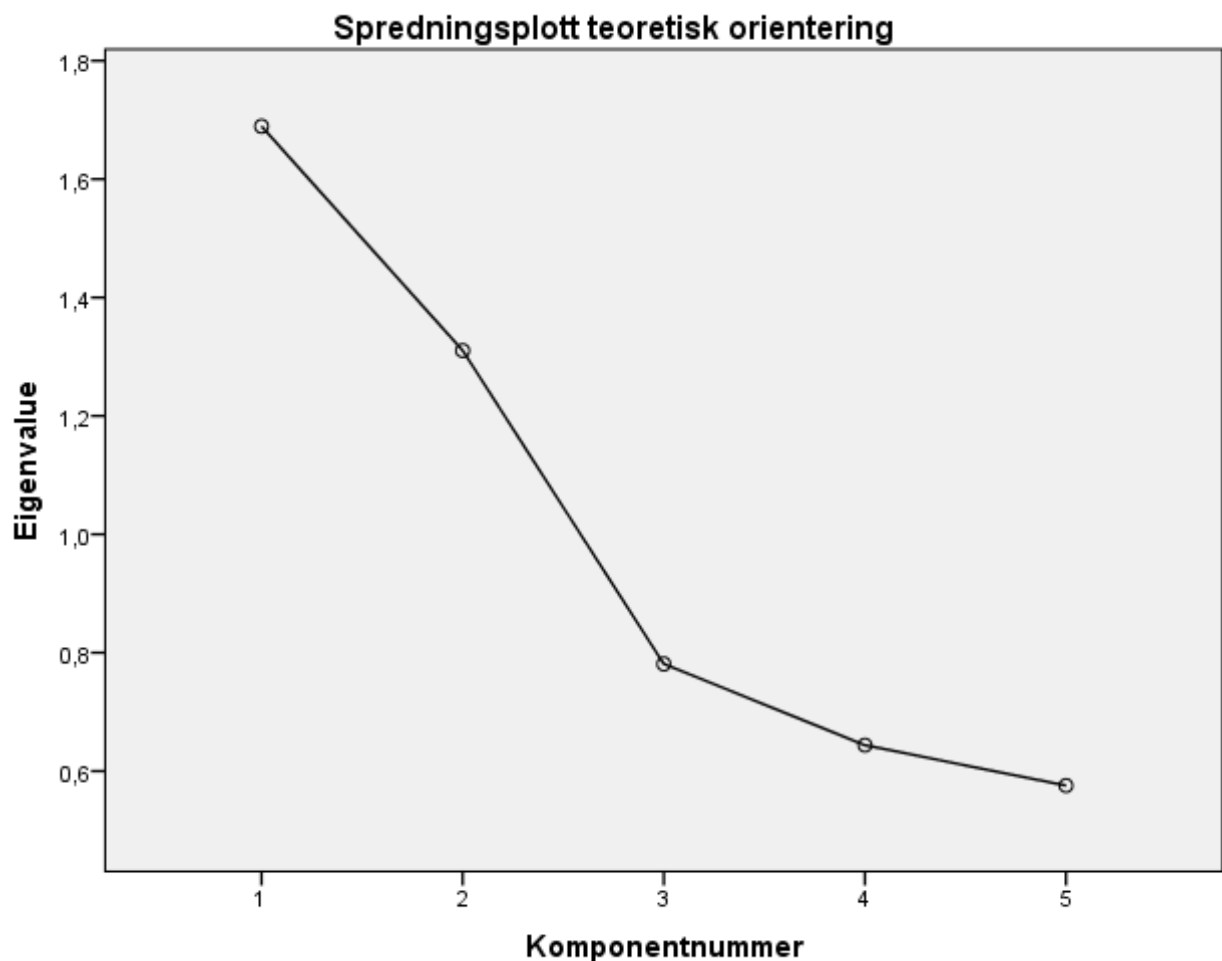
Item 4 - nye og annerledes terapiformer/intervensjoner som er utviklet av forskere	0,61		0,20	
		-0,30		0,16
Item 8 - ny terapi/intervensjon selv om den er veldig forskjellig fra hva jeg er vant til	0,55	0,27	0,20	0,36
Item 9 - intuitivt appellerende	0,55	0,36	0,44	-0,30
Item 10 – meningsfull	0,54	0,29	0,45	-0,35
Item 1 - Liker å bruke nye terapiformer for å hjelpe mine pasienter / brukere	0,49	-0,37	0,30	0,45
Item 7 - vil ikke bruke manualiserte terapier/intervensjoner	-0,49	0,39	0,13	0,28
Item 3 - vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta vare på mine klienter	-0,23	0,40	0,41	0,27
Item 6 - Klinisk erfaring er viktigere enn å bruke manualiserte terapier/behandlinger	-0,37	0,30	0,40	0,16
Item 5 - Forskningsbaserte behandlinger/intervensjoner er ikke klinisk nyttige	-0,38	0,30	0,15	0,55

Vedlegg 5: PCA av skalaen teoretisk orientering

Vedlegg 5A: Korrelasjonsmatrise teoretisk orientering

Teoretisk orientering	Atferdsterapi	Kognitiv	Psykodynamisk	Analytisk	Humanistisk
Atferdsterapi	1,00	0,36	-0,12	-0,04	-0,01
Kognitiv	0,36	1,00	-0,09	-0,05	-0,01
Psykodynamisk	-0,12	-0,09	1,00	0,41	0,27
Analytisk	-0,04	-0,05	0,41	1,00	0,25
Humanistisk	-0,01	-0,01	0,27	0,25	1,00

Vedlegg 5B: PCA-analyse – Spredningsplott for skalaen teoretisk orientering



Notat. Spredningsplott indikerte et brekkpunkt ved komponentnummer 3 og foreslår derfor en to-komponentløsning